

RBB

Revista Brasileira de Bioética

Volume 7 - Números 1 - 4 - 2011



SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA - SBB

Diretoria / 2009-2011

Presidente - Paulo Antonio de Carvalho Fortes (SP)
1º Vice - Claudio Forte Garcia Lorenzo (DF)
2º Vice - José Roberto Goldim (RS)
3º Vice - Sérgio Ibiapina Ferreira Costa (PI)
1ª Secretária - Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo (SP)
2º Secretário - Roberto Luis D'Ávila (SC)
1º Tesoureiro - Fabiano Maluf (DF)
2º Tesoureiro - Antonio Ferreira Seoane (SP)

CONSELHO FISCAL

Carlos Dimas Martins Ribeiro (RJ)
Marisa Palácios Cunha Mello de Almeida Rego (RJ)
Nilza Diniz (PR)

COMISSÃO PERMANENTE DE ÉTICA

Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira (DF)
Dirceu Bartolomeu Greco (MG)
Fermin Roland Schramm (RJ)
José Roque Junges (RS)
Josimário João da Silva (PE)
Márcio Fabri dos Anjos (SP)

Revista Brasileira de Bioética – RBB

Editor-chefe: Volnei Garrafa

Editores executivos: Rodrigo Batagello

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

Assistente de edição: Frederico Cosentino de C. Ferreira

Secretária: Vanessa de Santana Sertão

Revisão: David George Elliff (inglês)

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

Editoração: Fernando Almeida Bisan

Capa: Marcelo Terraza

Conselho Editorial: Ana Tapajós, Antonio Carlos Rodrigues da Cunha, Christian de Paul de Barchifontaine, Cláudio Cohen, Claudio Lorenzo, Délio Kipper, Dirceu Greco, Dora Porto, 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 Pessini, Lourenço Zancanaro, 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 e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

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

Sumário

4 Editorial

Artigos especiais

6 Aproximación desde la sociología jurídica a dilemas de la bioética contemporánea: “muertos con corazón viviente”
An approach towards the dilemmas of contemporary bioethics using legal sociology: “dead bodies with living hearts”
Misael Tirado Acero

22 Reflexões jurídicas acerca das novas terapias em saúde: uma análise à luz da lei de biossegurança
Juridical reflections on new health therapies: an analysis in the light of the biosafety law
Manoel Antônio dos Santos Neto

Artigos de atualização

32 A Bioética e a investigação em células estaminais humanas - em Portugal e na Comunidade Europeia
Bioethics and investigations using human stem cells in Portugal and the European Community
Margarida Teixeira
Clara Costa Oliveira

47 Bioética, saúde e meio ambiente: Parâmetros curriculares nacionais e temas transversais
Bioethics, health and the environment: national curricular parameters and transverse topics.
Leonardo Eustáquio Sant’Anna da Silva
José Roque Junges

59 Violência infantil: uma reflexão bioética como norteadora de ações concretas que garantam o resguardo do direito e da integridade do menor
Child violence: a bioethic reflection guiding concrete actions to guarantee the minor’s rights and integrity
Ana Beatriz Ferreira Paiva
Anelise Crippa Silva
Giovana Palmieri Buonicore
Anamaria Gonçalves dos Santos Feijó

73 Bioética: um encontro com a Fonoaudiologia
Bioethics: an encounter with speech, language and hearing sciences
Ana Amélia Condúru Vieira
Marcelia Sousa de Sousa
Neyla Arroyo Lara Mourão

83 Bioética e Laicidade: reconstruindo pontes entre ciências e humanidades
Bioethics and secularism: rebuilding bridges between sciences and humanities
Marcia Mocellin Raymundo
Daniel Gutiérrez-Martínez

Seções

98 Resenha de livros

103 Atualização científica

107 Documentos

114 Lista de pareceristas do volume 7

115 Normas editoriais

Editorial

A bioética avançou no Brasil? Pouco, muito pouco.

A bioética brasileira, embora tardia, despertou na década de 1990 com significativo progresso. Entre outros avanços podem ser citados a criação da Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina (1993), a fundação da Sociedade Brasileira de Bioética - SBB (1995) e o início do funcionamento do Sistema CEP/Conep ligado ao Ministério da Saúde (1996), que passou a se incumbir do controle ético das pesquisas com seres humanos no país. Também já tinham começado a funcionar neste período os cursos de Especialização em “Bioética e Pastoral da Saúde” no Centro Universitário São Camilo e o de “Bioética” na Universidade de Brasília (UnB). Na UnB, especificamente, foi criada em 1995 uma linha de pesquisa específica em Bioética dentro do Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Ciências da Saúde com oferta regular de vagas.

Com este início ainda modesto, mas promissor, era de se esperar um verdadeiro “boom” para a virada do século 21, pelo menos no sentido de: oferecimento crescente de eventos científicos especializados por todo país; construção de um representativo número de programas de pós-graduação; criação do Conselho Nacional de Bioética (CNB) juntamente com Conselhos Estaduais e Municipais com igual finalidade, além de comitês de bioética clínica; abertura de novas revistas científicas e de disciplinas nas universidades; e, principalmente, reconhecimento público de parte da imprensa e do Estado. No entanto, infelizmente, o avanço tem sido desproporcional ao crescimento econômico e industrial que o Brasil atualmente ostenta no contexto internacional, como 6º PIB do mundo. Mais de cinco anos passaram desde 2005 e o Brasil sequer conseguiu aprovar o Projeto de Lei 6032, então enviado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao Congresso Nacional propondo a criação do nosso CNB. Da mesma forma, em um país com quase 200 milhões de habitantes e aproximadamente 1000 universidades e centros universitários, o número de Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (mestrado e doutorado) é irrisório, não passando de três (Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo), além de existir não mais de meia dúzia de cursos regulares de Especialização (Brasília, Belo Horizonte, Curitiba, Lavras, Porto Alegre, São Paulo). O número de revistas científicas especializadas em bioética também continua pequeno e com baixos índices de indexação, de acordo com os indicadores oficiais. E as reportagens que envolvem temas da bioética, veiculadas pela grande imprensa leiga do país, continuam ignorando a existência desse novo território do saber acadêmico já fartamente reconhecido pela imprensa de ponta dos países industrializados. Tais reportagens omitem nas suas manchetes e conteúdos a menção à palavra bioética, identificando de modo simplista e conservador os conflitos morais nelas inseridos com as disciplinas de origem biomédica, onde os problemas nascem (genética, biologia molecular, reprodução, transplantes etc).

Por outro lado, embora o número de associados da Sociedade Brasileira de Bioética já tenha sido no passado maior do que hoje, há que se registrar como ponto altamente positivo a manutenção da realização periódica dos Congressos Brasileiros de Bioética, sempre muito concorridos: 1) São Paulo – 1996:

aproximadamente 100 pessoas; 2) Brasília – 1998: cerca de 200 pessoas; 3) Porto Alegre – 2000: 400 pessoas; Brasília - 2002 (em conjunto com o Sexto Mundial): 1400 pessoas; Recife – 2004: 800 pessoas; Foz do Iguaçu – 2005: 700 pessoas; São Paulo – 2007: 500 pessoas; Búzios 2009 – 700 pessoas; Brasília – 2011: 800 pessoas.

O que mais chama a atenção dentro de todo este contexto, contudo, é o desinteresse - e mesmo, omissão - dos organismos e empresas públicas financiadoras de pesquisa em reconhecer a bioética como área acadêmica consolidada. No início dos anos 2000 a SBB conseguiu convencer o CNPq de criar um Comitê Assessor específico de Bioética que, quando composto, teve a entidade completamente excluída de qualquer consulta, o que não acontece com outras áreas científicas. Resultado: com pouco tempo de funcionamento o tal Comitê morreu de inanição. Hoje a área está completamente desprotegida. Os projetos apresentados pelos pesquisadores do campo da bioética são encaminhados ao Comitê de Saúde Coletiva e Nutrição, onde na esmagadora maioria das vezes são pretendidos em favor de projetos de menor qualidade, mas que já vêm “carimbados na origem”, como se diz no jargão acadêmico. Na mesma época, a SBB logrou ter um assento no Conselho Nacional de Saúde, fato que lhe dava especial visibilidade política, não só à entidade como a toda área de bioética, e que hoje está aparentemente distante de ser revertido. E, por fim, o projeto de lei que propõe a criação do Conselho Nacional de Bioética – construído e encaminhado também naquele fecundo período - continua dormindo nas gavetas do emboloradas do Congresso Nacional.

O número de disciplinas de Bioética criado nas universidades e institutos isolados de ensino superior até que cresceu significativamente em termos numéricos, mas não há registro de nenhuma avaliação oficial sobre a qualidade destas disciplinas, muito menos do conteúdo e da formação (especificamente em bioética, e não em deontologia, ética médica ou outras disciplinas afins) dos seus professores. Se não existem programas especializados em número suficiente no país, onde estes professores estão sendo formados? Nesta mesma linha de reflexão, é surpreendente a quantidade de livros, muitas vezes pueris, publicados na área de bioética, por autores sem experiência ou tradição na matéria. Essa constatação é ainda mais contundente em textos que se ocupam especificamente da interface entre a bioética e o direito (que alguns denominam erroneamente de “biodireito”) - onde o Brasil ainda carece de grupos sólidos e consolidados de pesquisa - com qualidade acadêmica questionável em significativo número de casos, com raras exceções.

A Bioética brasileira está carecendo de uma boa sacudida: científica, política e de abertura corajosa de discussões com relação a temas tabu que nossa sociedade teme enfrentar, nos quais o Estado tem se omitido e o Congresso Nacional evita (como tem fugido do seu compromisso público de criação do nosso Conselho Nacional de Bioética). Se o Poder Legislativo não assume sua responsabilidade de enfrentar espinhosas discussões morais como aborto, eutanásia, utilização de células tronco-embriônicas, regulamentação nacional das tecnologias reprodutivas, priorização na alocação de recursos na saúde pública e outras, é hora da SBB encampar a questão com o objetivo de abrir discussões responsáveis no país e contribuir concretamente para que grande parte da população brasileira saia da ignorância sobre temas que lhes dizem diretamente respeito.

Os Editores

Artigos especiais

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

Aproximación desde la sociología jurídica a dilemas de la bioética contemporánea: “muertos con corazón viviente”

An approach towards the dilemmas of contemporary bioethics using legal sociology: “dead bodies with living hearts”.

Misael Tirado Acero

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

misael.tirado@unimilitar.edu.co

Resumen: Los límites entre la vida y la muerte se han convertido en motivo de análisis en un escenario de desarrollo tecnológico en escenarios como la medicina que plantean dilemas frente a la muerte cerebral debido a las implicaciones que trae el eventual trasplante de órganos para extender otro organismo viviente. La concepción de la sociedad frente a esta disyuntiva se delimita por cuenta de determinantes morales y culturales, así mismo como intereses racionales que dan curso a las discusiones sobre el tema. Frente a estos cuestionamientos urgen respuestas desde el derecho y sus campos de análisis, que den orientación al poder performativo de las normas y la jurisprudencia en la sociedad.

Palabras clave: Bioética. Bioderecho. Sociología jurídica. Ética. Muerte cerebral. Desarrollo cultural.

Abstract: The limits between life and death have become a subject for analysis within a scenario of technological development, like in medicine, in which dilemmas are posed in relation to brain death, due to the implications from the possibility of organ transplantation to extend the life of another living organism. The way in which society regards this dilemma is delimited by moral and cultural determinants, along with rational interests that proceed with discussions on the topic. In view of this questioning, responses from the law and its fields of analysis are needed, to give guidance to the authorities implementing the regulations and to jurisprudence, within society.

Keywords: Bioethics. Biolaw. Legal sociology. Ethics. Brain death. Cultural development.

“El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males”. Sócrates.

El saber cuándo y cómo comienza la vida, ha sido un hecho comprobado aún discutible. Pero el fenómeno muerte es totalmente un polilema de debate entre las ciencias y las creencias propias de cada cultura. El saber cuándo se está muerto o considerar muerto a alguien conlleva a una definición propia de este vocablo, que debe ser tomada a nivel global sin excepción y cobijada por todos los sistemas jurídicos calificados en pro de los derechos humanos y la dignidad de las personas. Conocer con exactitud cuándo termina de vivir un ser humano ha sido una cuestión siempre relevante a lo largo de la historia, ya que masivos errores de diagnóstico se han traducido en infinidad de entierros en vida (1).

Aunque hay excepciones consideradas por la ciencia como mitos que inducen a una muerte cultural con inconsistencia cerebral, como el resultado de prácticas populares que vulneran la situación de un individuo ante un contexto social. Tal es el caso de la aplicación de técnicas del vudú en donde la capacidad de los *bokor* (sacerdotes) para castigar malos actos poblacionales es someter a quien los cometa a estado de muerte-viviente (zombies) quienes pasan a disposición de quien les provocó la muerte a voluntad.

Hoy en día para determinar la muerte de una persona es necesario que se haya hecho una debida valoración y que el resultado de esta sea una muerte cerebral irreversible. Este concepto cada día ha evolucionado al mismo tiempo que las técnicas de soporte vital y la conciencia ética. Sin embargo, es indudable que el principal motor del desarrollo de esta definición es la necesidad de obtener órganos viables para trasplante (2).

“Los trasplantes de órganos, uno de los paradigmas de la moderna medicina, serían simplemente imposibles para algunos órganos sin el reconocimiento de que la muerte encefálica equivale desde un punto de vista científico, ético y legal a la muerte del individuo” (3).

Definiendo muerte encefálica o cerebral como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios

cerebrales como del tronco encefálico. Esta situación clínica aparece cuando la presión intracraneal se eleva por encima de la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a una parada circulatoria cerebral (4).

El término “muerte cerebral” o “muerte encefálica” según Requena-Meana (5) no es muy conciso, ya que en su sentido literal indica que el cerebro “muere”, o que “ha muerto”, pero esto no es ni un concepto médico, ni tiene una significación clara en un contexto no especializado. El médico habla de necrosis o disfunción de un órgano, pero nunca se hace referencia a un “hígado muerto” o a un “pulmón muerto”. Por tanto, muerte es un término que se ha referido siempre al organismo en su totalidad, como entidad biológica unitaria, y no a cada una de sus partes. Aunque muchos autores explican que el cerebro es el órgano esencial para la vida y si este no estuviese presente durmiese o muriese habría muerto la persona, aunque el corazón siguiera latiendo (5). El diagnóstico de muerte cerebral es considerado hoy en día como una nueva forma de estar muerto.

Según Novoa (6) este concepto no está completamente incorporado tanto para la población en general como para los equipos médicos, de acuerdo a su estudio se muestra un porcentaje significativo de profesionales de servicios pediátricos que consideran que un niño con diagnóstico de muerte cerebral, no ha fallecido. Lo que ha generado conflictos en las decisiones morales-éticas de los profesionales a cargo de estos casos. De acuerdo a Robert Truog y James Fackler, en uno de sus artículos publicado en 1992 conocido como *Rethinking Brain Death*, proponen cuatro argumentos para apoyar la opinión de que los pacientes que cumplen los criterios clínicos actuales para la muerte cerebral no tienen necesariamente la pérdida irreversible de toda función cerebral (7).

En primer lugar hablan de la persistencia de la función hormonal activa de la glándula hipófisis o pituitaria en el estado de muerte encefálica, así como del funcionamiento estable del hipotálamo. En segundo lugar algunos de los pacientes diagnosticados presentan probabilidad de mantener la actividad eléctrica cerebral durante veinticuatro y cuarenta y ocho horas, lo cual consiste en oscilaciones que van de frecuencias muy bajas menores a un ciclo por segundo, hasta frecuencias muy elevadas superiores a 80 ciclos por segundo. Esta actividad es el resultado de millones de células que producen potenciales eléctricos con la suficiente magnitud para ser registrados en la superficie del cráneo, el registro de estas ondas cerebrales se denomina electroencefalograma, el cual permite distinguir diferentes clases y fases del estado cerebral de una persona como diferenciar trastornos convulsivos (8). En tercer lugar algunos pacientes responden a estímulos ambientales en donde se presenta registros en el aumento de la frecuencia cardíaca y presión sanguínea, después de la incisión quirúrgica previa a la extracción de

los órganos. En el cuarto lugar la existencia de actividad del sistema nervioso central en forma de reflejos espinales en los pacientes determinados muertos encefálicos.

Por su parte Paolo Bechi (9), señala que efectivamente los donantes para trasplante de órganos con frecuencia se encuentran vivos, si no han cesado aún todas las funciones del encéfalo. Por lo cual el paciente no debería considerarse muerto y si las condiciones de diagnóstico no son las apropiadas no se debería pensar en una extracción de órganos, lo que implicaría una actividad ilícita e inhumana.

Shewmon (10) narra un caso en el cual se muestra claramente la inconsistencia del término muerte cerebral. Un niño de la edad de cuatro años contrajo una meningitis que le causó aumento de la presión intracraneana hasta el punto de presentar separación de los huesos del cráneo. Infinidad de exámenes de ondas cerebrales dieron resultado negativo, al pasar los siguientes catorce años no se observó respiración espontánea ni reflejos en el tronco cerebral. Por lo cual, los médicos sugirieron interrumpir el sustento vital, pero la familia se opuso a tal acto llevándolo a su casa donde se conectó a un ventilador. El niño asimiló la comida que le llegaba a su estómago a través de una sonda y llevaba a cabo sus funciones fisiológicas normales. Creció en estado de muerte cerebral, ha superado infecciones y sus heridas han sanado, presenta respuesta a diferentes estímulos y posee flujo sanguíneo excepto en la parte intracraneal. Su diagnóstico clínico es propio de muerte cerebral pero sin duda alguna se encuentra con vida y tiene dieciocho años.

Si se hubiese seguido la sugerencia de los médicos entraríamos en otro polilema de discusión bioética, la “eutanasia”, definiendo esta como la muerte en paz, sin dolores, incluso en plenitud de conciencia sin disminución de las cualidades psíquicas del individuo (11). En el caso de muerte cerebral la persona no tiene criterio sobre sí misma, pero sí lo tienen sus familiares y médicos, por tanto se genera una cuestión ética ¿es viable terminar con la vida del paciente sin previa autorización de este? La decisión en cuanto a la indicación, realización o suspensión de procedimientos terapéuticos no puede ser algo arbitrario, dada la gama de circunstancias que ocurren en el desarrollo fisiológico de estos pacientes, lo que conlleva actualmente a sugerir nuevos protocolos de diagnóstico y decisión, debido a que los avances científicos y tecnológicos muchas veces superan la capacidad del médico para comprenderlos y adiestrarse en sus usos.

Por ende, hay que dilucidar en qué dilema bioético se está implicando en las prácticas de muerte cerebral, determinando si es un encarnizamiento terapéutico o distanasia, eutanasia pasiva o activa, suicidio asistido u ortotanasia (12), ya que al disponer de órganos de un paciente a quien se le ha decretado muerte cerebral el médico estaría no solo proporcionando un método de suicidio, sino que este mismo actúa como el causante

real de la muerte. Requena-Meana (5), habla de un criterio ético de referencia el cual estipula que los órganos vitales sólo pueden extraerse de un cadáver. Por consiguiente la intervención del trasplante sería la causa de la muerte del paciente, cosa que no es moralmente aceptable en ningún caso. De otro modo, está la necesidad de que los órganos que se han de trasplantar no puedan someterse mucho tiempo sin perfusión sanguínea, de lo contrario quedarían inservibles y no se justificaría su trasplante. Es aquí, donde un concepto de muerte debe plantearse lo más cercano posible al momento en que esta ha ocurrido con el fin de poder dar posterior intervención quirúrgica al aprovechamiento de los órganos.

Recientes investigaciones en células troncales embrionarias y adultas abren un nuevo paradigma que apunta a la reparación del tejido nervioso. Aunque los estudios se encuentran en estadio pre clínico, no se niega su aplicación en el tratamiento de enfermedades neurológicas, con amplias probabilidades de poder recuperar la función cerebral de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral a partir de una terapia basada en estas células troncales (13). Lo anterior indica que cuando estas investigaciones lleguen a aflorar con resultados concretos se generará un nuevo debate Bioético que revolucionará los criterios impuestos hasta la fecha de muerte cerebral, dejando un gran vacío en cuanto a la cantidad de órganos para trasplante, lo cual se verá reflejado en las amplias listas hospitalarias y en un posible aumento del tráfico de componentes anatómicos.

Para Bechi (9), es inconcebible considerar como un cadáver a un ser humano con una temperatura corporal de 37 grados Celsius, con características de piel rosada, movilidad en brazos y piernas o si no llegasen a estar móviles no se encuentran rígidas, el tórax sigue levantándose gracias una máquina que insufla aire en los pulmones y cuyo corazón sigue latiendo impulsando sangre en las arterias. Volvemos al dilema ¿será que dicha persona está viva o muerta? ¿Será ético desconectarlo y dejarlo morir? ¿Quiénes tienen criterio de decisión sobre él, sus familiares o sus médicos? ¿Será que si se toma una decisión que atente contra la vida del ser humano, se puede considerar homicidio?

Estas cuestiones surgen a partir de un solo individuo pero ahora qué tal si hablamos de dos personas. Como es el caso de la noticia de

“[...] un embarazo desarrollado por una mujer en estado de muerte cerebral el cual crea desconcierto ¿No es paradójico defender que el cadáver de una mujer puede llevar adelante un embarazo y traer al mundo un niño vivo, o abortar espontáneamente un feto muerto? Sin embargo esto exactamente es lo que médicos y legisladores no tienen más remedio

que afirmar, ya que si reconsideran que esa mujer no es todavía un cadáver, entonces se verían obligados a admitir también que los pacientes a los que se les extraen órganos para los trasplantes no son todavía cadáveres” (9).

En Colombia para disponer de órganos de un cadáver tiene que existir el consentimiento de quien los dona, una presunción legal de donación y el papel de la manifestación de voluntad u oposición de los familiares. De acuerdo a la sentencia C-933/07 se rige el consentimiento presunto el cual se hace válido cuando la persona no ha manifestado expresamente su voluntad en vida de no donar órganos después de su muerte, el Estado y la ley presume la voluntad tácita o implícita de la persona para que pueda efectuarse la donación, dando prioridad al interés público o a la función social del cadáver. En tal caso, si no hay quien se oponga a tal hecho después de decretar muerte cerebral se da inicio a la extracción de órganos. De acuerdo a la ley este consentimiento es válido para todo tipo de individuo en donde se vinculan niños, niñas y adolescentes, aunque no es claro si éste también actúa en recién nacidos con pronósticos de muerte cerebral.

Acorde a lo anterior, Beca (14), relaciona un caso clínico en donde un neonato proveniente de un embarazo controlado libre de patologías y parto normal, a los 5 minutos de haber nacido su frecuencia cardíaca disminuía y no presentaba respuesta a movimientos respiratorios, ante lo cual se conectó a un ventilador mecánico para poder mantener la saturación normal de oxígeno en la sangre. La paciente no mostró actividad propia excepto algunas descargas motrices sospechosas de movimientos convulsivos a las 24 horas después de haber nacido; al segundo día de vida se registró una baja en el voltaje y ocasionales paroxismos compatibles con severa encefalopatía difusa, sin actividad epileptiforme. La recién nacida evolucionó con total inactividad y ausencia de respuesta a estímulos, estableciéndose midriasis parálitica al tercer día de vida. El registro de varios encefalogramas fue plano y compatible con el diagnóstico de muerte cerebral, a lo que el padre dio la orden de desconectar del ventilador. Se presentan nuevamente cuestiones bioéticas ¿El padre puede asumir el consentimiento de muerte de la infante sin autorización de la madre?, ¿es ético desconectar a una persona con un pronóstico de 3 días sin esperar una evolución del paciente, enfatizando que es un recién nacido?

“En caso de aceptar el diagnóstico neurológico y electroencefalográfico de muerte cerebral se podría haber considerado a la paciente como donante de órganos y procedido, previo consentimiento de sus padres,

a su extracción. Probablemente nadie hubiese sabido que aún existía actividad bulbar y que la pérdida de funciones afectaba sólo a la actividad cortical. Pero cabe preguntarse si, en este caso, se hubiese extraído órganos a un cadáver o a un paciente vivo en estado vegetativo o en coma profundo. La respuesta solo es posible mediante una clara definición de muerte cerebral neonatal, que contemple indicadores biológicos y consideraciones culturales y filosóficas” (14).

El diagnóstico de muerte cerebral exige una certeza absoluta, por lo cual debe seguirse un protocolo sistemático, estricto y riguroso. Los tres principales pilares de diagnóstico asumidos son: conocer la causa de la lesión encefálica. Descartar trastornos que puedan simular la muerte encefálica (condiciones hemodinámicas, metabólicas, farmacológicas y tóxicas actuales o relativamente recientes). Efectuar una exploración neurológica reglada (2). Es importante aclarar actualmente cuales son las técnicas confirmatorias que determinan a un paciente con muerte cerebral, estas son técnicas artificiales que evalúan aspectos de la función del sistema nervioso central y de la circulación arterial intracraneal.

De acuerdo a Castro (2) se tienen en cuenta: electrofisiológicas como electroencefalograma y Potenciales evocados multimodales. De evaluación de flujo sanguíneo cerebral, como: sonografía doppler transcraneal, arteriografía cerebral de cuatro vasos, angiografía cerebral por sustracción digital (arterial o venosa), angio-TAC espiral, angiogramagrafía cerebral con ^{99m}Tc -HMPAO o con otros radiofármacos difusibles. Independientemente de las anteriores pruebas de confirmación se debe evaluar los siguientes criterios de diagnóstico para asumir el término de muerte encefálica: coma estructural de origen conocido y daño irreversible. Estabilidad cardiocirculatoria, oxigenación y ventilación adecuadas, ausencia de hipotermia severa, ausencia de enfermedades metabólicas importantes, ausencia de tóxicos o fármacos depresores del sistema nervioso central, coma arreactivo, exploración neurológica troncoencefálica, ausencia de reflejo fotomotor, ausencia de reflejo corneal, ausencia de reflejo oculocefálico, ausencia de reflejo oculo vestibular, ausencia de reflejo nauseoso, ausencia de reflejo tusígeno, ausencia de respiración espontánea, ausencia de respuesta a la prueba de atropina. Puede existir actividad motora de origen medular, tanto de tipo reflejo como espontánea, por ende, es importante someter al paciente a un periodo de observación que consta generalmente de 6 horas después de asumir los anteriores criterios (15, 16, 17).

La muerte encefálica se acompaña de una serie de efectos sistémicos,

hemodinámicos, hormonales e inflamatorios que tienen una repercusión relevante en los órganos y tejidos, ésta puede considerarse como el mayor factor de estrés al que se someten los órganos antes del trasplante. Siendo inductora de una importante respuesta inflamatoria ocasionando baja viabilidad del órgano a trasplantar – órganos susceptibles: pulmón, corazón, riñones, hígado e intestinos –, diferentes estudios han demostrado que los órganos provenientes de donantes vivos han dado mejores resultados clínicos que los obtenidos en donantes por muerte encefálica (18), lo que se atribuye a una inequidad con los receptores que se encuentran en lista de espera, ya que al corresponderle como paciente de turno un órgano proveniente de un donante cadavérico tal vez no proporcione garantías suficientes de ser un trasplante exitoso.

Es evidente que la muerte encefálica no coincide con la pérdida de integración corporal y que ésta es solo un paso que constituye una etapa de la muerte en su totalidad. Al tomarse como una decisión propia de criterio de extracción de órganos para trasplante, es necesario reconocer que dichos órganos son propios de pacientes vivos y no de muertos. El definir el término “muerte” este no debe ser manipulado por conflictos de intereses que en deducción se ve representado en una extracción de componentes anatómicos destinados a donación para salvar la vida de diferentes pacientes. ¿El qué hacer con los pacientes diagnosticados en muerte encefálica, como tratarlos y si se puede utilizar sus órganos? son dilemas éticos que pueden acudir a varias instancias legales.

La legislación chilena, mediante la Ley 19451 vigente desde 1996, establece normas sobre trasplante y donación de órganos. Esta ley perfeccionó las disposiciones del Código Sanitario respecto a este tema que data desde 1983 en cuanto al diagnóstico de muerte, la ley significó algunos avances y aportes importantes, pero también deja algunos tópicos deficientes y no bien definidos. Según Díaz (19), la Ley 19451 aporta: a- definición de muerte siguiendo criterios neurológicos (muerte encefálica), incorporando protocolos diagnósticos actualizados que establecen claramente las condiciones de acreditación de la muerte y sus exclusiones; b- permite realizar el diagnóstico de muerte encefálica sin pruebas instrumentales; c- Incluye criterios de diagnósticos específicos para la población pediátrica; d- permite conocer en forma más amplia la voluntad de donación en vida, ya sea como iniciativa personal al acudir a una Notaría, al momento de internarse en un hospital o clínica o como respuesta a una consulta formulada al momento de renovar la cédula de identidad o la licencia de conducir.

Aunque esta ley regula de manera adecuada el tema de donación y trasplantes de órganos en el país, no deja de poseer deficiencias

No dilucida la ambigüedad del concepto de muerte encefálica y sus consecuencias (suspensión de tecnologías de sostén vital), sólo se pueden aplicar para los efectos de esta ley, es decir trasplantes y donación de órganos, y no en otra circunstancia. Esto es difícil de sostener porque no es posible estar muerto para unos efectos y para otros, no (19).

En España desde octubre de 1979 está vigente la Ley de Trasplante 30/1979, de 29 de octubre que regula de manera específica la extracción de órganos y el trasplante. Esta ley conjuntamente con el Real Decreto que la desarrollaba contribuyó de manera decisiva a establecer las bases del sistema que permitiría crear la estructura necesaria para el trasplante de órganos español. La Ley 1950, de obtención de piezas anatómicas para injertos, establece en su articulado la posibilidad de extraer de los cadáveres piezas anatómicas, órganos y tejidos si se cumplen los siguientes requisitos: El plazo de extracción no debe superar las veinticuatro horas posteriores al fallecimiento. Los centros sanitarios deben estar autorizados para extraer si la persona fallecida manifestó en vida su voluntad de donar.

De acuerdo al Artículo nº. 5 de la Ley 30/1979, hay obligación de comprobar la muerte del donante antes de proceder a la extracción de los órganos. El Real Decreto 426/80 en materia de donación en caso de muerte cerebral, acepta el inicio de las maniobras que permitan la conservación de órganos con vistas a la posterior extracción y trasplante de los mismos, mientras se localiza al familiar del fallecido que puedan constatar su no oposición a la donación (20).

En Alemania hay diferentes posiciones en cuanto a la tesis de muerte cerebral acudiéndola a un hecho médico-empírico. No se trata de una nueva definición de muerte, sino de un cierto indicio de muerte, después de que el paro cardíaco ha dejado de cumplir esa función. Los oponentes, una minoría, sostenían que el muerto cerebral aún vive y concluyen que no debe permitirse el explante. Este dilema se ha legislado de acuerdo a ley de donación de órganos alemana. Según el artículo 3 apartado 1 se permite el explante “si se ha constatado la muerte según los criterios del estado de la ciencia médica” (ninguna mención a la muerte cerebral). Según el artículo 3 apartado 2 la extracción no es viable “si antes de ésta no se ha constatado el paro definitivo e irremediable de todas las funciones del cortex cerebral, del cerebelo y del tronco cerebral” (se menciona la muerte cerebral pero tan sólo como criterio de explante). Ambos párrafos no dejan ninguna duda acerca de que la muerte cerebral sea vista como la muerte del hombre. De todas formas, la ley exige la muerte de todo el cerebro y veta la muerte cerebral parcial como criterio de

extracción (21).

En Italia la Ley 644 del 2 de diciembre de 1975 regula la extracción de órganos donante cadáver, complementada por la ley 578 de 1993 en donde se precisa la determinación y certificación de la muerte y su reglamento. De acuerdo a Bechi (9), los criterios de muerte se encuentran en contraste con la definición de dicho término. En Colombia el Decreto 1172 de 1998 reglamenta el título 9 de la Ley 9 de 1979, en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantes, así como la Ley 73 de 1988. Quienes definen los parámetros a tener en cuenta para determinar la muerte encefálica. Resaltando que presenta vacíos en cuanto al término “muerte” como en las demás legislaciones.

Se puede señalar que en Japón el concepto de muerte cerebral no fue aceptado en la legislación hasta 1997. Según Flores (22), la posición de la Iglesia Católica a través del Papa Pío XII, quien ya en 1958 declaraba que la prolongación de la vida por medios extraordinarios en los pacientes críticos y la verificación del momento de la muerte eran de incumbencia estrictamente médica. El Papa Juan Pablo II también reconoció en diversos documentos la realidad del criterio neurológico de muerte, y manifestó que la muerte encefálica no parece en conflicto con una correcta concepción antropológica. El planteamiento de las grandes religiones equipara el de la iglesia católica. La Ley Judía reconoce el valor ético de la donación de órganos, pero exige que los cadáveres sean tratados con respeto y dignidad. El Código Islámico de ética médica aprobó en 1981 la donación de órganos como un beneficio a la sociedad y destaca que “si los vivos pueden donar, más aún los muertos, ningún daño se inflige al cadáver si se toman los órganos para hacer un buen uso en una persona viva. Esto es, sin duda, caridad” (22).

De la ética a la construcción socio jurídica del trasplante y donación de órganos

De acuerdo al análisis de la disposición de órganos para trasplante es indispensable ahondar en cuestionamientos inherentes al tema, como si ¿hay ética en la muerte cerebral?

“Ética es un término, concepto e inclusive un discurso que evoluciona con las etapas del pensamiento social y se podría definir como la forma en que un hombre se comporta con otro hombre; este término se extiende y avanza en distintas direcciones de acuerdo con el componente

de la estructura comunitaria o social que se pretende aplicar aunque sus principios son los mismos ya que corresponden al ser humano como tal” (23).

Ahora bien, frente al tema es necesario aclarar respecto a los muertos encefálicos ¿Qué significa tratarlos de forma ética? ¿Hay irrespeto al tratarlos de forma diferente a quien posee el cerebro con su funcionalidad normal?

El diagnostico determinado a un muerto encefálico induce, que no se puede tratar como cadáver porque toda vía no lo es y si lo fuese y se tomara sus órganos tal vez si implicaría en un irrespeto a cadáveres. Pues, un cadáver tiene trascendencia más elevada que cualquier objeto sin vida, además un muerto cerebral no está en su totalidad sin vida, lo que implicaría ilicitud al extraerle los órganos vitales dejándolo sin vida.

El consentimiento de quien realiza el trasplante es verídico y debe existir objeción de conciencia ya que es un desafío a la vida para el profesional con sus respectivas consecuencias éticas y morales “objetar conciencia es diferente a objeción civil”. Es evidente que las legislaciones sean amenazantes contra las futuras prácticas médicas, con respecto a este tema la Bioética enmarcada en un nuevo Bioderecho, debe esclarecer los límites de la ciencia con sus respectivas aplicaciones. Pero ahora, si en algún caso que a futuro se restrinja la toma de órganos de cadáveres, se debe potencializar la donación de órganos en vivo lo cual sería otro polilema bioético ya que en la mayoría de países en donde se vincula Colombia, las personas no tienen cultura de donación a lo que vale la pena mencionar un posible aumento de delitos en cuanto al tráfico y robo de órganos evidenciados por las dinámicas propias del mercado (23). Es necesario el acto mediante el que se manifiesta una conducta humana de su significado jurídico, no todo acto de intervención en la vida humana debe ser considerado un delito contra las persona (9).

El dilema ético, desborda sus barreras por las diferentes perspectivas que se vinculan inexorablemente dada la gran complejidad multi-causal del fenómeno, resaltando la importancia de la vinculación de ciencias como el derecho y más que la relación unidireccional tradicional de las ciencias en las que se establece la relación sujeto-objeto, habrá que entender la importancia epistemológica de asumir el derecho recíprocamente como objeto de estudio ante la ética, rompiendo con la visión tradicional de estudio. En palabras del profesor Vincenzo Ferrari se debe “estudiar el derecho como modalidad de acción social (que) significa indagar sobre las acciones humanas que en él se inspiran, comprender su sentido y verificar si, y hasta qué punto, este es esencialmente compartido” (24), otorgando una posibilidad de cambios epistémicos que abran caminos

de indagación acerca de las implicaciones éticas que implícitamente trae consigo el desarrollo de la ciencia jurídica.

Romper con la mirada unidireccional en el momento de incluir el derecho como elemento de análisis en la comprensión y análisis de tópicos bioéticos, permite inmiscuirse en la comprensión del derecho desde un análisis de este como acción social, rompiendo con una visión estática de esta ciencia social que permita girar hacia enfoques de construcción desde la comprensión de la estructura social. En otros términos, la construcción de la realidad puede derivar en formas de la construcción y concepción desde la cual se organiza la estructura normativa del derecho, lo que rodea la inserción del derecho como un fenómeno social, susceptible de análisis y vinculado o afectado por la fuerza que pueden ejercer las construcciones éticas sobre su estructura.

En esta misma línea Romero afirma que “partimos de la premisa que todo el derecho es creación social y no hay ninguna esfera preformativa que sirva de referencia para juzgar los hechos, las normas y los conceptos del derecho.” (25), resaltando la acción performativa del derecho dentro de la realidad social, suponiendo una especial importancia al papel de estudio bioético desde la jurisprudencia como agente transformador de las conductas que afectan más que a un orden establecido, a la misma esencia humana, a la existencia y sobrevivencia, dilemas que son propios del estudio de la bioética.

En este sentido, la especialización de la ciencia ha sido una necesidad dirigida por el curso de la realidad social que impone nuevos retos a la ciencia social, y para el derecho desde su estudio socio-jurídico se imponen retos, en términos de abrir caminos que permitan la comprensión del marco jurídico como resultado de la acción de los seres humanos, por lo cual la sociología jurídica se convierte en la herramienta conceptual que sigue el desarrollo de los constantes planteamientos y replanteamientos de la bioética (25), ya que con cada vez más dificultad se puede establecer cuando un fenómeno social se debe transformar en un fenómeno jurídico, como se ha planteado anteriormente, respuestas que deben ser abordadas desde una visión multidisciplinar que permita dar cuenta de una realidad compleja, como la muerte cerebral y sus concepciones sociales que plantean la disyuntiva sobre la vida del paciente – donante, como de las personas que pueden estar a la espera de un órgano, dilema que pone en escenario de discusión los límites de la vida y dignidad humana, sumado a los contextos culturales que orientan su accionar en base concepciones diferenciales en los que la visión científica queda replegada por cuenta de imaginarios sociales que parten de escenarios locales.

Frente a esta discusión, desde el derecho positivo, surge el bioderecho que enfrenta los dilemas de la biología en constante lucha con la construcción moral de la

sociedad, orientando su estudio a el establecimiento de límites difusos, permitiendo dar cuenta de las consecuencias sociales de los avances tecnológicos (25) en las cambiantes bases morales que más que en ningún otro periodo anterior de la historia ha tomado una mayor velocidad de cambio, lo que ha representado una constante necesidad de adaptación a nuevas condiciones.

En este nuevo panorama de cambio moral y ético, no se puede dejar de lado ciertas acciones sociales que no bordean necesariamente en su aplicación móviles de orden cultural, como lo mencionaría Weber al referirse a los tipos de ideales que determinan la acción social, perspectiva pertinente de abordar frente al desarrollo jurídico, pues no se podría reducir el campo del derecho a una disputa moral, ya que sería negar las posibilidades de regulación en un medio de conflicto que no involucra necesariamente tópicos de orden moral. En términos de Silva, estas acciones “son muchas veces racionales, es decir, están ajustadas a los fines que persiguen, sin perjuicio de que la acción divergente pueda ser también irracional.” (26). Esos fines son los intereses que persiguen los individuos, aunque como lo señala Silva a veces los objetivos que guían las acciones pueden estar orientados por la protección de cierto orden moral (26).

Referente a este panorama en el que se involucran intereses para conseguir fines, se abre un panorama amplio de análisis que permite la incorporación de perspectivas que toman en cuenta el conflicto social como escenario en el que se ponen en juego los fines de los actores que confluyen por la búsqueda de sus intereses, intentando sobreponerse unos sobre otros en constante disputa por el control que permita la consecución de objetivos determinados.

En este espacio de análisis sobresalen especialmente los avances desarrollados por la teoría de juegos, usada tradicionalmente por la economía, pero que ha recibido ampliaciones y aportes desde otras ciencias sociales como la sociología, la psicología e inclusive del derecho. Al respecto de la disputa jurídica, Dahrendorf citado por Silva (26), propone que el escenario de los intereses en puja se presenta por cuenta de la disputa por “titularidades”, lo cual representa la adquisición o el reconocimiento de derechos en un plano político y jurídico.

El desarrollo jurídico y ético de la donación y trasplante de órganos visto desde esta perspectiva muestra la confluencia y enfrentamiento de intereses de toda índole, desde acciones de tipo racional como de protección de cierto orden moral, elementos clave en el estudio de la aplicación de leyes que se convierten en este plano en estrategias de apropiación de intereses de los “jugadores” en disputa, aunque, en un plano en el que la vida se convierte en interés universal, las perspectivas sobre los límites que se difuminan

con el desarrollo tecnológico abren escenarios de disputa entre sectores que en el primer caso de la muerte cerebral moldean un polo que apegado al desarrollo científico ven la donación en pacientes en estado de muerte cerebral como potenciales salvaguardas de las vidas en las que pueden interferir para protegerlas y extenderlas; en un segundo caso, se ajustan las posiciones de aquellos quienes al plantear el escaso conocimiento sobre los límites de la vida, perciben con escepticismo el uso de órganos de pacientes que aun por definición conservan la vida.

Como lo menciona Silva, “el conflicto social es un resultado de la confrontación por la realización de intereses, donde un grupo intenta subordinar o someter al otro y vencer su resistencia, como medio propicio para alcanzar los intereses pretendidos.” (26). Evidenciando la difícil tarea de quien se aproxima al estudio bioético, debido a la puja de intereses que consiente o inconscientemente se disputan en un escenario social, inclusive en el plano científico en el cual se clama por la objetividad y rigurosidad sin que esto represente que no dejen de existir intenciones y motivaciones subjetivas.

Es así, como los dilemas de la muerte cerebral se perfilan como un tema que no plantea pocos dilemas en un ámbito que clama por la diversificación de enfoques que requiere para su adopción en escenarios diferenciales de miradas que adopten los componentes de la ciencia médica y sus rápidos avances, en un ritmo consonante con el estudio de la realidad social en espacios locales, teniendo en cuenta la pluralidad de “ordenes” a partir de la construcción que cada comunidad hace de su contexto.

Por otra parte, el desarrollo teórico construido desde las ciencias sociales se encamina hacia la satisfacción de una responsabilidad con el desarrollo humano que implique fundamentos integrales con base en el respeto a la vida humana, a las libertades y derechos, en otras palabras a la esencia de la condición humana frente a los retos que plantea la interdisciplinariedad del mundo contemporáneo.

En este escenario con mayor frecuencia surgen muchas inquietudes respecto a la vida y sus límites con la muerte, por lo que se hace relevante continuar abriendo escenarios de debate inclusivos que den respuesta a interrogantes básicos y esenciales como el definir si se puede hablar de vida con condicionamientos artificiales o de “muertos con corazón latiente”.

Referencias

1. Ara JR. Diagnóstico neurológico de la muerte. *Rev Esp Med. Nucl.* 2001;20(2):79-81.
2. Aldana MSC, Ortíz AJV, Pérez JT, Hernández CAH, Silva SH. (2008). Muerte cerebral. *Rev Esp Med Quir* 2008;13(2):78-87.
3. Matesanz R. El diagnóstico de la muerte encefálica en Latinoamérica. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias.* 2009;33(9):413-4 [citado 03 oct. 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19922824>.
4. Escudero D. Diagnóstico de muerte encefálica. *Medicina Intensiva.* 2009;33(4):185-95 [citado 18 oct. 2011]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021056910971215X>.
5. Requena-Meana P. El diagnóstico de muerte cerebral. *Persona y bioética.* 2009;13(33):128-36 [citado 18 oct. 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83212224003>.
6. Novoa SF. La muerte cerebral y su significado. *Revista chilena de pediatría.* 2007;78(4):355-62 [citado 20 oct. 2011]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
7. Truog RD, Fackler JC. Rethinking brain death. *Critical care medicine.* 1992;20(12):1705-13 [citado 23 oct. 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1458950>
8. Rosenzweig MR, Breedlove SM, Watson NV. *Psicobiología una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica.* Barcelona: Editorial Ariel; 2005.
9. Bechi P. Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica. Frontini E, Vaquero AN, traductores. Madrid: Editorial Trotta; 2011.
10. Shewmon A. Chronic Brain Death: meta analysis and conceptual consequences. *Neurology.* 1998;51(6):1538- 45.
11. Sánchez E. *La eutanasia ante la moral y el derecho.* Sevilla: Universidad de Sevilla; 1999.
12. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. *Gac Méd Méx.* 2001;137(3):269-76
13. Meléndez Minobis M, Dujarric Martínez MD, Fariñas Rodríguez L, Posada García A, Companioni DM. Implicaciones éticas de la muerte cerebral y los trasplantes de órganos. *Rev Cubana Invest Biomed.* 2005;24(1):60-68.
14. Beca JP, Rotondo MT. Muerte Cerebral Neonatal: Reflexiones a Partir de un Caso Clínico. *Rev Chil Pediatr.* 1997;68(3):134-8.
15. Alberti M, Menchaca A. Pauta de diagnóstico de muerte encefálica en el niño. *Arch Pediatr Urug.* 2003;74(1):37-40.
16. Machado C, et al. Lineamientos para el diagnóstico de la muerte encefálica en Cuba. In: Machado C, et al. *Definición y diagnóstico de la muerte en cuba.* Ciudad de la Habana: Instituto de Neurología y Neurocirugía; 1994. p.1-29. <http://www.sld.cu/libros/libros/libro4/bd-foru2.pdf>.
17. Millan J. Valor de los métodos de imagen en el diagnóstico de la muerte cerebral.

Análisis clínico-radiológico (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1994.

18. Domínguez-Roldán JM, García-Alfaro C, Jiménez-González PI, Hernández-Hazañas F, Gascón Castillo ML, Egea Guerrero JJ. Muerte encefálica: repercusión sobre órganos y tejidos. *Revista Medicina Intensiva*. 2009;33(9):434-41 [citado 11 oct. 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912009000900005&script=sci_arttext

19. Díaz T. V. Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2009;20:263-70.

20. Llopis JS. Muerte cerebral. Legislación vigente sobre trasplante de órganos. *Neurociencia Contemporánea*. 2009;3(8):sn.

21. Thomas H. Ética de los trasplantes. *Urbe e Ius*. 1999:1-14. Disponible en: http://www.urbeetius.org/newsletters/19/news19_thomas.pdf

22. Flores H JC, Pérez F M, Thambo B S, Valdivieso D A. Muerte encefálica, bioética y trasplante de órganos. *Rev méd Chile*. 2004;132(1):109-18.

23. Tirado, M. Por qué en Colombia no está generalizada la práctica de la donación de órganos? Una mirada desde la Bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2011;11(1):56-67

24. Ferrari V. Derecho y sociedad - Elementos de sociología del derecho. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2006.

25. Romero P. Sociología del derecho. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2011.

26. Silva G. Criminología. Teoría sociológica del delito. Bogotá: Instituto latinoamericano de Altos Estudios; 2011.

Recibido: 01/11/2011 Aprobado: 20/12/2011

Reflexões jurídicas acerca das novas terapias em saúde: uma análise à luz da lei de biossegurança

Juridical reflections on new health therapies: an analysis in the light of the biosafety law

Manoel Antônio dos Santos Neto

Procuradoria Geral do Estado, Pernambuco, Brasil

manoel.neto@pge.pe.gov.br

Resumo: Este trabalho discorre sobre aspectos jurídicos ligados às novas terapias em saúde, fazendo uma análise em consonância com o ordenamento jurídico brasileiro, com enfoque predominante sobre a *Lei de Biossegurança*. Aduz sobre a necessidade do consentimento informado do paciente sempre que os procedimentos terapêuticos ou pesquisas envolvam a utilização de seu material biológico, além da necessária observância do princípio da precaução. Aborda o tema das patentes envolvendo células-tronco embrionárias, a partir de uma comparação entre a realidade americana e o direito brasileiro. Destaca ainda importantes aspectos penais constantes na *Lei de Biossegurança*, os quais tutelam o direito a individualidade genética e a dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Biossegurança. Patentes. Consentimento Informado. Princípio da Precaução. Dignidade da Pessoa Humana.

Abstract: This study discusses juridical issues relating to new health therapies through an analysis consonant with the Brazilian legal system, focusing mainly on the Biosafety Law. It shows that there is a need for informed consent from patients whenever the therapeutic procedures or investigations involve use of their biological material, as well as the need to observe the precautionary principle. It covers the topic of patents involving embryonic stem cells, from a comparison between American realities and Brazilian law. It also highlights important penal aspects of the Biosafety Law that protect the right to genetic individuality and dignity of the human person.

Keywords: Biosafety. Patents. Informed consent. Precautionary principle. Dignity of the human person.

Entre março e junho de 2008 o Brasil assistiu ao julgamento acerca da constitucionalidade do artigo 5º da *Lei de Biossegurança* – lei n.º 11105 de 24 de março de 2005¹ (1) – o qual permitiu que células-tronco embrionárias, obtidas a partir de fertilização *in vitro* e não utilizadas no respectivo procedimento, fossem destinadas às pesquisas e terapias em saúde.

Vários foram os argumentos favoráveis e contrários ao referido uso. Dentre os argumentos contrários, destacaram-se os seguintes: o questionamento se tal procedimento, do ponto de vista jurídico-penal, se equivaleria ao aborto; além do ressurgimento de antigas discussões, não só jurídicas, mas multidisciplinares, sobre o início da vida humana e limites éticos para as pesquisas científicas.

Dentre os pontos favoráveis às novas práticas terapêuticas em saúde, os quais prevaleceram, merece destaque a própria ideia de esperança de descoberta de cura para algumas enfermidades, mediante o progresso da ciência; além da retomada do debate bioético, em conformidade com a dignidade da pessoa humana, que deve preponderar em qualquer procedimento terapêutico (2).

No presente trabalho, retomaremos as discussões sobre os limites jurídicos entre a vida e a morte; perpassaremos sobre o debate acerca da não-obrigatoriedade de implantação de todos os embriões fertilizados, em consonância com o princípio constitucional do planejamento familiar, além de fazermos uma abordagem sobre o aparato jurídico-normativo constante na *Lei de Biossegurança*, com suas normas permissivas, proibitivas e respectivas sanções, inclusive no âmbito penal, o qual nos permite falar em parâmetros ético-jurídicos a serem seguidos no desenvolvimento de novas terapias em saúde.

Dos limites jurídicos entre a vida e a morte

Partindo-se da vida para a morte, tem-se que a existência física do ser subsiste enquanto não lhe sobrevinha o óbito encefálico, momento a partir do qual é permitida à equipe médica independente - mediante autorização familiar - a remoção de órgãos e tecidos para fins de transplante.

Em que pese ser um conceito científico, empiricamente aferido, a constatação

1. Lei 11105/2005, Art. 5º: “É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições: I – sejam embriões enviáveis; ou II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais [...] § 1º Em qualquer caso é necessário o consentimento dos genitores.”

da morte tem repercussões jurídicas, daí haver um aparato normativo a corroborar a cessação da vida a partir do término da função encefálica, momento em que haveria um limite de ação juridicamente permitido para práticas, também terapêuticas, a partir da remoção de órgãos. Afere-se, portanto, a relevância do diagnóstico morte, seja do ponto de vista biológico ou seja sob o aspecto jurídico.

No Brasil, a previsão normativa da morte encefálica encontra guarida na lei nº. 9434/97², mais especificamente em seu artigo 3º (3). Correlacionando a existência de atividade encefálica com a própria ideia de existência de vida é que os tribunais pátrios já autorizaram a retirada de fetos anencéfalos do útero materno, em que pese não haver nenhuma autorização normativa expressa³ (4). Partindo-se da premissa de que a existência da vida requer atividade encefálica, pode-se concluir, mediante a técnica da argumentação a *contrario sensu* (5), que as células-tronco embrionárias – dada a ausência de massa encefálica – não se enquadram, ao menos sob o prisma jurídico, no conceito de vida humana.

Destarte, a utilização de células-tronco para fins terapêuticos ou de pesquisa também não pode ser equiparada à prática de aborto, uma vez que tal delito, para consumar-se, necessita da existência de um ser pré-natal, no interior do corpo feminino, o que não é o caso, haja vista o fato de tais células embrionárias serem frutos de uma fertilização *in vitro*, as quais não serão mais implantadas no útero materno.

O ordenamento constitucional brasileiro elenca a dignidade da pessoa humana como valor fundamental da República Federativa (art. 1º, III), assim como o próprio direito a vida (art. 5º, caput) (6). Destaque-se, outrossim, que não há direitos fundamentais absolutos, os quais poderão eventualmente colidir, no momento da aplicação da norma. Ao aplicador do direito, por sua vez, caberá exercer uma atividade de ponderação (7) de modo que haja o mínimo de sacrifício dos bens jurídicos postos em colisão. Neste diapasão, a própria vida, já possuindo atividade encefálica, poderá vir a ser suprimida em alguns casos expressos em lei. O código penal brasileiro, por exemplo, é expresso, quando, em seu artigo 128⁴ (8), deixa de criminalizar duas hipóteses de aborto: o aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante; bem como o caso

2. Lei 9434/97, Art. 3º, caput: “A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”.

3. Tal questão restou pacificada pelo Supremo Tribunal Federal, com a conclusão do julgamento da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) de nº 54, em 12 de abril de 2012, oportunidade em que a Corte concluiu pela possibilidade de interrupção da gestação de feto anencéfalo.”

4. Código Penal, Art. 128: “Não se pune o aborto praticado por médico: I – se não há outro meio de salvar a gestante; II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”

de gravidez decorrente de estupro, mediante consentimento da gestante ou de seu representante legal.

O Código Civil brasileiro, por seu turno, dispõe, em seu artigo 2º, que “a personalidade civil da pessoa começa com o seu nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro” (9). Da análise do dispositivo legal percebe-se que o nascituro seria um sujeito de direitos em condição suspensiva, já que a fruição de seus direitos condiciona-se ao seu efetivo nascimento. Observa-se ainda que o legislador não criou dispositivos desprovidos de significados, já que, se a lei resguarda direitos desde a concepção, isso significa que o período gestacional de vida intrauterina merece total proteção estatal, já gozando o feto da proteção constitucional inerente à dignidade da pessoa humana. Tamanha é a proteção jurídica conferida ao feto que o código penal tipifica como crime, salvo as duas exceções anteriormente citadas, a prática de aborto. Não se pode ignorar, entretanto, que após o nascimento com vida o ordenamento jurídico protege ainda mais o indivíduo, tanto é que o término da vida por fato de outrem, após o nascimento, é reprimido com a pena de homicídio, a qual é superior a de aborto.

Note-se que o nascimento com vida é marco divisor no Direito no que se refere à amplitude da proteção à dignidade da pessoa humana. O código penal, por exemplo, descriminaliza o aborto, conforme se destacou, em caso de gravidez decorrente de estupro (com consentimento da gestante ou de seu representante legal, se incapaz). Entretanto, se o nascituro vem a nascer vivo, ainda que fruto de relação sexual obtida através de estupro, não há mais permissivo legal para ceifá-lo a vida, já que aquele ato que, em meses anteriores, enquadrar-se-ia no conceito de aborto legalmente permitido, passa, após o nascimento, a qualificar-se como homicídio ou infanticídio – se praticado pela mãe sob influência de estado puerperal.

Ante o exposto, entende-se que a proteção ao nascituro como sujeito de direitos, inclusive submetido à dignidade da pessoa humana, se dá a partir de sua implantação no ventre materno, destacando-se que tal proteção ocorre de forma progressiva, tomando uma máxima eficácia após o nascimento com vida.

Do fundamento constitucional do planejamento familiar. Do consentimento informado dos genitores

A Constituição Federal em seu artigo 226, §7º (6), veda a interferência coercitiva

do Estado em se tratando de planejamento familiar⁵, o qual é fruto de livre decisão do casal. Neste diapasão, levando-se o debate ao tema central do presente trabalho, observa-se que não há uma obrigatoriedade de implantação de todos os embriões obtidos a partir de fertilização *in vitro*, caso contrário estaria o Estado a interferir diretamente na organização das famílias, coagindo as mulheres a implantar todos os embriões fertilizados, o que não encontra guarida na ordem constitucional vigente.

Não havendo obrigatoriedade, conforme exposto, de implantação de todos os embriões fertilizados *in vitro*, observou-se que muitas células-tronco seriam, inexoravelmente, descartadas, sem que tal descarte implicasse qualquer cometimento de delito. O legislador infraconstitucional, por seu turno, veio a regular a utilização das células totipotentes, não implantadas no útero materno, para fins de pesquisa e terapia. Dentre os requisitos para o desenvolvimento dos trabalhos científicos, a lei destacou a necessidade de que os embriões utilizados fossem inviáveis ou que tivessem sido congelados há mais de três anos, além do consentimento informado dos genitores.

O último requisito citado – o consentimento informado – encontra correspondente na jurisprudência americana, sobretudo após o *leading case* “Moore v. Regents of Califórnia” (10). Tal caso teve início com a utilização econômica, mediante o patenteamento, não autorizado, de uma linhagem celular elaborada a partir de tecidos do baço do americano John Moore. Moore era portador de leucemia e teve o baço retirado no curso de seu tratamento. Médicos que o acompanhavam descobriram, na Universidade da Califórnia (UCLA), que os tecidos do baço eram aptos a produzir singular proteína do sangue. A posteriori, Moore assinou algumas declarações de consentimento apenas com os pesquisadores da universidade, entretanto, à revelia do paciente, a universidade e seus pesquisadores firmaram contrato com as sociedades Genetic e Sandoz, as quais patentearam nove medicamentos contra bactérias e contra o câncer. Quando tomou ciência da situação, Moore acionou em juízo a Universidade da Califórnia, solicitando coparticipação nos lucros, além de ressarcimento pela quebra da relação de confiança entre médico e paciente. A suprema corte americana indeferiu o pleito de participação nos lucros, mas condenou a universidade em indenização referente à quebra da relação de confiança, o que fez ressurgir a necessidade do consentimento do paciente para pesquisas com a utilização secundária de seu material biológico.

No Brasil, o consentimento dos genitores mostra-se como um requisito indispensável à utilização de células embrionárias para fins terapêuticos ou de pesquisa,

5. Código Penal, Art. 128: “Não se pune o aborto praticado por médico: I – se não há outro meio de salvar a gestante; II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.”

vedando-se inclusive a comercialização de tais células, fruto da fertilização *in vitro*. Fez por bem o legislador pátrio em estabelecer a premissa do consentimento informado associada à vedação de comercialização do material biológico, uma vez que não se pode olvidar que é crescente o fenômeno da patrimonialização dos direitos da personalidade. Sabe-se que as pesquisas científicas com informações sobre o corpo humano, além das disputas pelas patentes, adquiriram um valor comercial que ultrapassa os limites da mera utilização terapêutica (10).

Apesar de a necessidade de consentimento ser hoje uma questão aparentemente pacífica para o Direito, havia, durante o século XX, duas correntes sobre o tema: a realista e a personalista (10). A doutrina realista alemã, em breves linhas, entendia que o corpo humano, considerado como um todo indivisível, não poderia ser encarado como objeto de propriedade. Entretanto, surgiria um direito real de propriedade sobre as partes do corpo humano após a sua remoção, como se fora frutos derivados de uma árvore. A referida teoria teve como consequência a desnecessidade do consentimento, sempre que os materiais biológicos fossem frutos de um perceptível abandono, como é o caso dos resíduos pós-operatórios ou dos cabelos após o seu corte, desde que o paciente não manifestasse mais interesse em possuí-los. Para os personalistas, doutrina atualmente prevalecente, inclusive nas legislações nacional e internacional, cabe ao indivíduo não só ter ciência, mas também consentir com a destinação futura dos resquícios de seu material biológico. A visão personalista considera a unicidade do indivíduo, respeitando a sua vontade manifestada em momento anterior à separação de seu material biológico.

A medicina tenta alargar ao máximo a manutenção da vida humana, cessando a intervenção médico-curativa com a morte do paciente; o direito, a seu turno, tenta conservar ao máximo o âmbito da autonomia da vontade individual, a qual, frise-se, produz efeitos que se estendem temporalmente para além da vida, como é o caso da proteção jurídica que se confere a um testamento ou declarações de última vontade. Sem o consentimento prévio, não há que ter guarida qualquer utilização do ser humano enquanto instrumento de pesquisas.

A realidade americana e a vedação à concessão de patentes de células-tronco humanas no Brasil

No direito brasileiro, dentre os requisitos gerais para o patenteamento de um produto, há que se observar se estão presentes os requisitos da novidade, da atividade inventiva e da aplicação industrial⁶ (11). Destaque-se que os chamados modelos de

6. Lei 9279/96, Art. 8º: “É patenteável a invenção que atenda aos requisitos da novidade, atividade inventiva e

utilidade, entendidos como aqueles instrumentos que aperfeiçoam o uso de um objeto pré-existente, também podem ser objeto de patenteamento (11). Meras descobertas, já presentes na natureza, em tese não deveriam ser objeto⁷ de patentes, uma vez que não são frutos de atividade inventiva, mas são apenas revelações daquilo que já existia. O direito brasileiro não admite que se patenteie descobertas, pois nelas não se vislumbra o citado requisito da atividade inventiva.

Em que pese tratar-se de descoberta de elemento pré-existente, os Estados Unidos da América foram pioneiros na admissibilidade de patenteamento de células-tronco humanas. Destacou-se, na corrida pelas patentes, o pesquisador James Thompson, que patenteou células tronco-humanas e, em seguida, firmou contrato de licença exclusiva de uso de tais células com a Gera Corporation, empresa privada de biotecnologia que financiava suas pesquisas (11). Ocorre que o patenteamento de um produto confere, por determinado período, o direito exclusivo de utilização, gerando a necessidade de prévio licenciamento de uso conferido pelo seu possuidor, o que restringe e onera o avanço das pesquisas científicas, denotando, no mais das vezes, a prevalência de um interesse econômico em detrimento da coletividade.

A vigente legislação brasileira sobre patentes, conhecida como *Lei de Propriedade Industrial*, é expressa em vedar o patenteamento de elementos que envolvam o todo ou parte dos seres vivos⁸ (12). Em se tendo como requisito da obtenção da patente – além da atividade inventiva – a aplicação industrial, pode-se afirmar que a *Lei de Biossegurança* também veda o patenteamento de células embrionárias, uma vez que o §3º de seu artigo 5º (1) proíbe qualquer forma de comercialização do material biológico nele referido⁹, o qual remete às células-tronco embrionárias. A *Lei de Biossegurança* não só proíbe, mas equipara a comercialização de células embrionárias à venda de órgãos, submetendo o infrator a sanção penal de reclusão de 3 (três) a 8 (oito) anos e multa¹⁰ (3).

No que se refere ao tema das patentes, pode-se afirmar que o Brasil possui uma legislação avançada, destacando-se no plano internacional, sobretudo quando postas em

aplicação industrial”.

7. Lei 9279/96, Art. 9º: “É patenteável como modelo de utilidade o objeto de uso prático, ou parte deste, suscetível de aplicação industrial, que apresente nova forma ou disposição envolvendo ato inventivo, que resulte em melhoria funcional no seu uso ou em sua fabricação”.

8. Lei 9279/96, Art. 18, III: “Não são patenteáveis: III – o todo ou parte dos seres vivos (...)”

9. Lei 11105/05, Art. 5º, § 3º: “É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997”.

10. Lei 9434/97, Art. 15: “Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano: Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa. Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou auferir qualquer vantagem com a transação.”

discussão matérias atinentes à saúde pública, como ocorreu com a quebra de patente para produção de remédios para o tratamento do *human immunodeficiency virus* (HIV) (11), em que se observou a supremacia dos direitos humanos, além da prevalência do interesse público sobre o privado.

Das tipificações penais: a vedação jurídica da clonagem humana e o princípio da precaução

Para além da abordagem sobre as células-tronco embrionárias, o artigo 26 da *Lei de Biossegurança* é expresso em vedar a clonagem de seres humanos, infligindo pena de reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, além de multa para quem realizá-la. Ainda não há exemplos jurídicos de aplicação de tal norma, talvez por limitações ainda enfrentadas pelo estado da técnica.

Ainda que já houvesse, no Brasil, um arcabouço técnico-científico apto a realizar a clonagem humana, houve por bem o legislador em proibi-la, em harmonia com o princípio da precaução, sobre o qual se passará a tecer algumas considerações.

O princípio da precaução, muito utilizado no campo do Direito Ambiental (13), cuida em evitar a ocorrência de um perigo abstrato, inibindo a prática de atividades cujas consequências podem fugir da seara do previsível. Refoge aos postulados éticos fazer do ser humano um instrumento de pesquisas, sobretudo quando não se pode ter um controle preciso de seus resultados. O mundo recentemente assistiu à clonagem de uma ovelha realizada pela equipe do Dr. Ian Wilmut (14) – da Escócia – a qual apresentou nítidos sinais de envelhecimento precoce, anteriormente não previstos pelos cientistas. A vedação à clonagem humana, frise-se, é fruto da ideia de precaução, não podendo o homem, tal qual se fez com o animal, submeter-se ao imponderável.

A doutrina afirma que o princípio da precaução não deve ser analisado como aquele que tudo impede ou que em tudo vê males ou catástrofes, mas sobretudo como um princípio que protege a sadia qualidade de vida e durabilidade das gerações. Elencam-se ainda as seguintes características do princípio: incerteza do dano decorrente de uma ação ou inação, em face dos conhecimentos científicos existentes; probabilidade de efeitos graves e irreversíveis ao meio ambiente; o princípio se dirige não só aos particulares, mas principalmente às autoridades públicas (14), no momento da fiscalização e apreciação das autorizações para pesquisas.

Em se procurando uma classificação jurídica para o delito de clonagem humana, chega-se à conclusão de que se trata de um delito instantâneo de efeitos permanentes,

caracterizado pela índole duradoura de suas consequências (15). Diz-se delito instantâneo porque sua consumação ocorre em um único momento, o qual, *in casu*, seria o instante do nascimento com vida do clone humano; os efeitos permanentes do delito decorreriam da irreversibilidade da lesão causada, haja vista a impossibilidade do retorno ao *status quo* anterior ao cometimento do crime. A consequência do crime, a seu turno, seria o nascimento de uma vida, a qual gozaria da máxima proteção jurídica estatal, decorrente do princípio dignidade da pessoa humana. Pode-se afirmar ainda que a clonagem humana se trata de um crime vago¹¹ (15), em que os sujeitos passivos – aqueles que têm seus bens jurídicos lesados – são indeterminados.

Além de vedar a clonagem humana, a *Lei de Biossegurança* também considera crime – cominando pena de detenção de um a três anos e multa – qualquer utilização de embrião humano em desacordo com o que dispõe o seu artigo 5º, ou seja, para que se consume tal delito basta, por exemplo, a utilização de embriões humanos congelados a menos de três anos para pesquisa ou que a utilização se dê sem a ciência e consentimento dos genitores.

Conclusão

O princípio da precaução faz da prudência um pressuposto para a realização de estudos em células-tronco embrionárias. Como consequência do princípio da precaução, visando a proteger a dignidade da pessoa humana, além do direito à individualidade genética, houve por bem o legislador brasileiro em vedar a realização de clonagem em seres humanos.

A realidade americana, com a permissão de patentes de linhagens de células-tronco embrionárias, vai na contramão dos postulados éticos, posto que corrobora com o fenômeno da patrimonialização da vida. Avançada, nesse ponto, a legislação brasileira, a qual, além de proibir referidas patentes, equipara ao crime de venda de órgãos a comercialização de células-tronco embrionárias.

O debate bioético ressurgiu num momento de cotejo entre desenvolvimento científico e preservação dos valores básicos da sociedade. O avanço da ciência é uma realidade da qual não se pode fugir. Destaque-se, entretanto, que o ser humano não deve ser utilizado como mero instrumento (16) de pesquisas, mas sim como a finalidade delas.

11. Damásio define crimes vagos como aqueles “que têm por sujeito passivo entidades sem personalidade jurídica, como a família, o público ou a sociedade”.

Referências

1. Brasil. Lei nº 11105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do §1º. do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política nacional de Biossegurança e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 26 mar., 2005.
2. Ferreira Filho RR. Principais Julgamentos do Supremo Tribunal Federal. Salvador: Juspodivm; 2009.
3. Brasil. Lei nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 05 fev., 1997.
4. Supremo Tribunal Federal. Coord. de Análise de Jurisprudência. ADPF nº 54. <http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?numero=54&classe=ADPF-QO> (acesso em 31/05/2009)
5. Ferraz Júnior TS. Introdução ao Estudo do Direito: Técnica, Decisão, Dominação. 3ª ed. São Paulo, Atlas; 2001.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 05 out., 1988.
7. Bonavides P. Curso de Direito Constitucional. 12ª ed. São Paulo: Malheiros; 2002.
8. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 31 dez., 1940.
9. Brasil. Lei nº 10406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 11 de jan., 2002.
10. Resta G. O Acesso ao material biológico humano com fins de pesquisa e de aproveitamento industrial: questões relativas ao consentimento e a responsabilidade no direito comparado. In: Costa JM, Möller LL, organizadoras. Bioética e Responsabilidade. Rio de Janeiro: Forense; 2009. p. 156-158.
11. Fernandes MS. Uma abordagem jurídica e bioética sobre as patentes envolvendo células-tronco humanas. In: Costa JM, Möller LL, organizadoras. Bioética e Responsabilidade. Rio de Janeiro: Forense; 2009. p. 236-297.
12. Brasil. Lei nº 9279, de 14 de maio de 1996. Regula Direito e Obrigações Relativos à Propriedade Industrial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 15 mai., 1996.
13. Trennepohl TD. Fundamentos de Direito Ambiental. 2ª ed. Salvador: Juspodivm; 2007.
14. Machado PAL. Direito Ambiental Brasileiro. 17ª ed. São Paulo: Malheiros; 2009.
15. Jesus DE. Direito Penal: Parte Geral. 11ª ed. Saraiva: São Paulo; 1986.
16. Kant I. Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos. São Paulo: Martin Claret; 2004.

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

A Bioética e a investigação em células estaminais humanas - em Portugal e na Comunidade Europeia

Bioethics and investigations using human stem cells in Portugal and the European Community

Margarida Teixeira

Escola secundária D. Maria II, Braga, Portugal

bt.margarida@gmail.com

Clara Costa Oliveira

Universidade do Minho, Braga, Portugal

claracol@ie.uminho.pt

Resumo: Com o presente trabalho, realizado no âmbito do Centro de Investigação em Educação, da Universidade do Minho, pretendemos refletir sobre as implicações éticas da investigação em células estaminais humanas. A investigação em células estaminais tem sido de extrema importância pois permite quer conhecer os processos de desenvolvimento dos organismos, quer encontrar formas de tratamento de doenças irreversíveis. Considera-se que as células estaminais dos tecidos adultos possuem menor capacidade de diferenciação do que as embrionárias, conseqüentemente a sua utilização no tratamento de doenças é menos eficaz. Se a utilização de células estaminais dos tecidos adultos humanos normalmente não levanta questões éticas, o mesmo não acontece com a utilização de células estaminais embrionárias. A utilização deste tipo de células tem levantado muitas questões no âmbito da bioética, na medida em que, geralmente, acarreta a destruição de embriões humanos. O presente artigo encontra-se dividido em três partes: na primeira é feita uma breve análise sobre o conhecimento científico relativo às células estaminais; na segunda é abordado o estatuto do embrião e a regulação jurídica relativa à utilização de embriões na investigação científica (em Portugal e na Comunidade

Europeia) e; na última parte são levantadas algumas questões éticas inerentes à utilização de células estaminais embrionárias.

Palavras-chave: Investigação. Bioética. Células Estaminais. Legislação.

Abstract: Through the present study, conducted within the scope of the Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho, our intention was to reflect on the ethical implications of investigations using human stem cells. Stem cell investigations are enormously important because they make it possible both to find out about the developmental processes of organisms and to find ways of treating irreversible diseases. It is believed that stem cells from adult tissues present lower capacity for differentiation than do embryonic cells, and consequently their use in disease treatment is less effective. While using stem cells from adult human tissue generally does not raise ethical issues, the same cannot be said for using embryonic stem cells. Use of this type of cell has raised many questions within the sphere of bioethics, in that it usually causes destruction of human embryos. The present article is divided into three parts: in the first part, a brief analysis on the scientific knowledge relating to stem cells is made; in the second part, the law on embryos and the legal regulations relating to use of embryos in scientific investigations are covered (in Portugal and the European Community); and in the final part, some ethical questions inherent to using embryonic stem cells are raised.

Keywords: Investigation. Bioethics. Stem cells. Legislation.

As células estaminais (CE) são células indiferenciadas, isto é, células que podem originar diferentes tecidos do organismo, pois não possuem uma função específica. Caracterizam-se pela sua capacidade de diferenciação, por se reproduzirem indefinidamente e por permitirem a sua manipulação laboratorial sem que ocorra perda de capacidades funcionais. Podem ser obtidas a partir de um embrião ou de um organismo adulto.

Imediatamente após a fecundação, o zigoto formado sofre mitoses sucessivas originando a mórula, uma estrutura constituída por número crescente de blastómeros. Por volta do 5º dia a mórula, já na cavidade uterina, começa a formar uma cavidade central cheia de líquido, originando o blastocisto que se diferencia em trofoblasto (estrutura que vai originar os anexos embrionários) e embrioblasto (estrutura que vai originar o embrião); ao fim de nove dias o blastocisto já se encontra implantado no

endométrio uterino. Por volta do 14º dia o embrioblasto gera um embrião trilamelar, constituído por ectoderme, mesoderme e endoderme. Estas camadas germinativas irão originar diferentes tecidos:

a- a ectoderme vai dar origem à epiderme, sistema nervoso central e periférico e à retina do olho;

b- a endoderme é a fonte dos revestimentos epiteliais das vias respiratórias e do trato gastrointestinal, incluindo glândulas que se abrem no trato gastrointestinal e as células glandulares dos órgãos associados (fígado e pâncreas);

c- a mesoderme vai dar origem ao músculo liso, aos tecidos conjuntivos e vasos associados com tecidos e órgãos e forma a maior parte do sistema cardiovascular (1).

As CE se classificam em totipotentes, pluripotentes e multipotentes, sendo as totipotentes e as pluripotentes exclusivamente provenientes do embrião.

As CE totipotentes são células totalmente indiferenciadas, capazes de originar não só qualquer célula do organismo humano, como também as que compõem os anexos embrionários. Estas células só existem nos primeiros dias do desenvolvimento embrionário (da primeira divisão do zigoto até à fase de mórula com dezasseis blastómeros, ou seja, até ao 4º dia de gestação).

As CE pluripotentes são células indiferenciadas capazes de originar qualquer célula do organismo, mas não têm capacidade para originar os anexos embrionários. São células que se obtêm geralmente do embrião antes da formação do disco embrionário trilamelar (ou seja, entre o 5º e o 9º dia de gestação).

As CE multipotentes têm uma capacidade de diferenciação muito mais limitada, podendo originar apenas um (unipotentes) ou alguns tipos de células definitivas. São estas células que são responsáveis pela renovação celular (1).

O primeiro relato de investigação utilizando células estaminais embrionárias foi publicado em 1998 pela equipa de James A. Thompson, da Universidade de Wisconsin, nos EUA (2).

Clonagem

A clonagem somática consiste em transplantar o núcleo de uma célula diferenciada adulta para o citoplasma de um ovo anucleado. Com este processo se forma um embrião que possui as características genéticas do indivíduo dador do núcleo.

Esta técnica foi utilizada pela primeira vez com sucesso na década de 60, em sapos, por Gurdon. Em 1997, Wilmut e Campbell obtiveram, do mesmo modo, o primeiro

mamífero clonado: a ovelha Dolly. Com este clone se verificou que esta técnica gera animais que sofrem alterações no desenvolvimento, nomeadamente o envelhecimento precoce (3).

Com a clonagem somática se produzem embriões que podem ter fins reprodutivos ou que podem ser utilizados para a obtenção de células estaminais embrionárias; assim, atendendo à finalidade, a clonagem pode ser reprodutiva ou terapêutica.

A reprodução medicamente assistida e os embriões excedentários

De acordo com o Relatório sobre Procriação Medicamente Assistida (4) do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) de Portugal, em condições normais, a fecundação apenas ocorre em 25% dos ciclos genitais de casais considerados fecundos e nos quais não há qualquer prática contraceptiva. Aliado a este facto há também a considerar limitações no âmbito dos mecanismos fisiológicos da reprodução. Assim, surgem com frequência situações de esterilidade e de infertilidade. À escala mundial, este fenómeno envolve cerca de 15% de todos os casais que pretendem procriar.

Investigações, cujo objectivo era tratar casais inférteis, levaram à constituição de embriões humanos. Assim, a 25 de Julho de 1978, no Reino Unido, nasceu Louise Brown, o primeiro ser humano do mundo designado por bebé-proveta. Iniciou-se assim uma nova era na Medicina da Reprodução que levou ao aparecimento da Procriação Medicamente Assistida (PMA), mais concretamente à fecundação *in vitro* (FIV). Desde então já ocorreram mais de um milhão de nascimentos por FIV. No ano 2000, só nos EUA, ocorreram 100000 FIV, das quais resultaram cerca de 35000 bebés (5).

Para aumentar a probabilidade de gestação e diminuir o desconforto da mulher, protegendo-a de repetidas estimulações ováricas, produzem-se mais embriões do que aqueles que são implantados. Os não utilizados são congelados, na fase inicial do seu desenvolvimento (cerca de 8 dias), por um processo que se denomina criopreservação, para posterior utilização. Quando o casal consegue ter o número de filhos desejado, os embriões sobrantes não são implantados. A estes acrescem os embriões de casais que alteram o projeto original e abandonam a ideia da implantação. Assim, na prática, produzem-se mais embriões do que aqueles que são implantados. Todos estes embriões se tornam excedentários. Em alguns países europeus, esta taxa chega a atingir cerca de 60% dos embriões preservados (2).

Proveniência das células estaminais

As CE podem ser obtidas a partir do embrião, de aborto espontâneo, do sangue do cordão umbilical e de tecidos adultos.

As CE embrionárias podem ser obtidas a partir de: embriões produzidos *in vitro*, sem que ocorra a destruição dos mesmos; embriões criopreservados excedentários; embriões produzidos para investigação e; clonagem somática.

Células estaminais adultas *versus* células estaminais embrionárias

No adulto existem, na maior parte dos órgãos, células indiferenciadas que estão quiescentes e que, quando há necessidade de renovação celular, são ativadas, produzindo células diferenciadas. Apesar destas CE serem multipotentes, ou mesmo unipotentes, podem ser reprogramadas *in vitro* para a produção de células de outros tecidos.

A investigação científica tem demonstrado uma maior dificuldade na utilização de CE adultas relativamente às embrionárias, devido ao reduzido número de CE nos tecidos adultos, associado à dificuldade de se identificarem, isolarem e manterem indiferenciadas, à falta de plasticidade para se diferenciarem e se manterem funcionais, para além da facilidade em originarem tumores (6); as CE adultas ao permanecerem no organismo adulto durante um período de tempo alargado podem acumular mutações que levam ao desenvolvimento de tumores.

Aplicações das células estaminais

Muitas das doenças humanas são causadas pela morte ou disfunção de um ou poucos tipos de células, como por exemplo, no caso da diabetes, as células produtoras de insulina. A substituição destas células pode originar o tratamento eficaz, ou mesmo a cura, da diabetes. Apesar de já se terem realizado inúmeras linhas de investigação e vários ensaios clínicos utilizando transplantes de CE, ainda faltam muitos anos de investigação para que muitas das terapêuticas previstas possam ser utilizadas na prática clínica.

Actualmente utilizam-se CE multipotentes retiradas do sangue adulto, ou do cordão umbilical para tratar doenças hematopoiéticas, como a leucemia e os linfomas.

No futuro prevê-se que o recurso às CE torne possível a reparação de tecidos e transplante de órgãos (podendo curar situações variadas, desde queimaduras extensas, à anemia falsiforme e à diabetes), a cura de doenças neurológicas (como Parkinson e

Alzheimer), doenças cartilaginárias e ósseas, entre outras. As CE poderão também contribuir para avanços na investigação, bem como no tratamento do cancro, e vir a ser utilizadas para testar novos medicamentos em diferentes tipos de células (7).

Tendo as CE do adulto menor capacidade de diferenciação, terão menos potencialidades no tratamento de doenças.

Regularização jurídica da utilização de embriões em investigação – a natureza do embrião

Muitos têm sido os estudos realizados acerca do embrião humano, e em muitos domínios, nomeadamente na filosofia, biologia, embriologia, direito e ética; no entanto, cada vez surgem mais dúvidas. Muitas questões se têm levantado acerca do estatuto do embrião. Este tem sido considerado como sendo já uma pessoa, ou apenas ser vivo da espécie humana, ou então apenas um agregado de células (8).

O próprio termo embrião mudou de significado ao longo das últimas décadas. Até à década de 80 considerava-se que o embrião se formava no encontro dos dois gametas e se desenvolvia até às oito primeiras semanas de gestação, momento a partir do qual se passava a designar de feto. A partir de meados da década de 80, com o desenvolvimento das técnicas de fertilização *in vitro*, convencionou-se, de acordo com o *Relatório Warnock* de 1984, que a designação de embrião só se aplica após o 14º dia de gestação; até aí se utiliza a designação de pré-embrião (9).

Segundo Cabral, Renaud e Santos, “as duas questões mais complexas, à volta das quais as opiniões divergem incidem no estatuto ‘pessoal’ do embrião e na determinação do começo de um novo ente vivo humano” (10).

Segundo Serrão (11), “o instante *t* do início de uma nova forma de vida humana não é fácil de determinar no plano do conhecimento biológico”. Relativamente ao início da vida humana, têm surgido muitas opiniões, nomeadamente, o momento da conclusão da fecundação, a implantação na mucosa uterina, ou seja, no início da relação mãe-filho (ao 7º dia de gestação), ou após a formação da placa neural (ao 14º dia) e consequente esboço do sistema nervoso, indispensável às funções cognitivas, sensitivas e de relação que encerram a essência da pessoa humana.

De acordo com o momento considerado para o início da vida humana surgem várias linhas de pensamento. Segundo Cabral, Renaud e Santos (10) são de salientar duas posições.

A primeira posição considera que “a pessoa existe como um movimento

progressivo pelo qual se torna pessoa. Este devir constitui-se como totalização progressiva de um percurso existencial. O embrião é a fase inicial deste percurso, sendo a morte humana o seu fim” (10). De acordo com este ponto de vista o pré-embrião deve ser considerado como a parte inicial da vida da pessoa.

De acordo com a segunda posição “para ser pessoa humana, o embrião deve apresentar uma individualidade irreversível” (10). Atendendo a que nos primeiros dias de desenvolvimento embrionário as células são totipotentes, de um mesmo embrião, por um lado, podem resultar vários indivíduos e, por outro lado, essa totipotencialidade significa que ainda não existe o carácter individual do embrião. Assim, segundo esta perspectiva, o pré-embrião é um ser da espécie humana, mas não pode ser considerado como pessoa.

Há ainda quem se coloque numa posição mais radical que as anteriores, considerando que a vida humana só começa a partir de uma vida de relação, isto é, após a implantação do pré-embrião no útero (7º dia de gestação) ou mesmo a partir do início do desenvolvimento do sistema nervoso (14º dia), pelo que, até aí, existe apenas um aglomerado de células ou um sistema auto-organizado de células. Esta última corrente está, de certo modo, de acordo com o facto da morte cerebral, ou seja o fim do funcionamento do sistema nervoso ser considerado como o fim da vida humana.

É com base nesta reflexão ética, e conseqüentemente com base na definição de quando começa a vida do ser humano e da pessoa, que deverão ser estabelecidas as políticas que permitem, limitam ou impedem a investigação em embriões.

A legislação portuguesa

Embora tenha ocorrido uma evolução enorme no campo científico, a utilização de embriões e de células estaminais embrionárias em investigação científica está longe de ser consensual. A sociedade divide-se quanto a estas questões, nomeadamente no que se refere a uma questão de base como a do estatuto do embrião. As divergências de opinião ideológica, religiosa e de valores da sociedade refletem-se na dificuldade do poder político em legislar sobre estas questões.

A qualificação jurídica do embrião e do feto passa pela sua integração numa das seguintes categorias: coisa, vida humana ou pessoa. Se o embrião for qualificado como coisa, implica a liberdade de o utilizar na investigação e de ser comercializado. Se for considerado apenas como vida humana, será merecedor de respeito e protecção, mas não será titular de direitos. Se for considerado pessoa, ser-lhe-ão atribuídos direitos e haverá limites à investigação (6).

Em Portugal, apesar da prática de técnicas de reprodução medicamente assistida e consequentemente da existência de embriões excedentários, bem como do uso de células estaminais embrionárias em investigação científica, associado aos fóruns de discussão, aos pareceres do CNECV e às várias propostas de projeto-lei, o problema foi sucessivamente adiado. Recentemente foi publicada a Lei n.º 32/2006 (12), no âmbito da regulamentação da utilização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) e a Lei n.º 12/2009 de 26 de março (13) que estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, transpondo directivas europeias para a ordem jurídica interna.

O ponto 1 do artigo 9.º da Lei n.º 32/2006 proíbe “a criação de embriões através da PMA com o objectivo deliberado da sua utilização na investigação científica” (13). Os pontos 2 e 3 consideram lícita a investigação em embriões com o objetivo de beneficiar outros embriões, de aperfeiçoar as técnicas de PMA e de constituir CE para fins terapêuticos, ou seja, se dessa investigação decorrer benefício para a humanidade; no entanto, em qualquer caso, é necessária autorização prévia. O ponto 4 limita as possibilidades de investigação aos embriões criopreservados excedentários para os quais não exista nenhum projeto parental, ou cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com o fim da procriação, ou que sejam portadores de anomalia genética grave ou ainda que tenham sido obtidos sem recurso à fecundação por espermatozóide. O artigo 18 proíbe “a compra ou venda de óvulos, sémen ou embriões ou de qualquer material biológico decorrente da aplicação de técnicas de PMA” (13).

O artigo 22.º da Lei n.º 12/2009 afirma a obrigatoriedade da dádiva voluntária de tecidos e células, proibindo qualquer compensação económica ou remuneração. O ponto 2, do mesmo artigo, afirma a disponibilidade do sangue do cordão umbilical para todos os doentes que dele necessitem. O artigo 23.º garante a confidencialidade dos dados pessoais de dadores e receptores. O artigo 24.º garante o consentimento informado do dador.

A legislação europeia

O vazio legislativo português determina a vigência da *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina do Conselho da Europa* (14), conhecida por convenção ou *Declaração de Oviedo*. Esta declaração foi assinada por vinte e oito Estados, exceptuando a Alemanha e a Inglaterra. Foi assinada por Portugal em 1997, tendo sido ratificada em 2001, e entrado

em vigor na ordem jurídica portuguesa em dezembro de 2001.

Como, na elaboração da convenção, os diferentes estados não chegaram a consenso sobre a investigação em embriões, alguns aspetos relativos a este assunto são da responsabilidade de cada um dos estados, pelo que deve estar clarificado no direito interno.

No artigo 1 da convenção pode ler-se

“As partes na presente Convenção protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa [...] o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina. Cada uma das partes deve adoptar [...] as medidas necessárias para tornar efectiva a aplicação das disposições da presente Convenção” (14).

Neste artigo está presente a distinção entre ser humano e pessoa, referindo que só é garantido à pessoa o respeito pela integridade. Deste modo, dá abertura para que uns países, no seu direito interno, considerem o embrião como ser humano, enquanto outros o consideram também como pessoa.

O artigo 2 refere “o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência” (14). De acordo com este artigo, considerando o embrião um ser humano, os Estados devem ponderar o interesse e o bem-estar do embrião sobre o interesse da sociedade ou da ciência (11).

No ponto 1 do Artigo 18 pode ler-se: “quando a pesquisa em embriões in vitro é admitida por lei, esta garantirá uma proteção adequada do embrião” e, no ponto 2, “a criação de embriões humanos com fins de investigação é proibida” (14). De acordo com este artigo, o direito interno dos estados que permitam a investigação em embriões deve protegê-los adequadamente, proibindo a criação de embriões apenas para os usar em investigação.

Atualmente, na maior parte dos estados europeus, está legislada quer a investigação em embriões, quer especificamente o uso de células embrionárias.

Geralmente os embriões criopreservados utilizados provêm de clínicas de reprodução assistida; habitualmente, após a concretização do projeto reprodutivo, os casais preferem doar os embriões congelados para a pesquisa científica em vez de permitir a sua destruição (15).

O Reino Unido foi o primeiro país a decretar, em 2001, a autorização de

investigação em células estaminais embrionárias, bem como a clonagem terapêutica. Esta situação resultou de um longo debate baseado no *Relatório Warnock*.

Há estados que não permitem qualquer tipo de investigação científica em embriões – Itália, Lituânia e Irlanda –, outros apenas o permitem em células embrionárias importadas – Alemanha, e Áustria. Entre os estados que permitem a investigação em embriões, há uns que só a aceitam em embriões excedentários – França, Espanha, Grécia, Holanda, Bélgica, Espanha, Dinamarca, Noruega e Finlândia –, enquanto outros permitem a criação de embriões para investigação, por FIV ou por clonagem somática, nomeadamente para a obtenção de células estaminais – Inglaterra e Suécia.

Outros países não europeus, como a Austrália, México, África do Sul, Rússia, Japão, Coreia do Sul, China, e Singapura, permitem quer a investigação em embriões excedentários, quer a produção de embriões para fins exclusivos de investigação científica. O Brasil e os Estados Unidos da América autorizam apenas a investigação em embriões excedentários, sendo neste último permitido desde que não se recorra ao financiamento com dinheiro público federal (15).

Todos os estados europeus consideram ilícita a investigação livre em embriões, bem como a extração não autorizada de células estaminais embrionárias e, de acordo com o artigo 1 do protocolo adicional à *Convenção de Oviedo*, proíbem a clonagem reprodutiva. É também comum a todos os estados o reconhecimento de que só podem ser utilizados embriões excedentários com o consentimento dos progenitores.

A bioética e utilização de células estaminais

Como já referimos, as CE podem ser obtidas a partir de tecidos adultos, do sangue do cordão umbilical, do aborto espontâneo (de embrião ou feto) e do embrião (crioconservados excedentários, gaméticos produzidos para investigação ou produzidos por clonagem somática).

A utilização de CE de diferentes origens na investigação biomédica leva à formulação de diferentes problemas éticos.

A utilização de CE para investigação tendo em vista fins terapêuticos, quer sejam adultas ou provenientes do sangue do cordão umbilical ou de produtos de abortamento, geralmente não levanta grandes problemas éticos, desde que, garantindo o princípio da autonomia, seja ressalvada a confidencialidade dos dados pessoais de dadores (ou, no segundo caso, dos progenitores), bem como o consentimento informado dos mesmos, para além da proibição da comercialização das referidas CE, tal como está previsto na

Lei n.º 12/2009, respectivamente nos artigos 23, 24 e 22. No entanto, relativamente à utilização de CE do cordão umbilical levantam-se algumas dúvidas quer no âmbito da eficácia, (nomeadamente quanto ao tempo de sobrevivência em criopreservação), quer no âmbito da ética relativamente à aplicação do princípio da justiça social aos bancos privados de CE. Frequentemente, ocorre a impossibilidade de utilizar CE provenientes de produtos de abortamento devido ao feto/embrião estar morto já há dias o que torna as referidas células inutilizáveis. A utilização de células estaminais adultas do próprio doente (transplantação autóloga) no tratamento de doenças, para além de não levantar qualquer tipo de problema ético, é a mais eficaz pois dificilmente ocorre rejeição. No entanto, como já foi referido, a investigação científica tem demonstrado uma maior dificuldade na utilização de CE adultas relativamente às embrionárias.

No que se refere à utilização de CE embrionárias, as provenientes de embriões produzidos *in vitro* sem que ocorra a destruição dos mesmos, é, de acordo com os princípios da não-maleficência, beneficência, dignidade humana e integridade, a mais indicada, visto garantir a vida do embrião, permitindo a sua posterior implantação uterina.

Relativamente à utilização de CE embrionárias com outra proveniência várias questões éticas se têm levantado, nomeadamente as seguintes:

- a- É adequado utilizar embriões produzidos para fins reprodutivos e excluídos definitivamente de qualquer projeto parental para obter CE ou mesmo para utilizar em investigações médicas e/ou biológicas que finalmente os destruam?
- b- É aceitável produzir embriões humanos sem finalidade reprodutiva apenas para produzir CE ou para investigação?
- c- A justificação da necessidade de desenvolver novas terapêuticas está acima da vida dos embriões produzidos para este fim?
- e- É aceitável e legítima a produção de embriões humanos por clonagem somática?

Para experimentação podem ser produzidos embriões gaméticos (ou seja, resultantes da fecundação *in vitro*) ou embriões somáticos (recorrendo à técnica de clonagem por transferência nuclear). Como já referimos, o artigo 18 da *Declaração de Oviedo* proíbe a “criação de embriões humanos com fins de investigação” (14). No entanto, há muitos países, principalmente não europeus, que produzem embriões para serem utilizados na investigação biomédica. Em Portugal, o artigo 9º da Lei nº 32/2006 também a proíbe; esta proibição assenta na negação da instrumentalização da vida humana, pois o embrião deixa de ser um “fim em si e transforma-se num objeto” (6).

Relativamente à criação de embriões somáticos, Serrão refere que “colher células pluripotentes nesta estrutura [embrião somático], não constituída para fins de

procriação humana, é menos reprovável, eticamente, do que usar embriões excedentários que foram excluídos do projeto procriativo que esteve na sua origem” (11); considera que este embrião produzido através da clonagem terapêutica, pelo facto de não ter sido gerado por fecundação, não é considerado como tendo estatuto biológico de embrião e, conseqüentemente, é mais aceitável a sua utilização na investigação do que um embrião genético. No entanto acresce que para produzir estes embriões é necessário recorrer a óvulos humanos o que leva à instrumentalização da mulher.

Como já referimos anteriormente, o número de embriões criopreservados excedentários é muito elevado, o que leva a concluir da necessidade de redução da produção de embriões excedentários. A questão que se coloca reside no destino possível destes embriões. A solução mais adequada à sua origem é o desenvolvimento como ser humano através da adoção para implantação uterina. Não sendo viável o projeto de adoção restam três soluções: a criopreservação indefinida, a morte por extração da criopreservação ou objecto de investigação biomédica.

É com base no estatuto do embrião e na determinação do começo da vida do ser humano que surgem posições variadas relativamente à utilização dos embriões excedentários na investigação biomédica. Das várias correntes de pensamento ético é de salientar as duas mais antagónicas, uma que considera a sua utilização totalmente inaceitável, e outra que a aceita.

Uma das correntes éticas referidas considera que o embrião é, desde o primeiro dia, uma pessoa que, se tiver condições para se desenvolver, originará um indivíduo adulto; o embrião, tal como qualquer ser humano, deve ser sempre respeitado na sua dignidade pois o valor do ser humano é inerente a si próprio, não dependendo do seu estado de desenvolvimento. O embrião, de acordo com o princípio da dignidade, é em si próprio um fim; se for utilizado na investigação deixa de ser um fim em si para se transformar no objeto da experimentação e, conseqüentemente, perde a sua dignidade. A destruição de embriões criopreservados para obtenção de CE destinadas à investigação constitui uma instrumentalização contrária à sua dignidade e, conseqüentemente, é exigido que o embrião seja respeitado, independentemente de estar criopreservado ou não. De acordo com os princípios da beneficência e da não maleficência (do embrião), o bem da espécie humana não pode ser obtido a partir da morte de alguns indivíduos da mesma espécie, mesmo que estes se encontrem ainda em fase embrionária. De acordo com o princípio da vulnerabilidade, a investigação científica tem que respeitar a vida humana principalmente dos mais vulneráveis, nos quais se insere o embrião. Deste modo, a dignidade que o embrião possui, tal como qualquer ser humano, é incompatível com a sua utilização para

fins de investigação.

De acordo com Regateiro, Soares, Antunes, Fevereiro e Cabral “a dignidade da morte não exige a sua utilidade para os outros, uma vez que a morte comporta em si mesma a própria dignidade da vida que se extingue” (6). De acordo com esta perspectiva, a instrumentalização do embrião é uma falta de respeito para com a sua dignidade mas, pelo contrário, a sua morte não lhe retira a dignidade que possui, pelo que é mais correto deixar morrer o embrião do que utilizá-lo para a investigação biomédica.

Mesmo conferindo o estatuto de ser humano ao embrião, a outra corrente de pensamento ético considera que, pelo facto deste ter sido colocado em situação de perda, a sua utilidade na investigação biomédica fornece-lhe uma razão de existir. Loureiro afirma que o conflito ético surge “entre o direito à vida do embrião e o direito à vida e à saúde de terceiros” (16). Assim, de acordo com os princípios da beneficência e da dignidade (dos seres humanos em geral), a utilização das células estaminais embrionárias para fins terapêuticos consiste num contributo solidário para com toda a espécie humana, pois prevê-se que desta investigação resulte um benefício para a população, ou seja, um melhor estado de saúde, com mais dignidade humana. Verifica-se também a aplicação do princípio da justiça social, visto todos os indivíduos poderem beneficiar da investigação realizada nestes embriões. Deste modo, o bem da sociedade sobrepõe-se ao do indivíduo. Este papel, de acordo com o princípio da dignidade, confere mais dignidade ao embrião do que qualquer um dos outros – morte ou abandono. Aos progenitores, de acordo com o princípio da autonomia, contemplando o consentimento informado, confere a decisão sobre o destino dos embriões.

De acordo com Serrão, a primeira corrente ética referida assenta numa concepção personalista e a segunda numa concepção utilitarista (11). A incidência dos princípios da beneficência e da não maleficência (do embrião) na concepção personalista integra-a no modelo ético das virtudes. A concepção utilitarista insere-se no modelo ético do utilitarismo, o qual privilegia as decisões que produzam o bem maior, evitando o máximo de danos; de acordo com este modelo, eticamente o que pode dar bons resultados para a sociedade (como o recurso às CE embrionárias para o tratamento e cura de doenças) justifica o uso de indivíduos (embriões excedentários).

Numa posição extrema colocam-se aqueles que, pelo facto do embrião até ao 8º dia de gestação ser constituído apenas por células totipotentes ou por ainda não ter ocorrido a nidação, consideram que o embrião ainda não é um ser vivo humano. Neste caso não é colocada qualquer questão ética à sua utilização.

Conclusão

A investigação científica em células estaminais tem originado um debate, com implicações políticas, no qual se confrontam diferentes concepções científicas, morais e éticas, impondo-se uma tomada de posição jurídica. Neste confronto de ideias é fundamental o respeito pelas concepções alheias.

As promissoras aplicações terapêuticas das células estaminais têm que conciliar o princípio da liberdade da investigação com o respeito pela vida humana. Assim, sempre que possível, a investigação deve recorrer às CE adultas, ou provenientes do sangue do cordão umbilical ou de produtos de abortamento. A investigação científica tem demonstrado uma maior dificuldade na utilização de CE adultas relativamente às embrionárias, o que tem como consequência o maior recurso às CE embrionárias.

Em nossa opinião, para diminuir o recurso à investigação em embriões, deve ser estimulada e financiada a investigação em CE não provenientes de embriões.

No entanto, não deve ser excluída, à partida, toda e qualquer experimentação em embriões. De acordo com o princípio da dignidade, consideramos que não devem ser criados embriões humanos com fins de pesquisa. De acordo com os princípios da não-maleficência, beneficência, dignidade humana e integridade do embrião a pesquisa de CE em embriões deve ser feita, sempre que possível, recorrendo a procedimentos técnicos que não lhes cause dano e permitindo a posterior implantação no útero.

O elevado número de embriões excedentários resultantes da procriação medicamente assistida torna necessário que, quer os legisladores, quer as equipas de reprodução médica, tenham a sensibilidade ética necessária para reduzir ao mínimo o número de embriões produzidos.

Se for demonstrada que há uma grande probabilidade de que a investigação contribua para um aumento significativo do conhecimento científico, se se espera que conduza a novos conhecimentos que não podem ser obtidos recorrendo a outros métodos, se os resultados previsíveis contribuem para assegurar a vida e a saúde a outros seres humanos e se o projeto de investigação for eticamente avaliado, aprovado e acompanhado, de acordo com os princípios da beneficência, da dignidade e da justiça social, é aceitável a experimentação em embriões excedentários criopreservados cujos progenitores não pretendam utilizar, para os quais não exista projeto de adoção e que o tempo de duração ultrapasse o estimado para a possibilidade de implantação uterina. A doação destes embriões deve respeitar o princípio da autonomia, contemplando o consentimento livre e informado, bem como o anonimato dos dadores.

Referências

1. Alho C. Ética, genética e biotecnologia: o uso de células-tronco. In: Clotet J, Feijó A, Oliveira M, organizadores. *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: Edipucrs; 2005. p. 37-58.
2. Goldim J. O que é o embrião. In: Kipper D, Marques C, organizadores. *Ética em pesquisa: reflexões*. Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p. 55-60.
3. Maienschein J. *Whose view of life? Embryos, cloning and stem cells*. Harvard: Harvard University Press; 2003.
4. Santos AA, Renaud M, Cabral RA. *Relatório procriação medicamente assistida*. Lisboa: Conselho nacional de ética de ciências da vida - Presidência do Conselho de Ministros; 2004.
5. Adler R. *Médicos revolucionários: de Hipócrates ao genoma humano*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.
6. Regateiro F, Soares J, Antunes J, Fevereiro P, Cabral R. *Relatório sobre investigação em células estaminais*. Lisboa: Conselho nacional de ética de ciências da vida - Presidência do Conselho de Ministros; 2005.
7. McGleenan T. *As implicações éticas da investigação em embriões humanos: estudo final*. Luxembourg: Parlamento Europeu; 2000 .
8. Goldim JR [internet]. *Congelamento de embriões* [acesso em 10/mai/2010]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/congela.htm>.
9. Salem T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*. 1997, 3(1):75-94.
10. Cabral R., Renaud M, Santos A. *Procriação Medicamente Assistida*. Lisboa: Conselho nacional de ética de ciências da vida - Presidência do Conselho de Ministros; 2004.
11. Serrão D. *Livro branco: Uso de embriões humanos em investigação científica*. Lisboa: Ministério da Ciência e do Ensino Superior; 2003.
12. Portugal. Lei n. 32/2006. *Procriação medicamente assistida*. Assembleia da República: Diário da República, n. 143 de 26/07/2006, I Série.
13. Portugal. Lei n.º 12/2009. *Regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana*. Assembleia da República: Diário da República, n. 60 de 26/03/2009, I Série.
14. Conselho da Europa [internet]. *Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina*. 1997 [acesso em 02/jun/2010]. Disponível em <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>.
15. Diniz D, Avelino D. Cenário internacional da pesquisa em células-tronco embrionárias. *Revista de Saúde Pública*. 2009, 43(3):541-47.
16. Loureiro J. Tomemos a sério os direitos do embrião e do feto. *Cadernos de Bio-Ética*. 1997, 14:3-63.

Bioética, saúde e meio ambiente: Parâmetros curriculares nacionais e temas transversais

Bioethics, health and the environment: national curricular parameters and transverse topics.

Leonardo Eustáquio Sant'Anna da Silva

Cátedra Unesco de Bioética (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil

leoestaquio@gmail.com

José Roque Junges

Cátedra Unesco de Bioética (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil

jrjunges@unisinis.br

Resumo: A bioética é um campo de discussão transdisciplinar que possibilita a integração de saberes. Por meio de suas temáticas podemos envolver os temas saúde e meio ambiente. Com esta integração a bioética permite uma avançada reflexão que pode ser levada para escolas de ensino fundamental e médio gerando importantes instrumentos para os sujeitos envolvidos. Mas deve-se alertar que o ensino dogmático não é capaz de abarcar estas discussões, pois a bioética está intrinsecamente ligada à reflexão autônoma. Este artigo propõe-se a articular questões bioéticas para alunos cursando o ensino fundamental e médio propondo como plano de fundo a proposta interdisciplinar dos Parâmetros Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: Bioética. Saúde. Meio ambiente. Ensino fundamental e médio.

Abstract: Bioethics is a transdisciplinary field of discussion that enables integration of knowledge. Through its themes, the topics of health and the environment can be involved. With this integration, bioethics enables advanced reflection that can be taken to elementary and high schools, thereby generating important instruments for the subjects involved. However, it needs to be noted that dogmatic teaching is incapable of embracing these discussions, since bioethics is intrinsically linked to autonomous reflection. This paper had the aim of articulating bioethical questions for students in elementary and high schools, with the interdisciplinary proposal for national curricular parameters as its basis.

Key words: Bioethics. Health Environment. Elementary and high school.

A necessidade de refletir sobre bioética na vida cotidiana é um pressuposto abarcado pelo seu conceito original. Potter, primeiro autor a sistematizar este conceito, ao escrever seu livro *Bioética - uma ponte para o futuro*, em 1971, sustentou que a bioética deveria ser uma possibilidade de discussão e reflexão sobre diferentes dilemas éticos da vida. Neste sentido ela parte da visão científica das relações entre o homem e a natureza, diferenciando-se de uma relação puramente instintiva para com ela. Potter afirma ainda que a bioética não deve ser uma disciplina, mas um campo interdisciplinar presente no conceito de ponte para o futuro (1).

A bioética, enquanto ética aplicada à vida cotidiana e como uma “ética prática – que se ocupa do agir correto ou do bem-fazer” (2), precisa ser discutida nas escolas de ensino fundamental e médio, possibilitando a formação reflexiva dos alunos, fornecendo-lhes ferramentas que possibilitem ações autônomas, uma vez que terão a possibilidade de pensar os dilemas éticos que surgirão em suas vidas profissionais e pessoais de forma independente.

A convergência da discussão da bioética, da saúde coletiva e do meio ambiente não é meramente técnica, mas uma necessidade urgente para que os temas sejam abordados transdisciplinarmente e relacionados com a prática dos indivíduos. As discussões precisam integrar os conhecimentos produzidos de forma contextualizada para que a bioética permita a reflexão sobre os paradigmas da saúde e do meio ambiente (3). Assim a tríade saúde, meio ambiente e bioética podem se tornar, por sua importância formativa, uma pauta constante da realidade das escolas.

Para Pires e Garrafa (4) deve-se pensar um ensino que seja capaz de levar, desde cedo, a discussão ética para a formação de crianças e adolescentes, libertando-os de determinismos impostos pela sociedade. Nesta perspectiva, o ensino deve se preocupar com as mazelas do planeta e com as questões socioculturais que envolvem o contexto de vida dos próprios indivíduos. Afinal, “esta reorientação pode contribuir para a busca da humanização e pacificação das relações humanas, estimulando a reconciliação do homem com a natureza” (4).

Em Paulo Freire, vemos que é fundamental que o educador não abra mão de uma pedagogia fundamentada no exercício da autonomia, pautada na “ética e no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando” (5), reforçando ainda que: “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos

ou não conceder uns aos outros” (5).

É nesse contexto que os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) podem contribuir dando uma sustentabilidade legal para entrada da bioética nos currículos escolares de escolas de ensino fundamental e médio (6). O PCN volume 10.4 - Temas Transversais – Saúde (7), por exemplo, orienta que a aprendizagem deve ser efetivamente voltada para uma educação transformadora de atitudes e hábitos de vida, mas orientado para a reflexão constante sobre o que é saúde, como deve ser a formação para a cidadania, quais são os serviços de saúde que um cidadão tem direito, dentre outras reflexões fundamentais para a construção de um ser humano de direitos.

O PCN volume 10.3 – Temas Transversais – Meio Ambiente, também é claro ao afirmar que: “o debate na escola pode incluir a dimensão política e a perspectiva da busca de soluções para situações como a sobrevivência de pescadores na época da desova dos peixes, a falta de saneamento básico adequado ou as enchentes que tantos danos trazem à população” (8). sendo assim, o debate sobre o meio ambiente deve estar contextualizado na realidade vivida pelos alunos e referenciado na sua dimensão física e pautada nas questões práticas que o rodeiam.

Por fim, elenca-se o PCN volume 10.2 – Temas Transversais – Ética, Pluralidade cultural e orientação sexual, como sendo um marco referencial para bioética, pois referenda todas as questões bioéticas dando a elas uma dimensão cultural imprescindível em sua apresentação: “a escola deve ser local de aprendizagem de que as regras do espaço público permitem a coexistência, em igualdade, dos diferentes [...] baseada na tolerância, no respeito aos direitos humanos e na noção de cidadania compartilhada por todos os brasileiros” (9).

A reflexão bioética em escolas

Para Neri (10) o comportamento moral é dinamizado e interiorizado por meio da aprendizagem. Ele resulta de um processo educativo que deve evoluir constantemente no sentido integral do desenvolvimento global do indivíduo, completando a dimensão moral com a cognitiva. A escola então se torna uma ferramenta importante para a formação de indivíduos competentes no uso de uma moral bem desenvolvida, tendo presente a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (10), que divide a formação moral em três níveis de desenvolvimento: pré-convencional, convencional e pós-convencional. Onde o nível mais simples seria aquele em que as crianças concebem a moralidade somente em termos de obediência à autoridade para evitar as possíveis punições e o último estágio,

e o mais maduro, seria aquele onde as pessoas são orientadas pelo comportamento moral autônomo, pois eles mesmos conseguem perceber autonomamente, baseados na racionalidade, o que deve ou não deve ser feito (10).

Zagury (11) afirma, em suas pesquisas, que os jovens têm plena consciência da importância da escola para sua formação, ainda que não gostem de estudar. Reforça que bons ou maus alunos não definem exatamente se serão bons ou maus cidadãos, exemplificando que Einstein era um péssimo aluno e foi genial fora da escola. Por isso a escola não deve se preocupar somente com conteúdos ou formar pessoas para a continuidade de estudos universitários, mas deve preparar para a convivência em sociedade.

Os PCNs (6) fundamentam o modo de se apresentar uma série de conteúdos e disciplinas nas escolas do país. Nele tomam destaques os temas transversais, não como uma nova disciplina, mas como um formato de atuação reflexiva transdisciplinar que leva para o debate nas escolas os conteúdos da vida cotidiana (6). Dentro dos temas transversais elencados pelos PCNs, destaca-se a saúde, o meio ambiente e a ética, os temas que são balizadores de uma educação crítica e cidadã nas escolas públicas e particulares.

Os conteúdos transversais devem ser apresentados aos alunos pela integração das disciplinas com suas práticas, repensando os aspectos culturais da sua vida cotidiana. Para essa apresentação se deve levar em consideração o pluralismo moral existente na sociedade, não desenvolvendo os temas como respostas prontas aos desafios morais existentes (6). Neste sentido, a apresentação dada pelos PCNs é confluyente com o pensamento da bioética apresentada por Siqueira (12) ao compreender que os modelos doutrinários de educação não são adequados para a discussão desses temas. Modelos doutrinários possuem ênfase em dogmas indiscutíveis, baseados em verdades absolutas e provenientes de uma autoridade superior, não permitindo a discussão e deliberação do tema e mantendo uma relação de subserviência com um agente superior, incapaz de gerar autonomia moral nos estudantes.

A compreensão de que os temas transversais devem sustentar-se na possibilidade de gerar autonomia de reflexão entre seus participantes, reforça que “a escola deve ser um lugar onde os valores morais são pensados, refletidos e não meramente impostos ou frutos do hábito” (6). Por isso o caminho adequado é oferecer modelos de reflexão ética que instrumentalizem os estudantes a encontrarem as próprias soluções para os dilemas éticos que encontrem ao longo de sua vida. A apresentação desses problemas deve ser gradual e compatível com sua compreensão para que possam discutir e encontrar soluções contextualizadas com as suas compreensões morais e possibilidades práticas.

Apresentar dilemas distantes de sua vida cotidiana e aparentemente desconectados de suas práticas futuras não contribui para uma educação em bioética, mantendo uma educação meramente tradicional e acumuladora de conhecimento (12).

Kant apresenta a autonomia como uma atividade da vontade, uma ação que é gerada pelo próprio indivíduo e, nesse sentido, a lei moral a ser seguida não vem de fora para dentro (10). A autonomia kantiana poderia ser confundida como uma ação que desrespeita o outro, mas é justamente o contrário, uma vez que o imperativo categórico para Kant é: “Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre valer simultaneamente como um princípio para uma legislação geral” (10). Desta forma, a autonomia permite que as pessoas tomem suas decisões, tendo como referência os outros, percebendo que sua vontade deve ter a possibilidade de valer para as demais (10). Desta forma, as escolas precisam trabalhar a autonomia intelectual de seus alunos, para que eles possam formular seu próprio pensamento e atingir o último estágio do desenvolvimento moral de Kohlberg, no qual decidam com autonomia e saibam se colocar no lugar do outro.

Pensando a bioética como “a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir os tipos de tratamento e de pesquisa com relação à humanidade” que “fundamenta-se por meio de uma ação multi-intertransdisciplinar que inclui, além das ciências médicas e biológicas, também a filosofia, o direito, a teologia, a antropologia, a ciência política, a comunicação, a sociologia, a economia”, “podemos afirmar, portanto, que toda ética é, antes e fundamentalmente, uma bioética” (13). Partindo desse referencial teórico, pode-se reforçar a necessidade da discussão bioética em todos os níveis de ensino.

A bioética de intervenção divide os problemas de nossa sociedade em situações emergentes e situações persistentes. Entendem-se como bioética de situações emergentes aquelas que lidam, nas últimas décadas, com questões éticas do desenvolvimento biotecnológico (14), como exemplo cita-se as questões de engenharia genética, reprodução assistida, células-tronco, dentre outras. Bioética de situações persistentes são aquelas vinculadas às condições das sociedades humanas desde a antiguidade (14), como exemplos as questões raciais, questões sanitárias básicas, alocação de recursos públicos em saúde, dentre outras. Assim, a bioética é um campo gerador de grandes discussões reflexivas que abarcam a saúde individual e coletiva, pública e privada e o meio ambiente. Esses dois tipos de problemas bioéticos precisam ser abordados pelos currículos transversais das escolas.

As pesquisas apresentadas por Pires e Garrafa (4) demonstram o quanto

os professores de escolas públicas e particulares do Distrito Federal clamam pela possibilidade da formação mais ampla dos alunos, com a inserção da bioética, “uma vez que as desigualdades sociais fragilizam as noções de cidadania, dificultando ou mesmo impedindo a tomada de decisões conscientes e autônomas” (4).

Suscitar discussões referentes às situações emergentes e persistentes em sala de aula, possibilitando a discussão por meio de referenciais éticos não dogmáticos, permite que os alunos possam encontrar seus próprios caminhos na procura de soluções de dilemas vivenciados ou que ainda o serão no futuro, dando a eles a possibilidade de se instrumentalizarem com os pressupostos teóricos necessários para sua atuação prática, independente da sua área profissional.

Meio ambiente, bioética e educação para responsabilidade

Segundo Garrafa, a “conotação original (da palavra ética) se relacionava com uma questão de ética global, ou seja, com a preocupação ética de preservação futura do planeta” (13). Neste sentido pode-se entender a bioética como uma “ética planetária, preocupada com a responsabilidade, a médio e longo prazo, pelos efeitos daninhos que podem resultar dos atos humanos sobre a vida humana individual, a vida social e cultural, a biosfera e a ecossfera como um todo” (1).

Para Morim, a educação deve se converter em uma ética planetária e não em um pensamento unicamente comunitário, abrindo-se “à esperança na completude da humanidade, como consciência e cidadania planetária” (15). A ética está baseada na consciência individual, mas seu âmbito está “para além da individualidade e da comunidade” (15). Ela não pode reduzir-se ao local, mas abranger o planetário, em uma cidadania mais ampla e complexa, compreendida como uma “pátria terrestre” (15).

Gadotti ressalta que hoje temos uma concepção consumista de cidadania, para a qual cidadão como indivíduo deve consumir, para fazer parte da polis, como se o comprar fosse uma característica imprescindível para o portador de direitos e, sem ela, não seria possível resguardar ao sujeito seu espaço em sociedade (16). Para Gadotti, devemos educar para a cidadania planetária (16), reafirmando o termo de Morim, de uma cidadania que é plena, que não se limita a direitos individuais, mas que se concretiza na mobilização de uma sociedade que constrói direitos para todos e que são garantidos pelo Estado. Um cidadão planetário é aquele que cumpre com seus deveres, leis, responsabilidades (como impostos), não se exime da vida política escolhendo conscientemente seus representantes por meio do voto. Gadotti reforça ainda que, para chegarmos à cidadania planetária, não

somente as escolas devem trabalhar para isso, mas toda a sociedade (16).

Ao compreendermos a bioética como uma ética planetária é impossível não implicar as reflexões fundamentais sobre a continuidade da vida no planeta, não uma vida qualquer, mas uma vida de qualidade e de possibilidades para seres humanos e demais seres vivos do planeta. Para discussão destas categorias, faz-se necessário refletirmos sobre conceitos enunciados por Hans Jonas em seus conceitos de ética da responsabilidade (17).

O grande choque causado pelas bombas atômicas de Hiroshima e Nagasaki foi um marco para a mudança de pensamento das pessoas com relação ao domínio do ser humano sobre a natureza. Este é o fundamento de Jonas para despertar as pessoas para a possibilidade eminente da destruição do planeta pelo ser humano. Se não for a destruição brusca, a possibilidade de uma destruição gradual, que seria consequência das decisões dos seres humanos, que tomam para si o poder sobre o planeta, podendo decidir sobre a sua continuidade (17).

Hans Jonas aborda três aspectos que devem ser analisados: a ética da responsabilidade individual, ética da responsabilidade pública e ética da responsabilidade planetária. As três categorias devem estar incluídas na ação educativa e nas possibilidades de discussão para reflexão de estudantes.

A ética da responsabilidade individual “se refere ao papel e compromissos que cada um deve assumir a si mesmo e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas” (15), assim os educadores devem suscitar a discussão com seus alunos no sentido de levar a reflexão de quais são as responsabilidades práticas de ações individuais que afetam a coletividade. Nesse sentido, as discussões temáticas sobre o consumo de água ou escolhas sustentáveis com menor impacto ambiental estão em consonância com a responsabilidade individual sobre o meio ambiente.

A ética da responsabilidade pública de Jonas, “diz respeito ao papel e aos deveres dos Estados frente não só a temas universais como a cidadania e os direitos humanos, mas também com relação ao cumprimento das cartas constitucionais, principalmente nos capítulos referentes diretamente à saúde e à vida das pessoas” (13). Assim, a reflexão das ações públicas, seja na ação do agente público ou dos indivíduos enquanto cidadãos, deve ser elencada como tema de discussão em sala de aula. Esta atividade possibilita a reflexão na formação do cidadão e no cumprimento dos deveres dos futuros agentes públicos.

Por fim, a ética da responsabilidade planetária, “que significa o compromisso de cada um de nós, como cidadãos do mundo, de cada país e do próprio conjunto de todas as nações, frente ao desafio da preservação do planeta, em respeito àqueles que

virão depois de nós” (13), aponta para a necessidade da investigação bioética para que os alunos possam identificar sua própria responsabilidade com o meio ambiente, com sua saúde com os demais integrantes do planeta.

Jonas propõe um novo imperativo: Age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica (18). Este princípio também é gerador de reflexões bioéticas que ultrapassam a ação de uma disciplina, requerendo assim a abordagem transdisciplinar que tenha o meio ambiente como fundo, mas que permita uma investigação pessoal dos alunos sobre suas ações, gerando conhecimentos que venham pautar sua vida prática, seja formadora de atitudes futuras frente a outros problemas práticos que irão se apresentar.

Saúde como uma possibilidade de reação

A escola deve ser um local de promoção de saúde. Para isso, “em primeiro lugar é preciso uma redescoberta daquilo que se chama saúde psicológica e do paradigma da psicologia positiva. Sair do paradigma da doença para o da saúde” (19). A construção da saúde passa por esta quebra de paradigma, necessitando de uma discussão aprofundada sobre os conceitos e as ações promotoras de saúde, indo além da apresentação de puros conceitos, implicando a prática dos alunos e suas respectivas famílias e promovendo a reflexão de todos os sujeitos envolvidos.

É preciso compreender a saúde com uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que não identifica saúde com um simples estar bem ou como a ausência de doenças (20). É fundamental que se compreenda a saúde a partir de uma visão integral do ser humano, em toda sua completude, como um ser biológico, social, psicológico, religioso, etc. Saúde não é um estado estável e homogêneo, porque abarca em sua compreensão as questões culturais que afetam a saúde das pessoas e das comunidades.

Segundo os PCNs, um dos objetivos da abordagem transdisciplinar nas discussões de saúde é “compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva presentes no meio em que vivem” (6). Para tanto, a bioética deve se envolver nessa discussão, promovendo o debate sobre as situações emergentes e persistentes e possibilitando a ação reflexiva entre os sujeitos envolvidos.

Para a discussão de saúde são importantes os aspectos que dizem respeito a sua dimensão estrutural, compreendendo que os processos de exclusão social, em suas dimensões social e particular, afetam a capacidade de reação e enfrentamento dos

indivíduos e grupos sociais diante da doença (21). Daí ser é indispensável estabelecer um conceito de saúde tomada como capacidade de reação diante da doença, despertando para a mobilidade e para o não ser passivo (21).

Rocha, Ferriani e Souza (22) entendem a escola como um espaço de relações de diferentes contextos sociais, econômicos, culturais, políticos, dentre outros, o que a confere o privilégio de ser um grande espaço de construção de cidadania. Além disso, a escola ainda conta com outra característica muito privilegiada: o envolvimento de diversos atores sociais – alunos, família, professores, comunidade e profissionais de saúde.

Para as autoras, a escola deve ser um local de promoção da saúde, levando em consideração cinco grandes objetivos: a) desenvolver ações de promoção de saúde através de práticas interdisciplinares e intersetoriais; b) desenvolver compreensão, habilidades, atitudes visando à saúde do adolescente; c) apoiar, implementar e ampliar grupos de convivência, discussão, capacitação em torno de experiências educativas extracurriculares de adolescentes em escolas; d) estimular a participação de adolescentes nos processos sociais e da escola, no sentido de se tornarem corresponsáveis por sua própria saúde; e) promover a conscientização dos adolescentes e contribuir para a formação de seres humanos autônomos, com capacidade de realizar escolhas e tomar decisões de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais; voltados para a realidade socioambiental de um modo geral, comprometidos com a vida, com o bem-estar de cada sociedade local e global e contribuindo para a construção de um mundo socialmente justo e ecologicamente equilibrado (22).

Com isso, pode-se perceber a importância do trabalho interdisciplinar e coletivo entre diferentes equipes, a preocupação com o contexto social, político e econômico, a relevância da autonomia e como os PCNs podem contribuir como elemento fomentador para o apoio curricular. Esta visão pode ser amplamente discutida na escola: como os alunos podem reagir diante dos paradigmas de doenças em que estão diariamente envolvidos?

Um bom exemplo desse conceito seria sua aplicação nas discussões sobre o Bullying, um problema vivenciado universalmente em escolas. O bullying é conceituado como uma ação de violência e vitimização representada em diferentes tipos de envolvimento em situações durante a infância e adolescência, “diz respeito a uma forma de afirmação de poder interpessoal através da agressão” (23). Segundo Lopes, a aceitação pelos companheiros é fundamental para o desenvolvimento da saúde de crianças e adolescentes, aprimorando suas habilidades sociais e fortalecendo a capacidade de reação diante de situações de tensão (23). Sendo assim, deve-se tratar a reflexão sobre o conceito

de saúde como uma possibilidade de se movimentar, de sair da estática condição de vitimização do bullying, gerando novas possibilidades para criar uma situação mais saudável para os sujeitos envolvidos.

Outra questão fundamentalmente bioética é a discussão quanto à medicalização nas escolas hoje. A procura por culpados é uma constante, os pais dos alunos não desejam assumir a responsabilidade, os alunos não assumem os resultados de seus atos, os professores e a escola também passam a bola e as indústrias de medicamentos enxergam nesse sistema um grande nicho de mercado, justificando a improdutividade dos alunos com supostas doenças, gerando um crescente ganho financeiro para essas indústrias. A justificativa é que os alunos não são irresponsáveis, os pais não são relapsos, os professores não são omissos, as escolas não são fracas, mas o grande problema é a doença, uma síndrome que somente o remédio poderá salvar. Lepargneur alerta para um perigo ainda maior, o doping pelo uso de ritalina, uma anfetamina, usada por jovens saudáveis na procura de um melhor desempenho acadêmico (24).

Considerações finais

A bioética possibilita a discussão em escolas de ensino fundamental e médio de temas extremamente relevantes para os jovens que vivenciam uma série de conflitos e precisam de um suporte teórico para sua tomada de decisões. Adolescentes passam por dilemas éticos diariamente e necessitam de uma discussão prévia para que tenham suporte para suas escolhas verdadeiramente autônomas no sentido kantiano de pensar por si mesmo, mas para pensar é necessário ter conhecimento.

Os PCNs permitem, didaticamente, a entrada da fundamentação teórica da bioética nas discussões escolares, fazendo com que temas como saúde e meio ambiente integrem as atividades reflexivas de uma maneira transdisciplinar, para que elas não se transformem em uma nova disciplina ou campo do saber, mas sejam transversais nas discussões e nas práticas vivenciadas em sala de aula ou fora dela, tendo presente os diferentes espaços e agentes atuantes nesse meio.

Essa abordagem não pode se pautar em modelos doutrinários, mas deve promover a discussão e incentivar a procura por soluções autônomas para que os sujeitos possam encontrar suas próprias saídas e soluções para os problemas que enfrentam. Desse modo, aumentariam os recursos teóricos e argumentativos que esses alunos teriam nas bagagens culturais de suas carreiras, capacitando-os para enfrentar futuros dilemas éticos. As discussões permitirão uma compreensão da saúde como capacidade

de reação, livrando-se dos discursos medicamentosos que tomam conta do mercado, para que a cidadania sanitária não seja sinônimo do consumismo de ofertas de mercado das indústrias biotecnológicas e que o meio ambiente seja preservado com responsabilidade para as futuras gerações e para a reprodução da vida de todos seres vivos.

Referências

1. Schramm FR. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48(4):609-615.
2. Costa SIF, Garrafa V, Oselka GW, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
3. Junges JR, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Coletiva: convergências epistemológicas. *Cienc. saúde coletiva*. 2012; 17(4):1049-1060.
4. Pires JR, Garrafa V. Educação: nova fronteira da bioética. *Cienc. saúde coletiva*. 2011; 16 Supl.1: 735-45.
5. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
6. Brasil. Ministério da educação e do desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética*. Brasília: MEC/SEF; 1997.
7. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: Temas Transversais – Saúde*. Brasília: MEC/SEF; 1997.
8. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: Temas Transversais – Meio ambiente*. Brasília: MEC/SEF; 1997.
9. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: Temas Transversais – Ética, pluralidade cultural e orientação sexual*. Brasília: MEC/SEF; 1997.
10. Neri D. *Filosofia Moral - Manual introdutivo*. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
11. Zagury T. *O adolescente por ele mesmo*. 9 ed. São Paulo: Record; 2006.
12. Siqueira JE. *Verbetes: Educación en bioética*. In: Tealdi JC, organizador. *Dicionario Latino-Americano de Bioética*. Buenos Aires, 2006.
13. Garrafa V. *Introdução à Bioética*. *Revista do Hospital Universitário UFMA*. 2005; 6(2):9-13.
14. Cruz MR, Trindade ES. *Bioética de Intervenção – uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis*. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(4):483-500.
15. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2 ed. São Paulo/Brasília:

Cortez/Unesco; 2000.

16. Gadotti M. Cidadania planetária: Pontos para a reflexão. Conferência Continental das Américas para a Carta da Terra; 1998 Nov. 30 – Dez. 3; Cuiabá, Mato Grosso.

17. Siqueira JE. Ética e Tecnociência: Uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas. Londrina: EdUEL, 1998.

18. Jonas H. O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica. Petrópolis: Vozes; 2004.

19. Guzzo RSL. Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia na escola: desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In: Del Prette ZAP, organizador. Psicologia escolar e educacional: saúde qualidade de vida. Campinas: Alínea, 2003.

20. Almeida FN, Juca V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7(4):879-89.

21. Munoz SAI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(2): 319-24.

22. Rocha CRM, Ferriani MGC, Souza MSS. O acompanhamento do adolescente na escola. In: Ramos FRS, organizador. Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn; 2001.

23. Lopes NAA. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. J. Pediatr. 2005; 81 Supl.5:164-172.

24. Lepargneur H. Promoção da humanidade futura: *enhancement*. Revista Bioéticos. 2010; 4(3):310-314.

Recebido: 11/07/2011 Aprovado: 27/11/2011

Violência infantil: uma reflexão bioética como norteadora de ações concretas que garantam o resguardo do direito e da integridade do menor

Child violence: a bioethic reflection guiding concrete actions to guarantee the minor's rights and integrity

Ana Beatriz Ferreira Paiva

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

biafepaiva@ig.com.br

Anelise Crippa Silva

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

anecrippa@gmail.com

Giovana Palmieri Buonicore

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

gibuonicore@hotmail.com

Anamaria Gonçalves dos Santos Feijó

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

agsfeijo@pucrs.br

Resumo: Este trabalho propõe uma reflexão teórica sobre um dos aspectos prioritários de políticas públicas em países democráticos ocidentais: a violência e o abuso sexual contra crianças e adolescentes. Apresenta legislação internacional e nacional como instrumentos de resguardo do direito e da integridade dessas crianças e relaciona os princípios bioéticos com as ações propostas para garantir a dignidade dos menores agredidos. Fundamenta a necessidade de acompanhamento psicológico às vítimas após a violência sofrida.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil. Violência intrafamiliar. Bioética. Vulnerabilidade.

Abstract: This work proposes a theoretical reflection about one of the most important

aspects of the public politic in occidental democratic countries: the violence and sexual abuse against children and teenagers. International and national legislation are showed like guard instruments of the law and integrity of these children and relate the bioethics principles with proposed actions to guarantee the dignity of the attacked child. Expose the necessity of the psychological treatment for the victims after the violence they suffered.

Keywords: Children sexual abuse. Intrafamiliar violence. Bioethics. Vulnerability.

Diante da repercussão social que as temáticas da violência¹ e do abuso sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes trouxeram, sentiu-se a necessidade de propor uma análise sobre o acompanhamento psicológico a essas vítimas em nosso cotidiano.

Os danos físicos, psíquicos e morais infringidos a essas pessoas vulneráveis não tem sido efetivamente minimizados através de tratamento e acompanhamento dos mesmos, sendo considerado um problema social significativo e havendo, por isso, a necessidade de ações concretas que busquem sanar essa falha.

Faz-se necessário contextualizar o histórico da violência em nível mundial e nacional para que se entenda como ela se instaurou em nossa cultura brasileira ao longo dos tempos.

O *Estatuto da Criança e do Adolescente* de 1990 (ECA), a *Constituição Federal* de 1988 (CF) e a *Declaração dos Direitos Humanos e Bioética* de 2005 (Unesco), ao tratarem da garantia dos direitos, das formas de negligência, de violência, de exploração, da inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, são bem específicos em relação à prevenção e à busca e punição do culpado. Porém, esses documentos não fornecem subsídios em relação ao tratamento e ao acompanhamento de curto, médio e longo prazo para as vítimas.

Busca-se neste trabalho chamar a atenção para a orientação de tratamento psicológico a ser oferecido às vítimas de violência e a continuidade do mesmo após o abuso sofrido pela criança e adolescente, para que estas sejam capazes de socializarem-se sem conflito.

Histórico da violência contra a criança e o adolescente

Contexto Mundial

1. A OMS define violência como o “uso intencional de força ou poder físico de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações” (23).

A violência contra a criança e o adolescente esteve presente durante toda a história da humanidade. A relação de dominação e disciplinamento dos menores como vítimas de maus tratos e descaso por parte da sociedade, observada desde os mais antigos registros, e que estão arraigados a nossa cultura, se contrapõe a uma nova perspectiva de apoio e proteção integral a essas crianças e adolescentes que se tenta impor contemporaneamente (1).

Acerca dessa trajetória histórica, Aristóteles, filósofo grego, acreditava na pedagogia como função do estado, onde na falta das virtudes naturais se faz necessário incluir bons hábitos pela educação, aparecendo, portanto, a pedagogia como um tipo de política. A pedagogia e a moral são colocadas no mesmo patamar. A moral como uma política aplicada aos adultos e, por sua vez, a pedagogia aplicada a crianças e adolescentes. Assim diz ele: “como cada família é uma parte da pólis, assim a virtude da parte deve ser considerada em relação ao todo. É necessário construir uma educação das crianças e das mulheres fixando o olhar na constituição da cidade, já que importa para o bem do estado que as crianças e as mulheres sejam cheias de ardor pelo bem” (2).

Platão (3) nos ensina que o modelo educacional que ocorre por meio de uma formação básica evolui até os estudos filosóficos. Nela, as crianças deveriam ser retiradas dos pais e enviadas para o campo para que se desvinculassem de influência corruptora da família. A formação em idade militar era válida para Platão. Lá, os jovens deveriam permanecer dos 17 aos 20 anos, onde seriam submetidos a testes para saber que carreira seguir. Dentro desse esquema de seleção, os mais dotados iniciariam os estudos superiores. Dentre os reprovados, os melhores se destinariam ao exército e os outros a diversas profissões e ofícios civis.

Para Constantino (306 d.C.), imperador romano, a adolescência durava até os 50 anos, quando então se iniciava a velhice. Apesar dessas limitações cronológicas, a caracterização da infância como estágio oposto ao da idade adulta não existia (4).

No Iluminismo (séculos 17 e 18), houve uma grande explosão de ideias sobre o assunto. Com a industrialização e o crescimento urbano acelerado, os indivíduos se tornaram anônimos. A partir do século 19, a adolescência passou a ser delimitada, identificada, esquadrinhada e controlada. As meninas que, ao contrário dos meninos, até então não tinham uma instrução formal, passaram a recebê-la. As famílias ricas começaram a criticar os colégios (internatos, na maioria) porque a instrução formal oferecida gerava maus hábitos morais e resolveram retirar seus filhos dessas escolas. Para as famílias pobres e camponesas, entretanto, a instituição escolar era encarada como uma possibilidade real das crianças terem um futuro melhor. Ficou então dividido o ensino formal da seguinte maneira: externato para o rico e internato para o pobre (1).

No século 20, surgiram as políticas de proteção de crianças e adolescentes em

consonância com a ampliação dos conhecimentos de psicologia baseados na teoria dos pensadores teóricos do desenvolvimento humano. Conforme o referido autor, esses teóricos, embora com posicionamentos distintos, contribuíram para a construção de uma concepção de infância e para a adaptação do processo educativo.

Contexto Nacional

O Brasil, enquanto colônia de Portugal, acatava suas leis e ordens, pois dependia econômica, política e administrativamente desse país. A igreja e o estado andavam juntos, unindo a conquista armada e a religião. Os padres jesuítas se preocupavam em catequizar e batizar as crianças índias e posteriormente incorporá-las ao trabalho. Os religiosos fundavam casas de recolhimento ou casa para meninos e meninas índias, pois não aceitavam a matança dos índios pelos portugueses. As crianças índias eram separadas da sua comunidade e a elas era imposto seguir os costumes e normas do cristianismo, tais como casamento religioso e outros dogmas, com o intuito de introduzi-las na visão cristã do mundo (5).

Os filhos nascidos fora do casamento – produtos da miscigenação entre brancos, índios e negros –, estavam fadados ao abandono; raros eram os filhos ilegítimos que não eram abandonados. Essas crianças eram deixadas nas portas das casas e, muitas vezes eram molestadas por animais como, por exemplo, ratos e porcos, gerando problemas sanitários. Pensando principalmente nessa situação de saúde pública, o governo propôs duas medidas: a coleta de esmolas na comunidade e a internação das crianças. Para esconder essa situação ilegítima e preocupante para os governantes, foi implantada a Roda, que tinha por objetivo recolher as crianças abandonadas. Entretanto, muitas morriam por falta de condições das instituições ou por desinteresse da Corte (6).

Com o intuito de minimizar os custos com as crianças abandonadas, as Câmaras Municipais, que também tinham a responsabilidade de cuidá-las, criaram impostos para arrecadar fundos com este fim e também prestaram assistência a muitas crianças, aceitando seu estabelecimento em casas de famílias em troca de pagamento (1).

As instituições privadas e semioficiais cuidavam dos pobres, favorecendo os ricos, isto é, encaminhando as crianças ao trabalho precoce, transformando-as em futuros subalternos e incentivando até o trabalho escravo (5).

Criação de uma justiça nacional para menores

A crescente criminalidade de menores no início do século 20 começou a preocupar juristas e congressistas, que entenderam ser importante oferecer um tratamento

diferenciado para estes jovens, diferente do ofertado aos delinquentes adultos. Este tratamento tinha como objetivo salvar o menor do ambiente perigoso, propondo uma nova justiça para a infância a fim de corrigir desvios de comportamento.

As ações do governo atenderam a uma cronologia de eventos criados a partir da história e das necessidades de assistência à criança e ao adolescente (7): em 1902, o Congresso Nacional discutia a implantação de uma política de “assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes”; em 1903, foi criada a Escola Correccional 15 de Novembro; em 1923, foi autorizada a criação do Juizado de menores; em 1924, criou-se o Conselho de Assistência e Proteção aos Menores e o Abrigo de Menores e; em 1927, toda essa legislação foi consolidada no primeiro Código de Menores.

No Código de 1927 ficou estabelecida a distinção entre abandonados e vadios, determinando que indivíduos maiores de 14 anos e menores de 18 anos fossem submetidos a um processo penal especial, ficando nas mãos do juiz estabelecer as sanções, segundo sua avaliação da boa ou má índole dos que eram julgados e os encaminhamentos a serem feitos para seu disciplinamento. Este Código de 1927 estabelecia também cuidados quanto às questões de higiene da infância, da delinqüência, da vigilância pública sobre a infância – incluída a amamentação –, dos abandonados e dos maltratados, levando até a destituição do pátrio poder. O menor de 14 anos não era mais submetido ao processo penal e, se o maior de 16 e menor de 18 cometessem algum crime, deveriam ir para a prisão de adultos em lugares separados desses. O papel do juiz era buscar a regeneração do menor pra reintegrá-lo a sociedade (1).

No governo de Getúlio Vargas, 1937-1945, foram criadas as delegacias de menores, que recebiam os meninos encontrados na rua e considerados suspeitos de vício e crime. O Serviço Nacional de Assistência aos Menores (SAM) criado em 1941 e vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, tinha como objetivo eliminar a ameaça dos meninos “perigosos e suspeitos”. Essa instituição usava a repressão ao invés da ação educativa. A Igreja Católica criticou tal instituição, pois as crianças eram violentadas, surradas e torturadas e ainda apresentavam instalações em péssimas condições de uso (1).

Nessa mesma época criou-se o Departamento Nacional da Criança (DNCr), que lutou contra as “criadeiras”, mulheres que cuidavam dos menores, e que, devido à pobreza e à falta de condições de higiene, acabavam por propiciar o aparecimento de diversas doenças nas crianças. O DNCr estimulou a amamentação, a vigilância dos lactários e implantação de creches. Após o golpe de Estado ocorreu a sua extinção.

Com a centralização do poder e o Congresso Nacional controlado, os governadores passaram a ser nomeados, em nome da segurança nacional. Foi criada, em 1964, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), com a missão de diminuir o processo de marginalização, objetivo que não foi alcançado, pois, durante a ditadura,

acentuou-se a exclusão social, ou seja, a marginalização do menor pela pobreza da família, pela exclusão da escola, pela necessidade de trabalho e pela situação de abandono.

Na Assembléia Constituinte de 1986, devido à mobilização da sociedade e de alguns setores do Estado e da própria Funabem, e também da necessidade de se desenvolver novas concepções que colocassem as crianças como sujeitos de direitos, foram incluídos na Constituição Federal de 1988 os artigos 227 e 228, que tratam dos direitos da criança. O Estatuto da Criança e do Adolescente, sancionado pelo Presidente da República em 13 de julho de 1990, também incluiu tal medida (7).

A história nos mostra que a criança e o adolescente por muito tempo não eram considerados sujeitos de direitos, não existindo, por isso, uma preocupação com a dignidade, a autoestima e a qualidade de vida desses jovens (5).

Estatuto da Criança e do Adolescente

O Código Penal Brasileiro vigente, promulgado em 07 de dezembro de 1940, apresentou em seu artigo 27 a inimputabilidade absoluta até os 18 anos de idade. A Carta Magna de 1988, antevendo a Convenção das Nações Unidas de Direito da Criança, elencou em seus artigos 227 e 228 os princípios basilares da Doutrina da Proteção Integral e sacramentou a inimputabilidade do menor de 18 anos.

Nessa época, o adolescente e a criança eram considerados meros objetos de intervenção no mundo adulto, os quais só poderiam fazer valer seus direitos se representados ou assistidos pelos pais ou responsáveis legais. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 este paradigma se alterou, recebendo os menores de 18 anos uma ampla gama de garantias que poderiam ser exercidas frente ao Estado, à sociedade e à família.

Através da lei no. 8.069 de julho de 1990 foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente. O ECA veio regular o tratamento aos menores de idade e classificou como criança os indivíduos com idades entre 0 e 12 anos incompletos e como adolescentes aqueles com idades entre 12 a 18 anos completos. Cabe ressaltar que são três os sistemas trazidos pela doutrina para fixar os critérios que determinam a inimputabilidade penal ou a culpabilidade diminuída, quais sejam: o biológico, psicológico e biopsicológico.

O Código Penal Brasileiro adotou o sistema biopsicológico, uma vez que, por meio dele, a responsabilidade só é excluída se o agente, em razão de enfermidade ou retardamento mental está no momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e autodeterminação. Assim, apenas a falta de sanidade mental ou de maturidade (hipótese da menoridade de 18 anos) é que, no direito penal brasileiro, podem conduzir ao reconhecimento da inimputabilidade, excludente de culpabilidade.

Nesse contexto, o ECA entrou em vigor para garantir esses direitos elencados na Constituição indistintamente a todas as crianças e adolescentes, independentemente das condições sociais, familiares ou econômicas. Para tanto, previu a aplicação de duas espécies de medidas: a socioeducativa e a de proteção.

Além das medidas socioeducativas, prevê o artigo 101 do ECA a adoção de medidas protetivas, aplicáveis sempre que houver risco pessoal ou social e também na hipótese de direitos e garantias fundamentais de crianças e adolescentes serem violados. Um adolescente acometido de uma doença mental não poderá receber medida socioeducativa – que possui caráter pedagógico, sendo submetido à medida de proteção determinada no artigo 101, inciso V, do ECA, devendo ser internado em hospital ou submetido a tratamento ambulatorial.

As formas da violência

A agressão infantil intra ou extrafamiliar é, sem sombra de dúvida, uma situação que gera um sério conflito moral e que exige um repensar ético sobre ações concretas que podem e devem ser tomadas com o intuito de garantir a proteção a esses indivíduos vulneráveis, que são as crianças e os adolescentes.

A violência intrafamiliar, segundo Araújo, designa aquela que ocorre na família e que envolve parentes que vivem sobre o mesmo teto ou não, embora ela seja mais comum entre pessoas que convivem cotidianamente. É, atualmente, umas das prioridades das políticas públicas de muitos países democráticos do ocidente a erradicação também dessa forma de violência, por ser reprovável moralmente e por ir de encontro aos direitos, deveres, normas e princípios éticos fundamentais como a dignidade e/ou vulnerabilidade da pessoa humana e o respeito à autonomia das pessoas envolvidas na ação (8).

O abuso intrafamiliar – que pode ser praticado tanto por pais ou responsáveis, quanto por parentes mais próximos dos vitimizados (irmãos, tios, avós, dentre outros) –, na maioria das vezes é difícil de ser registrado por causa do vínculo afetivo e econômico e por ameaças da parte do abusador e de outros membros da família. No abuso extrafamiliar é importante conhecer o grau de proximidade entre o abusador e o vitimizado, pois este pode ser muito ligado à vítima como um vizinho, professor, amigo da família, entre outros (7).

Para Souza e Mello Jorge (9) a violência intrafamiliar é considerada uma das formas mais agressivas e cruéis, gerando danos físicos, morais, sexuais e podendo chegar até a morte.

Segundo Santos (7) e Faleiros (1), a violência pode ser classificada da seguinte forma: violência física, psicológica e sexual. A violência sexual está classificada em abuso sexual

e exploração sexual comercial. Os autores colocam que a violência sexual e psicológica é também uma violência física, pois normalmente é acompanhada pelo medo, terror, submissão, espanto e sofrimento psíquico. A violência psicológica é uma relação de poder desigual entre adultos dotados de autoridade e crianças e adolescentes dominados.

Faleiros (1) diferencia a violência física da violência psicológica, colocando que a segunda não deixa traços visíveis no corpo, mas destrói a autoestima e a autoimagem do violentado, refletindo no comportamento da criança e do adolescente e podem ser tipificadas em atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro.

A violência sexual pode acontecer de várias formas: por contato físico, ou seja, carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal com o pênis ou objetos, masturbação forçada, dentre outros; e sem contato físico, por exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e uso de linguagem erotizada em situação inadequada (7).

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um relacionamento interpessoal sexualizado, privado, de dominação perversa, mantido em silêncio e segredo que é usado para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado numa relação de poder (10). Segundo Furniss (11) e Perrone e Nannini (12), nos abusos sexuais repetitivos, a criança é mantida vitimizada, pois se vê aprisionada e envolvida em uma armadilha da qual não pode e nem sabe se livrar. Essa dominação sexual exercida por adultos é perversa e pode ser incestuosa ou não, heterossexual ou homossexual. Sua ocorrência pode ser verificada nos mais diferentes lugares onde haja segurança para o abusador, normalmente ambientes fechados tais como: residências, consultórios, igrejas, internatos, hospitais, escolas e inclui formas diferentes e variadas de relações abusivas.

A situação que envolve as crianças e os adolescentes poderia ser modificada e o trauma minimizado se houvesse apoio psicológico e assistencial para essas vítimas infantis pelo tempo que fosse necessário.

Santos (7) ressalta os dois pilares explicativos da violência sexual intra e extrafamiliar: o incesto e a pedofilia. Incesto é a relação amorosa entre pessoas de mesmo sangue, principalmente naqueles casos em que o matrimônio é proibido por lei. Este tipo de violência vem acontecendo em praticamente todas as sociedades e culturas desde a antiguidade até a modernidade. Nogueira (13) define a pedofilia, dentro de um conceito social, como sendo a atração erótica por crianças que pode ser elaborada no terreno da fantasia ou se materializar em atos sexuais com meninos e meninas. Segundo o Código Penal Brasileiro, o incesto praticado por adultos contra menores de 14 anos é considerado violência sexual, logo, é crime independente de ser aplicada a força física.

Luci Pfeiffer e Edila Pizzato Salvagni (14) mostram que o abuso sexual pode ser identificado por meio de sinais físicos e corporais, servindo como provas materiais na formulação de um processo criminal. Sinais de comportamento/sentimentos, mudanças

de hábitos e alteração no desempenho e na frequência escolar também são fatores a serem considerados.

São diversas as variáveis que podem gerar conseqüências em relação ao abuso sexual: idade do início do abuso, duração do abuso, graus de violência ou ameaça da violência, diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a criança que o sofreu, grau de proximidade da pessoa que cometeu o abuso e a criança, graus de sigilo sobre o fato ocorrido, presença e ausência de figuras parentais (1).

Os princípios bioéticos e a agressão infantil

A busca de parâmetros na sociedade plural moderna para estabelecer tratamento, por meio da discussão multidisciplinar, para as crianças e a própria violência a elas infringida têm lugar dentro da Bioética. Esta ciência constitui, na verdade, uma área que busca a aplicação de princípios morais estudados na ética, mas aplicados às situações desafiadoras e conflitantes do cotidiano (15). A *Encyclopedia of Bioethics* conceitua o verbete “bioética” como “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão e normas morais - das ciências da vida e dos cuidados da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar” (16) caracterizando a grandeza desta área de estudo.

A Bioética busca, essencialmente, um agir humano que aprimore a dignidade e a qualidade de vida e que culmine na apreciação de valores humanos (17). Para que isto seja alcançado, é mister que se trabalhe para erradicar a agressão ao menor e para minimizar os prejuízos morais advindos desta violência, via de regra, intrafamiliar.

A criança é indivíduo vulnerável tanto moral como legalmente. O Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata especificamente deste segmento da comunidade, manifesta a preocupação com o nascimento e desenvolvimento integral desses jovens e busca o reconhecimento dos mesmos, como pessoas com direito à dignidade (18).

“A violência doméstica, como um fenômeno complexo, integra uma vasta gama de componentes relacionais que são pautados em vínculos subjetivos construídos socioculturalmente, por meio dos diversos modos de comunicação específicos. As relações travadas nestes contextos refletem a situação de desigualdade e a assimetria que conformam as relações de poder estabelecidas. O espaço privado, isto é, a esfera doméstica, mesmo que seus contornos não sejam monoliticamente definidos e a sua abrangência abarque sentidos além dos territoriais – incluindo-se questões representativas, simbólicas, subjetivas e objetivas

–, constitui uma importante tessitura implicada a outras construções societárias. Esta estruturação define o *habitus* incorporado e o exercício de poder estabelecido, muitas das vezes, com a supressão de autonomia e extinção dos limites de alteridade de outros membros” (19).

Para muitos pensadores, como o filósofo utilitarista John Stuart Mill, caberia à sociedade garantir os meios para que o homem se realizasse como pessoa alcançando sua felicidade (20). Um indivíduo nas condições de vulnerabilidade própria da infância, que foi violentado física e moralmente, precisará de um acompanhamento apropriado dessa sociedade para não apresentar sequelas significativas que dificultem sua realização como cidadão na idade adulta.

A relação sexual que é aceita como moralmente lícita na sociedade, tendo em vista a anuência dos envolvidos, não é moralmente aceita quando as partes carecem da capacidade de consentir espontaneamente ao ato sexual. É isto que normalmente acontece no abuso sexual intrafamiliar de menores, onde pode ocorrer coação explícita – uso de força ou ameaça –, ou suspeita de compulsão – chantagem ou engano (8).

O silêncio da vítima, que tem a palavra confiscada pelo agressor, e a cumplicidade dos parentes não agressores, que se omitem de qualquer ação de proteção à vítima ou denúncia do agressor, são fatores que dificultam a solução desse conflito moral que assola e envergonha nossa sociedade (11).

Nessa relação vemos a criança sendo coisificada, usada apenas como meio para que o adulto consiga seus propósitos. Ela não é considerada como fim em si própria ou como pessoa. O que nos reporta ao filósofo deontologista prussiano, Immanuel Kant (21), que em sua obra famosa *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, no século 18, já chamava a atenção para o respeito que se deve ter com o ser humano: “os seres racionais são chamados de pessoas porque a sua natureza os diferencia como fins em si mesmos, quer dizer, como algo que não pode ser usado somente como meio e, portanto, limita nesse sentido todo capricho e é um objeto de respeito” (21).

Relembrando os considerados princípios canônicos da ética ocidental (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), propostos por Beauchamp e Childress em 1979, podemos afirmar que estes são feridos quando ocorre a violência sexual em crianças e adolescentes, haja vista os princípios se disporem não apenas às questões filosóficas, mas também à resolução de dilemas morais imediatos (22).

Corroborando Morales e Schramm (8), pode-se afirmar que os princípios hipocráticos de beneficência e não-maleficência não são respeitados na relação de abuso sexual contra menores não consencientes, pois o prejuízo quer físico, quer moral acontece. O princípio da justiça, concordando ainda com os autores, não tem espaço

na relação, pois existe uma situação assimétrica de poder do adulto para com o menor. E o respeito à autonomia não existe já que a criança, também em função da assimetria constitutiva da relação adulto/ menor, não pode ou não sabe exercê-la.

O menor agredido torna-se duplamente vulnerável. Se denúncias são feitas, esse menor pode se tornar vítima não apenas do adulto agressor, mas também do sistema que buscará averiguar a veracidade das denúncias. Na legislação atual, observa-se uma preocupação maior na punição do culpado do que em todo o processo de sofrimento da vítima. Durante essa busca pelos responsáveis e culpados, a vítima (o menor) revive com intensidade os sentimentos de ansiedade, angústia, medo, raiva e vergonha da época em que sofria o abuso – revitimização (24).

Lembrando que, no caso da agressão intrafamiliar, o acusado é alguém da família ou próximo da vítima, quando esta criança consegue externar o que vivenciou, frequentemente passa a experimentar um sentimento de culpa, pois sai da condição de vítima e passa à condição de culpada pelos fatos ocorridos com ela. Muitas vezes, a solução paliativa dada é a retirada da criança de seu ambiente familiar, enquanto o agressor continua usufruindo desse ambiente (11). Esse afastamento pode dificultar a recuperação do vitimizado, pois ele poderá ir para abrigos onde não terá o vínculo afetivo familiar. O afastamento da criança do convívio familiar pode gerar nova sobrecarga emocional.

É necessário que se faça uma reflexão sobre a assistência dada às crianças e adolescentes durante o processo da busca dos culpados e após os menores terem sofrido violência e abuso sexual. O abuso sexual infantil é um problema que envolve duas facetas: a busca e punição do culpado e as questões legais envolvendo a proteção à criança e seu tratamento psicológico para que ela consiga administrar o trauma vivido (11).

É importante ressaltar que, no momento em que não há igual consideração dos interesses e das possibilidades de reparação de danos causados durante e após a agressão, ferem-se dois princípios básicos fundamentais que constituem a estrutura moral da justiça: o princípio da igualdade e o da equidade (8).

Deve-se refletir sobre as ações dos grupos não governamentais e governamentais que trabalham para minimizar os efeitos da violência sofrida pelas crianças e adolescentes. Infelizmente essas ações têm-se demonstrado muito tímidas ou quase inexistentes, sendo necessárias políticas no plano nacional e internacional que visem garantir a proteção à vulnerabilidade da criança e adolescente vítimas de abuso sexual.

A Convenção de Genebra desde 1934 estabeleceu, internacionalmente, o direito da criança e do adolescente, o que foi corroborado pela Convenção Internacional das Nações Unidas em 1989.

O Princípio 2º da Declaração dos Direitos da Criança da Unesco, de 1959, também afirma que “a criança gozará de proteção especial e ser-lhe-ão proporcionadas

oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. Na instituição de leis visando este objetivo levar-se-ão em conta sobretudo, os melhores interesses da criança” (25).

Infelizmente estes documentos se mostraram ineficazes para evitar abusos contra estes direitos. É mister que sejam propostas políticas públicas que possam proteger o menor e seus direitos de uma forma integral, quer o direito de não ser agredido, quer o direito de ser adequadamente tratado quando a agressão acontece, enquanto o culpado, normalmente seu parente, cumpre a pena imposta pela justiça. Aqui aparecem as redes de proteção aos menores.

A necessidade dessas redes de proteção é o grande desafio dos municípios, que têm que buscar a efetiva operacionalização das políticas voltadas para a infância, conforme o estabelecido pelo ECA. Estas redes potencializam a atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições que têm o mesmo foco temático na consecução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente.

Este trabalho, além de aumentar a capilaridade das ações, tem muitas outras vantagens, tais como a troca e o acúmulo de experiências e de conhecimentos; a difusão e disseminação da atuação para áreas mais remotas e; a articulação com os trabalhos já existentes. A construção das redes exige habilidade, flexibilidade e persistência, devendo atuar no sentido de garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, oportunizando os atendimentos psicológico, social e jurídico (7).

Conclusão

Com o crescente aumento da violência e do abuso sexual contra as crianças e os adolescentes, é preciso que se reflita também de maneira crescente sobre o assunto.

As ações existentes ainda são deficientes tanto em quantidade, quanto em qualidade. Sabe-se que ainda não se alcançou uma reflexão que considere aspectos éticos como o respeito à autonomia, a vulnerabilidade, os princípios da equidade e da igualdade, que resguardem a dignidade e a integridade do indivíduo.

Não se pode aceitar ou compactuar com o aprisionamento cruel e desumano sofrido por estes menores no momento em que são colocados como objeto de satisfação daqueles que deveriam, por questões éticas, legais e/ou afetivas, preservar a sua integridade.

Embora todas as previsões que estão elencadas no ECA, que completou 20 anos em 2010, há muito o que se corrigir na prática, onde não há o respaldo necessário

para o cuidado da criança e do adolescente enquanto indivíduo possuidor de dignidade. São necessárias não apenas mudanças normativas, uma vez que já existem normas que regulem esta proteção, mas sim uma mudança estrutural em todos os âmbitos, uma mudança que garanta a essas crianças e adolescentes a segurança de que necessitam para seu crescimento, com o auxílio de profissionais interdisciplinares, unindo suas teorias e saber à *práxis*.

Todo o quadro de violência conhecido hoje no contexto mundial e nacional teve a sua origem nos primórdios da história e foi inserido em nossa cultura. Porém, cabe ressaltar que isto não se justifica nem se aceita, modernamente, pois a cultura é mutável e “os dilemas éticos acompanham o trilhar da história dos homens, uma vez que advêm de suas ações” (15). É importante a constante vigilância das consequências reveladas até aqui, para que ocorram ações futuras que minimizem a atual situação.

Para o efetivo acompanhamento das vítimas, faz-se necessária a formação de grupos de apoio multidisciplinares. Esse apoio deve ser oferecido por órgãos governamentais, em todas as esferas do poder, estabelecendo-se uma eficaz rede de proteção infantil. A vítima tem direito ao pleno atendimento garantido por lei e faz jus ao acompanhamento psicológico por tempo indeterminado, com o objetivo de minimizar as sequelas físicas ou psicológicas deixadas por ocasião do período de agressão. Acompanhamentos como estes que, infelizmente, não ocorrem com a eficácia desejada, mas que são imprescindíveis para a saúde física e mental do menor, pois permitem que o jovem possa, ao crescer, assumir seu papel na sociedade vivendo a plenitude de sua cidadania.

Referências

- 1- Faleiros VP, Faleiros ES, organizadores. Formação de Educadores: subsídios para atuar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Brasília: MEC/SECAD; 2006.
- 2- Weiss J. Paidéia e politéia em Aristóteles. *Biblos*. 2004;16:167-75.
- 3- Platão. *A República*. São Paulo: Martin Claret; 2001.
- 4- Ariés P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
- 5- Priore MD, organizador. *História das crianças no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Contexto; 2000.
- 6- A roda [Internet]. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia [citado em 13 dez. 2010]. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/roda.htm>.
- 7- Santos BR. *Métodos para a identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação; 2004.
- 8- Morales AE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002; 7(2):265-73.
- 9- Souza ER, Jorge MHPM. *Impacto da violência na infância e adolescência brasileira*:

magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.

10- Monteiro Filho L, Phebo LB, organizadores. *Maus tratos contra crianças adolescentes: proteção e prevenção – Guia de Orientação par profissionais de saúde*. Petrópolis: Abrapia/Autores Associados; 1997.

11- Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol. estud.* 2002;7(2):3-11 [citado 10 dez. 2010]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>.

12- Perrone R, Nannini M. *Violence et abus sexuels dans la famille – une approche systémique et communicationnelle*. Paris: ESF Éditeur; 1995.

13- Nogueira SD. Pedofilia e tráfico de menores pela internet: o lado negro da web. *Âmbito Jurídico*. 2001; 2(6):s.n. [citado em 13 dez. 2010] Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5556.

14- Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr*. 2005; 81(supl. 5):195-204 [citado em 13 dez. 2010]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>.

15- Clotet J, Feijó A. Bioética: uma visão panorâmica. In: Clotet J, Feijó A, Oliveira MG, organizadores. *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: Edipucrs; 2005. p.9-21.

16- Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York/London: The Free Press/Collier MacMillan Publishers; 1995.

17- Miranda G. *Bioética e eutanásia*. São Paulo: Edusc; 2000.

18- Ferreira L. A Bioética e o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Justitia*. 2001; 63(195):101-9 [citado em 28 jan. 2008]. Disponível em: <http://www.justitia.com.br/revistas/853y3b.pdf>.

19- Barros NV. *Violência intrafamiliar contra criança e adolescente – Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social*. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2005.

20- Mill JS. *El Utilitarismo: un sistema de la lógica*. Madrid: Alianza Editorial; 1997.

21- Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Abril Cultural; 1980.

22- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.

23- Werlang BSG, Macedo MMK. Comportamento violento: uma questão para a bioética. In: Argimon III, Gauer GJC, Oliveira MS, organizadores. *Bioética e Psicologia*. Porto Alegre: Edipucrs, 2009. p. 67-88.

24- Trindade J. *Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2004.

25. Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração dos Direitos da Criança* [internet]. 1959 [citado em 01 nov. 2012]. Disponível: http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.pdf

Recebido: 27/03/2011 Aprovado: 23/05/2011

Bioética: um encontro com a Fonoaudiologia

Bioethics: an encounter with speech, language and hearing sciences

Ana Amélia Condúru Vieira

Universidade do Amazonas, Belém, Pará, Brasil
anameliacvieira@hotmail.com

Marcelia Sousa de Sousa

Universidade do Amazonas, Belém, Pará, Brasil
marceliasousa1986@yahoo.com.br

Neyla Arroyo Lara Mourão

Universidade do Amazonas, Belém, Pará, Brasil
n_lara4@yahoo.com.br

Resumo: Objetivou-se nesta pesquisa estudar a aplicação da bioética à fonoaudiologia. A metodologia consistiu na aplicação de um questionário a 41 fonoaudiólogos de Belém, visando investigar as questões éticas que envolvem sua rotina, seus conhecimentos sobre bioética e a sua influência em seu exercício profissional. Os resultados mostram que 75% dos entrevistados já realizaram e/ou esclareceram um diagnóstico difícil; 52% já realizaram tratamento de pacientes em estado crítico ou com péssimo prognóstico; 80% já se depararam com um procedimento inadequado de um colega ou de outro profissional da saúde; 71% já tiveram um paciente que se aborreceu e/ou não colaborou durante um atendimento; 36% tiveram pacientes que pediram alteração no resultado de um procedimento; 48% referiram que passaram por problemas de relacionamento profissional; 29% tiveram impasse na realização de pesquisa; os entrevistados demonstraram que acreditam no auxílio que a bioética representa no trato das questões abordadas neste estudo. Conclui-se que várias questões éticas envolvem a rotina dos fonoaudiólogos, que estes profissionais possuem conhecimentos sobre a bioética e reconhecem o auxílio que esta ciência pode significar em seu desempenho. Por isso, muitas pesquisas precisam ser feitas para detalhar a aplicação da bioética à atuação específica do fonoaudiólogo.

Palavras-chave: Ética. Bioética. Fonoaudiologia. Conduta profissional.

Abstract: The objective of this investigation was to study the application of bioethics to speech, language and hearing sciences. The methodology consisted of applying a questionnaire to 41 speech, language and hearing therapists in Belém, with the aim of ascertaining the ethical issues involved in their routine, their knowledge of bioethics and its influence on their professional practice. The results showed that 75% of the interviewees had already made and/or clarified a difficult diagnosis; 52% had already carried out treatment on patients in a critical state or with a poor prognosis; 80% had already been presented with an inappropriate procedure performed by a colleague or another healthcare professional; 71% had already had a patient who was tiresome and/or uncooperative during the attendance; 36% had had patients who asked for the result from a procedure to be changed; 48% said that they had gone through professional relationship problems; and 29% had reached an impasse in conducting investigations. The interviewees showed that they believed in the aid that bioethics would represent in dealing with the issues raised in this study. It was concluded that several ethical issues are involved in speech, language and hearing therapists' routine, and that these professionals had knowledge about bioethics and recognized the aid that this science might signify in their practice. For this reason, many further studies need to be conducted in order to detail the application of bioethics to the specific activities of speech, language and hearing therapists.

Keywords: Ethics. Bioethics. Speech therapy. Professional conduct.

Todos, no exercício de sua profissão, estão sujeitos a adotar condutas inadequadas e, portanto, a cometer erros. Isso induz ao questionamento e às discussões a respeito de falhas cometidas pelos profissionais da área de saúde.

Segundo Ferraz (1), antigamente a população em geral não questionava a conduta do profissional de saúde. Se houvesse falhas, estas eram vistas como fatalidades advindas do tratamento e não se procurava contestar o ato realizado pelo profissional, cujo respeito e confiança eram manifestados por um temor reverencial, fato que já não ocorre nos dias atuais.

Pessini e Barchifontaine (2) referem que a bioética é considerada uma área de conhecimento interdisciplinar recente e que surgiu em função da necessidade de se discutir os efeitos resultantes do avanço tecnológico das ciências da área da saúde, bem como aspectos tradicionais das diversas relações que envolvem os profissionais desta área.

Neste quadro, encontra-se a fonoaudiologia, com seus profissionais dedicados

ao diagnóstico e tratamento de problemas auditivos, de motricidade orofacial, de linguagem, de voz e de saúde pública.

Pode-se constatar no *Código de Ética da Fonoaudiologia* (3) que o fonoaudiólogo deve utilizar os conhecimentos e recursos necessários em favor do ser humano e da comunidade, assumir responsabilidades pelos atos praticados, respeitar o paciente e não permitir que este seja desrespeitado. Constata-se, também, que ele deve atuar nos limites de sua competência, nos seguintes procedimentos: avaliação, solicitação, elaboração e realização de exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa, emissão de parecer, laudo, docência, responsabilidade técnica, assessoramento, consultoria, coordenação, administração, orientação, realização de perícia e outros que possibilitem atuação profissional plena.

Jardilino e Herrero (4) afirmam que a competência profissional do Fonoaudiólogo não se restringe à capacitação técnico-científica, mas engloba as reflexões sobre sua conduta, para que, consciente de suas responsabilidades sociais, não seja um repetidor de técnicas e tenha atitudes transformadoras da realidade. Goldin (5) ratifica essa ideia, defendendo a necessidade de desenvolver e ampliar os espaços de reflexão sobre os aspectos morais envolvidos na prática profissional dos Fonoaudiólogos.

A fonoaudiologia, como uma profissão da área da saúde, provavelmente, tem muitos interesses na bioética. No entanto, a literatura específica é extremamente escassa, sendo preciso, na maioria das vezes, recorrer a outras áreas, principalmente, à Medicina, para obter dados. Devido à interdisciplinaridade que é característica da bioética, algumas respostas têm sido possíveis de serem obtidas com base no estudo de questões similares das outras áreas da saúde, porém, é questionável se não seria mais efetivo se esse estudo fosse direcionado às questões inerentes à fonoaudiologia.

Diante dos fatos acima citados, tornou-se relevante propor um estudo sobre a aplicação específica da bioética à fonoaudiologia.

Desenho da pesquisa: objetivos e metodologia

O objetivo geral do estudo foi avaliar a aplicação específica da bioética à fonoaudiologia. Sendo que os objetivos específicos eleitos foram: identificar as questões éticas que envolvem a rotina dos fonoaudiólogos; verificar se os fonoaudiólogos possuem conhecimento sobre bioética e; identificar a influência da bioética no exercício profissional da fonoaudiologia.

Este estudo foi aprovado pelo protocolo N° 59328/07 de 19 de outubro de 2007

no Comitê de Ética em Pesquisa da UNAMA.

A pesquisa foi do tipo quanti-qualitativa descritiva e foi realizada no município de Belém, com 41 (quarenta e um) profissionais fonoaudiólogos no exercício de suas funções ou que as tenham exercido em alguma época de sua vida. Foram excluídos aqueles que não concluíram a graduação em fonoaudiologia ou que nunca exerceram a profissão.

Os fonoaudiólogos foram convidados a participar do estudo e os que aceitaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi, então, aplicado um questionário que pretendeu investigar as questões éticas que envolvem a rotina dos fonoaudiólogos, os conhecimentos sobre bioética que os fonoaudiólogos possuem e se estes influenciam seu exercício profissional. Para capacitação na aplicação, assim como para a validação dos questionários, primeiramente ele foi aplicado aos fonoaudiólogos da Clínica de Fonoaudiologia da Universidade do Amazonas (CLIFA/UNAMA).

O critério adotado para arranjo dos dados dos questionários foi a própria seqüência das questões no instrumento. As respostas foram analisadas e compiladas em tabelas. A análise dos resultados foi realizada por meio das informações compiladas dos autores e das legislações consultados, assim como da compilação das ideias contidas nas respostas mais frequentes dos questionários.

Resultados e Discussão

Foi verificado, que a maior parte dos fonoaudiólogos entrevistados (75%) encontra-se na faixa etária de 20 a 30 anos e tem até 9 anos de formada. Ainda, 83% destes fonoaudiólogos são especialistas e apenas 17% têm mestrado. Isto demonstra que os sujeitos desta pesquisa possuem em sua maioria, a mesma formação acadêmica e a mesma vivência. As diferenças estão no nível sócio-econômico-cultural e formação moral, que são fatores bastante significativos, pois como cita Marins, as pessoas pensam de modo diferente, constroem seus conceitos em função de sua história de vida, do meio em que cresceram, do que lhes foi apresentado como modelo de certo e errado (6).

A maior parte dos entrevistados (75%) refere que realizou/esclareceu um diagnóstico difícil e, apenas, 25% não. Desses que realizaram, 15% referem que houve necessidade de realizar um trabalho em equipe multidisciplinar para que houvesse o fechamento do diagnóstico; 10% relataram a dificuldade de lidar com a carga emocional envolvida, com a afetividade dos pacientes e seus familiares; 7% informaram que se tratou de caso envolvendo paciente cujo diagnóstico nunca foi fechado, 7% indicaram casos de

perícia/exames ocupacionais; outros 7% relataram casos de pacientes com distúrbios associados; 5% casos onde houve incompatibilidade de diagnóstico, 5% de casos que envolveram possíveis alterações neonatais; 2% de casos de crianças que apresentavam alterações comportamentais; 2% informaram que solicitaram de procedimentos para confirmação dos dados; 2% apontaram dificuldade em diagnosticar uma disfagia esporádica; outros 2% dúvidas sobre hiperatividade e autismo; 2% confirmaram o diagnóstico de autismo; 2% citam que inovações na área hospitalar necessitam esclarecimento do parecer; 2% informam que foi difícil, porém enriquecedora como experiência profissional; 2% não comentaram.

Estes dados são corroborados pela visão de Goldim (5), pertinente à bioética em relação à necessidade de tomar decisões cautelosas. Assim como de Primo e demais autores (7), que defendem a bioética como integradora das questões humanísticas às técnicas para amenizar os dilemas da abordagem de um diagnóstico difícil.

Metade dos fonoaudiólogos entrevistados (52%) informou que já realizou tratamento de pacientes terminais, em estado crítico ou com péssimo prognóstico. Destes fonoaudiólogos, 17% referiram o envolvimento de portadores de disfagia, 10% que relataram que o paciente veio a óbito, 5% que os pacientes eram laringectomizados com metástase, 5% apontaram que os pacientes eram baixados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 2,5% afirmaram que se tratava de paciente oncológico, 2,5% relataram que era criança com diagnóstico de surdez, mas a mesma era ouvinte normal, 2,5% relataram caso de péssimo prognóstico, 2,5% apontaram caso de paciente autista e portador de deficiência auditiva, 2,5% afirmaram se tratar de caso de Parkinson, ainda com manifestação esporádica e, por fim, 2,5% indicaram ter havido a necessidade de um acompanhamento diferenciado para a família. Esses dados são confirmados por Lopes e Lautert (8), que consideram que o fato dos profissionais da saúde – onde se inclui os fonoaudiólogos –, lidarem com a morte e a vida no mesmo contexto os deixa angustiados, temerosos e frustrados.

Quase a totalidade (80,5%) dos fonoaudiólogos entrevistados já se deparou com um procedimento inadequado de um colega ou de outro profissional da saúde. Sobre esses procedimentos os dados colhidos apontam que: 21,5% dos fonoaudiólogos entrevistados conversaram com o colega ou com o outro profissional; 17% informaram ao paciente que utilizavam uma conduta diferente; 12,5% pediram reavaliação; 7% fizeram a discussão do caso; 5% dedicaram-se ao caso e ignoraram as condutas tomadas anteriormente; 5% deixaram a família escolher a melhor conduta, 2,5% procuraram não magoar o colega, 2,5% conduziram-se do modo mais humilde o possível, 2,5% acreditam na necessidade de muito diálogo, 2,5% sugeriram que a mãe conversasse com o profissional que fez o procedimento, 2,5% se

decepcionaram com o profissional que fez o procedimento e que há tempos acompanhava o paciente.

Esses dados são explicados por Mendes (9), quando cita que nas instituições de saúde é comum os profissionais encontrarem colegas realizando procedimentos inadequados. Algumas atitudes tomadas pelos fonoaudiólogos entrevistados são explicadas por Ghiorzi (10) ao apontar que, muitas vezes, as relações interpessoais no trabalho são destrutivas, pois as pessoas têm dificuldade para estabelecer e manter relacionamentos construtivos, solidários, éticos, baseados na construção coletiva e no respeito pelas capacidades e limites do outro. Outras atitudes são explicadas por Backes, Lunardi e Lunardi Filho (11), que defendem a necessidade de compreender os limites dos demais profissionais como forma de promover a humanização nas instituições que trabalham com a saúde; ou então por Leddy e Pepper (12), ao afirmarem que respeitar o outro colabora na conquista da autonomia do profissional de saúde.

A maioria (71%) dos fonoaudiólogos entrevistados alguma vez já teve um paciente que se aborreceu e/ou não colaborou durante um atendimento: 14,5% referiram que os pacientes estavam cansados, irritados, nervosos e/ou agitados; 7% comentaram que comumente crianças se negam a colaborar; 7% procuraram persuadir o paciente a colaborar; 5% citaram que foram casos de simulador; 5% que foram casos de terapia miofuncional; 5% que foram casos de exame ocupacional; 5% que foram casos de pacientes neurológicos; 5% informaram que o paciente não queria realizar o comando correto; 5% referiram que o paciente não gostou da atividade proposta; 2,5% citaram que se tratava de instalação de fonema; 2,5% que era caso de adulto com fobia em ambientes fechados; 2,5% que costumam sempre trabalhar com a família; 2,5% que o paciente achava que sabia melhor qual tipo de aparelho auditivo colocar; 2,5% que o paciente não gostava do atendimento do fonoaudiólogo e 2% não comentaram.

Paiva e Pinotti (13) confirmam a ansiedade e as incertezas que acompanham o tratamento e que podem justificar o fato de alguns pacientes terem apresentado comportamentos aversivos durante o atendimento fonoaudiológico. Outra explicação poderia ser dada por Nogueira (14), quando cita que alguns pacientes percebem que estão ocorrendo situações inadequadas ao seu tratamento. Mas é o próprio autor (14) afirma que o profissional deve ser objetivo e esforçar-se para estimular o paciente a reverter a situação.

Mais da metade (64%) dos fonoaudiólogos entrevistados não teve pacientes que pediram alteração no resultado de um determinado procedimento. Os 36% que passaram por esta situação, fazem os seguintes comentários: 80% atribuem as solicitações aos casos de exames audiológicos; 13% generalizaram, referindo-se a pedidos de alterações de resultados de exames e 7% informaram que conversaram com o paciente, explicando que não seria possível atender seu pedido e explicando os motivos.

Segundo Leddy e Pepper (12), se o profissional tem autonomia, ele está disposto a assumir riscos. Portanto, se ele atender esse tipo de solicitação, terá responsabilidade sobre essas atitudes. Mendes (9) lembra que a bioética zela por preceitos morais, legais, sociais, culturais, assistenciais, econômicos, entre outros. Por isso, no *Código de Ética da Fonoaudiologia* (3) consta que o fonoaudiólogo deve utilizar os conhecimentos e recursos necessários, em favor do ser humano e da comunidade, assumir responsabilidades pelos atos praticados, respeitar o paciente e não permitir que este seja desrespeitado.

A metade (52%) dos entrevistados nunca teve divergências com pacientes ou profissionais, já a outra metade (48%) referiu que passou por problemas de relacionamento no âmbito profissional. Esses dados são ratificados por Nogueira (14) e Ghiorzi (10), quando descreveram a existência de conflitos no ambiente de trabalho, pois apontam que — para além da dificuldade para manter relacionamentos construtivos, solidários, éticos e baseados na construção coletiva e no respeito pelas capacidades e limites do outro —, existe também a necessidade de esclarecimento dos fatos, de discordar de certos posicionamentos e de determinados procedimentos. Por isso, Nogueira (14) acredita que é preciso manter o diálogo com os familiares e demais profissionais da equipe multidisciplinar. Já Oliveira (15) afirma que um bom relacionamento entre os membros da equipe é favorecido pelo conhecimento mútuo da área de trabalho de cada um. Oliniski e Lacerda (16) defendem a existência de um espaço relacional que propicie trocas e compartilhamentos. O *Código de Ética da Fonoaudiologia* (3) preceitua que o fonoaudiólogo deve respeitar o paciente e impedir que ele seja desrespeitado. O papel ético do fonoaudiólogo é orientar-se pela humanização da assistência. Backes, Lunardi e Lunardi Filho (11) alertam que, para promover essa humanização, existe a necessidade de empreender estratégias que estimulem a participação e a comunicação efetiva entre todos nas relações da administração, envolvendo profissionais, pacientes e familiares.

A maioria (71%) dos profissionais entrevistados não teve impasse na realização de pesquisa e apenas 29% relataram experiência com essa situação. Esses problemas podem ser explicados por Vasquez (17), que menciona que o cientista tem responsabilidade moral sobre a utilidade e sobre as consequências de suas pesquisas. Também por Engelhardt (18), que cita que as pesquisas envolvem riscos e possíveis consequências que necessitam de avaliação ética, cujos fundamentos filosóficos fornecem bases de conhecimento imprescindível, quando se trata de pesquisa com seres humanos.

Com relação aos conhecimentos sobre bioética, cerca de metade (45%) dos fonoaudiólogos entrevistados destacaram que bioética é a ética aplicada às questões da saúde; 25% que ela contém normas de ética profissional; 12,5% que a disciplina estuda a relação entre os profissionais e os pacientes; 5% que ela é um indicador de como se

trabalha com eficácia; 2,5% que ela consiste na prática constante entre os profissionais da saúde; 2,5% que envolve o conhecimento e os valores que cada indivíduo possui; 2,5% consideram-se atualizadas no assunto; 2,5% que conhecem pouco sobre bioética e 2,5% não comentaram.

Pessini e Barchifontaine (19) justificam a facilidade de conceituação por metade da população entrevista, pois a palavra bioética combina conhecimentos biológicos e valores humanos, preocupando-se em estudar os dilemas éticos associados à área da saúde. Primo *et al.* (7) também, quando informam que a bioética procura integrar os aspectos técnico-científicos com os aspectos comportamentais e humanísticos, buscando amenizar os dilemas gerados por uma variável bio-psico-social, tratando de ações, de hábitos (virtudes) e de atitudes (caráter).

Dentre os entrevistados, 27% dos fonoaudiólogos entrevistados acreditam que a bioética auxilia no trato das questões abordadas neste estudo, pois é um padrão a seguir, são regras para disciplinar a conduta; 21,5% acreditam que ela auxilia por meio das orientações de conduta; 19,5% indicaram que a bioética é um auxílio, uma vez que melhora a relação entre os profissionais da saúde e os seus pacientes; 10% apontam que a bioética proporciona reflexão de conduta; 2,5% destacaram que ela proporciona maior interdisciplinaridade; 2,5% indicaram que a bioética dá conta dos conflitos morais que ocorrem no dia-a-dia; 2,5% declaram que a bioética reafirma valores indispensáveis a sobrevivência social e profissional; 14,5% não comentaram.

Os comentários feitos pelos fonoaudiólogos entrevistados demonstram uma perspectiva positiva sobre a aplicação da bioética em seu cotidiano que encontra amparo em diversos autores como: Diniz e Guilhem (20), que acreditam que a bioética deve buscar estratégias conciliatórias para os conflitos morais e, como nunca atingirá a verdade absoluta válida para todos, precisa respeitar o pluralismo e a diferença moral das sociedades; Pessini e Barchifontaine (19), que afirmam que a bioética se preocupa em estudar os dilemas éticos associados à área da saúde, priorizando a proteção do ser humano; França (21), que considera que a bioética gera influências positivas e negativas na sociedade atual; L'Abbate (22), que defende que os profissionais de saúde precisam de aprimoramento educacional para desenvolver a reflexão sobre as dificuldades na convivência organizacional do cotidiano; Costa Jr. (23), que refere que a bioética resguarda o ser, pois coloca limites éticos para promover a humanidade nas ações que tocam a vida; Jardimino e Herrero (4), que relatam que é uma preocupação atual da fonoaudiologia, o caráter humanístico do fonoaudiólogo e sua inserção no contexto social; e Goldin (5), que informa que a interação da bioética com a fonoaudiologia é extremamente fértil.

Conclusão

Várias situações na rotina profissional diária do fonoaudiólogo foram apontadas: a maioria dos profissionais já realizou e/ou esclareceu um diagnóstico difícil, já se deparou com um procedimento inadequado de um colega ou de outro profissional da saúde e já teve um paciente que, pelo menos alguma vez, se aborreceu e/ou não colaborou durante um atendimento. Cerca de metade dos fonoaudiólogos já realizou tratamento de pacientes terminais, em estado crítico ou com péssimo prognóstico e já passou por problemas de relacionamento no âmbito profissional. Um terço dos profissionais já tiveram pacientes que pediram alteração no resultado de um determinado procedimento e já tiveram impasse na realização de pesquisa.

Os sujeitos desta pesquisa possuem, em sua maioria, a mesma formação acadêmica e a mesma vivência profissional. As diferenças entre eles estão no nível sócio-econômico-cultural e na formação moral. Estas, portanto, podem ser responsáveis pela variação das respostas. Além disso, a grande maioria demonstrou ter algum conhecimento teórico sobre bioética.

Foram identificados indícios que comprovaram a influência da bioética no exercício profissional da fonoaudiologia: envolve regras para disciplinar a conduta profissional, portanto orienta essa conduta, proporciona reflexão de conduta e interdisciplinaridade, facilitando lidar com os conflitos que ocorrem no cotidiano, melhora a relação entre os profissionais da saúde e os seus pacientes e reafirma valores indispensáveis à sobrevivência social e profissional.

Os dados mostram que várias questões éticas envolvem a rotina dos fonoaudiólogos, como citado acima. Também mostram que estes profissionais possuem certos conhecimentos sobre a bioética e reconhecem o auxílio que esta ciência pode significar em seu desempenho. Por isso, muitas pesquisas precisam ser feitas para detalhar a aplicação da bioética na atuação específica do fonoaudiólogo.

Referências

1. Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de riscos. *Bioética*. 1997; 5(1):7-12 [citado em 11 mai. 2007]. Disponível em: <http://www.crmma.org.br/revista/bio1v5/questiona.html>.
2. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola; 2007.
3. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Código de Ética da Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 305/2004, de 06 março de 2004. Dispõe sobre a aprovação do Código de Ética da Fonoaudiologia, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, DF, 9 mar., 2004.

4. Jardimino JRL, Herrero E. Fonética da Ética Profissional à Antropoética: contribuição para formação profissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* 2000; 5(7): 11-17.
5. Goldim JR. Bioética e Fonoaudiologia [Internet]. Porto Alegre: José Roberto Goldim. 1997 Fev. – [citado em 02 jun. 2007]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/fonoaud.htm
6. Marins L. Por que os outros não são iguais a mim? [Internet]. São Paulo: Guia RH. 1998 – [citado em 02 dez. 2007]. Disponível em: <http://www.guiarh.com.br/pp15.htm>.
7. Primo WQSPP, Primo GRP, Cunha FMP, Garrafa V. Estudo bioético da informação do diagnóstico do HPV em uma amostra de mulheres no Distrito Federal. *Bioética*. 2004; 12(2):33-51 [citado em 19 dez. 2007]. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio12v2/artigos/Artigo3.pdf>.
8. Lopes MJ, Lautert L. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadoras. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. 2 ed. Goiânia: AB; 2001. p.109-40.
9. Mendes EG. *Diagnósticos e atividade profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
10. Ghiorzi AR. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003; 12(4):551-58.
11. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Hospital humanization as an expression of ethics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006; 14(1):132-135.
12. Leddy S, Pepper JM. *Conceptual bases of professional nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1993.
13. Simongini EC. O adoecer de câncer e o processo de individuação. [monografia] Marília (SP): Universidade de Marília; 2005. Disponível em: <http://www.symbolon.com.br/monografias/>.
14. Nogueira JC. Ética e responsabilidade pessoal. In: Moraes R, Nogueira JC. *Filosofia, Educação e Sociedade: ensaios filosóficos*. Campinas: Papyrus; 1989.
15. Oliveira BSA. O silêncio da singularidade. In: Oliveira ST. *Fonoaudiologia Hospitalar*. São Paulo: Lovise; 2003. p.63-70.
16. Olinski SR, Lacerda MR. As Diferentes Faces do Ambiente de Trabalho em Saúde. *Cogitare Enferm* 2004; 9(2):43-52.
17. Vázquez AS. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1993.
18. Engelhardt Jr. HT. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
19. Vieira TC. *Bioética e Direito*. São Paulo: Jurídica; 2003.
20. Diniz D, Guilhem D. *O que é Bioética?* São Paulo: Brasiliense; 2002.
21. França GV. *Fundamentos de Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2005.
22. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994; 10(4):481-490.
23. Costa Jr. AS. *Bioética*. *Cadernos de Saúde*. 1997; 2(1):155-176.

Recebido: 02/02/2011 Aprovado: 30/05/2011

Bioética e Laicidade: reconstruindo pontes entre ciências e humanidades

Bioethics and secularism: rebuilding bridges between sciences and humanities

Marcia Mocellin Raymundo

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
marciamocellin@gmail.com

Daniel Gutiérrez-Martínez

El Colegio Mexiquense A. C., Ciudad de México, DF, México.
dguierrezcolmex@yahoo.fr

Resumo: Em seu livro, *Bioética: ponte para o futuro*, Van Rensselaer Potter enfatizou a necessidade de uma nova disciplina que estabelecesse uma ponte entre as ciências e as humanidades, a qual chamou de bioética. Contudo, apesar do rápido desenvolvimento da bioética como disciplina (ou interdisciplina), atualmente ainda se percebe uma bioética bastante influenciada por um conteúdo biomédico, e até mesmo medicalizada em certa medida, levantando dúvidas sobre a sua configuração humanista. Entende-se que esta não é uma prática condizente com a proposta original de Potter, pois, como elo entre as ciências e as humanidades, a bioética não deveria assumir posições setoriais, ideologias, dogmas ou doutrinas, mas definitivamente abarcar a pluralidade e a diversidade em seu mais amplo sentido. Sendo assim, a laicidade – enquanto uma proposta de convivência entre todos os membros da sociedade, não importando origem étnica, religião, crenças, não crenças, opção sexual entre outras liberdades de consciência –, pode auxiliar no redimensionamento desta ponte que ainda hoje se encontra por (re)construir. Portanto, este artigo propõe uma reflexão sobre as vicissitudes da bioética, enquanto disciplina ponte entre as ciências e as humanidades, e os aportes que a laicidade, entendida como ferramenta de convivência pode proporcionar à experiência real e cotidiana a este objetivo da bioética.

Palavras-chave: Laicidade. Bioética. Diversidade. Humanidades.

Abstract: In Van Rensselaer Potter's book, "Bioethics: bridge to the future", he emphasized the need for a new discipline that would establish a bridge between the sciences and the humanities, which he called bioethics. However, despite the rapid

development of bioethics as a discipline (or interdiscipline), it can still be seen that bioethics is greatly influenced by biomedical content, and is even medicalized to a certain extent, thus raising doubts about its humanist configuration. It can be understood that this is not a practice in line with Potter's original proposal, considering that, as a link between the sciences and the humanities, bioethics should not take up sectorial positions, ideologies, dogmas or doctrines, but should definitively embrace plurality and diversity in their broadest sense. Thus, secularism – as a proposal for all members of society to live together regardless of their ethnic origin, religion, beliefs, non-beliefs and sexual orientation, among other freedoms of conscience – may assist in revising the dimensions of this bridge, which today is under re(construction). Therefore, this paper proposes a reflection on the vicissitudes of bioethics, as a bridging discipline between the sciences and the humanities, and the contribution that secularism, as a tool for living together, may provide for this objective of bioethics, in the light of real day-to-day experience.

Keywords: Secularism. Bioethics. Diversity. Humanities..

No prefácio de seu lendário livro, intitulado *Bioética: ponte para o futuro* (1), Van Rensselaer Potter afirma que o seu propósito é contribuir para o futuro da espécie humana, promovendo a formação de uma nova disciplina: a Bioética. Se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar uma com a outra – as ciências e as humanidades – e se essa ausência de diálogo é parte da razão que torna o futuro duvidoso, talvez, então, seja possível construir uma ponte para o futuro. Demonstrando clareza frente ao histórico momento no qual se encontrava, o autor propôs a construção da disciplina Bioética como a ponte entre essas duas culturas. Ao longo do capítulo denominado *Bioética, a ciência da sobrevivência*, Potter enfatiza que é necessária uma nova disciplina que permita o diálogo entre os diferentes modelos de estilo de vida existentes e que proponha políticas públicas que possam estabelecer a ponte para o futuro. Ou seja, uma comunicação estreita e indelével entre ciência e humanidades, e que esta comunicação não seja negativamente afetada com os aportes das novas tecnologias. E ainda, acrescenta que esta nova disciplina requer uma intercomunicação entre a biologia básica, as ciências sociais e as humanidades.

Contrastando com o preconizado no período no qual o livro foi publicado – marcado pela crescente especialização dos saberes e o conseqüente isolamento das áreas –, percebe-se nas proposições de Potter uma nítida preocupação em promover a união entre os saberes. Impossível ao leitor não perceber a ênfase dada pelo autor ao

caráter interdisciplinar necessário à bioética já no início do livro. Mantendo a postura vanguardista desta proposição, Potter reflete sobre pontos de vista historicamente polarizados, a saber: mecanicismo *versus* vitalismo ou reducionismo *versus* holismo. Curiosamente, os dois conjuntos de oposições se contrapõem — daí o vanguardismo de sua proposta —, com a idéia central de mais que gerar oposições, gerar convergências, não somente entre disciplinas aparentemente diferenciadas, como também entre enfoques no seio das mesmas disciplinas.

O aporte essencial de Potter à proposta da bioética foi deixar claro que não existe possibilidade de uma investigação no mundo biológico sem vínculo com o mundo das relações humanas e vice-versa. Percebe-se claramente como, desde 1971, se esboça o pensamento precursor de Potter acerca da necessidade interdisciplinar para compreender o mundo em que se vive, seja qual for o âmbito da disciplina de referência. Não é por acaso que a referência como pioneiro da bioética se atribui a Potter, ainda que a palavra já houvesse sido citada anteriormente por Fritz Jahr em 1917 (2).

Enquanto o primeiro advoga por uma maneira de encontrar uma ética da vida através do convívio de diferentes disciplinas, o segundo marca a necessidade imperativa de responsabilizar-se eticamente com a vida do mundo que o rodeia. No presente, nos remetemos predominantemente na própria bioética de maneira mais acentuada à conscientização da responsabilidade que temos como espécie humana ao nosso entorno, olvidando-nos das bases que sustentam a disciplina bioética, a saber, o vínculo entre as chamadas ciências e humanidades. Vale lembrar que William Dilthey já mencionava anteriormente para o âmbito das ciências sociais a necessidade de gerar uma ponte entre as ciências do espírito e as ciências históricas (3).

Passados quase quarenta anos da publicação de *Bioética: ponte para o futuro* alcançamos o futuro e percebemos que a bioética atual talvez não tenha seguido exatamente os rumos propostos por seu idealizador, pois embora atue como importante espaço de reflexão por ocasião de conflitos surgidos em sua maioria nas áreas das ciências da vida e da saúde, a bioética parece ter sido construída sob maior influência destas áreas do que daquelas ditas humanistas. Contudo, como bem enfatiza Juliana González-Valenzuela, pela sua própria natureza, pela sua própria história e por sua problemática, na bioética confluem diversas disciplinas (científicas e humanísticas) e ela abarca distintos campos do conhecimento. Segundo a autora, o enfoque filosófico se conjuga com o da medicina, da biologia, do direito, da psicologia, da antropologia, da sociologia, entre outras. E não se trata de uma mera soma ou justaposição de disciplinas, mas de uma efetiva interdisciplina na qual se interpenetram e interatuam as diversas perspectivas e

metodologias disciplinares (4).

Em que pese todo o esforço de alguns especialistas em assegurar o caráter amplo e abrangente da bioética, atualmente esta se restringe principalmente às questões biomédicas. E, além disso, esta tendência ao protagonismo biomédico na disciplina bioética leva também a que os enfoques e reflexões se restrinjam majoritariamente aos aspectos nosocomiais quando são abordados casos que implicam aspectos mais além dos biomédicos. Como exemplo, podemos citar a visão restrita na abordagem de casos relacionados a pessoas *intersex*, quando os aspectos biomédicos são privilegiados e os demais aspectos - sobretudo os sociais - são tratados como menos importantes (aspectos identitários, percepções sociais, valores culturais particulares). Fato este também percebido quando as discussões nos Comitês de Bioética enfatizam mais os riscos que uma técnica médica específica possa causar ao paciente do que na pergunta sobre se seria imperativo definir um sexo que corresponda a uma percepção de acordo com o binômio homem/mulher do ser humano de uma sociedade específica. A este enfoque restritivo chamamos de medicalização da bioética, ou seja, o exercício de uma reflexão baseada muito mais em aspectos técnicos e biomédicos sobre os sintomas relativos ao corpo humano, ou, a uma concepção específica e particular da saúde, que em aspectos que incluem também outras áreas do conhecimento que integram a interdisciplina bioética.

O anterior leva evidentemente a conflitos entre uma perspectiva biomédica ortodoxa (predominante) e outra integral e panorâmica que incluiria reflexões humanistas no momento de decidir sobre as alternativas indicadas para cada caso. Curiosamente seguimos sem construir a verdadeira ponte entre ciências e humanidades. E, pelo contrário, definindo a vida de nosso entorno a partir de conflitos interpretativos do ser humano particularizados em cada campo dos saberes. Contudo, uma ressalva deve ser feita ao termo humanidades, posto que neste contexto não se refira exclusivamente ao ser humano.

Conforme aponta Paulina Rivero Weber, é questionável falar de humanismo no âmbito filosófico atual, pois, por um lado, se trata de um conceito utilizado em tantos e tão diferentes sentidos que dificilmente ainda diz algo, e, por outro, parece que atrás deste termo pode se esconder o tão temido antropocentrismo, ou seja, uma visão que em lugar de basear sua ética no valor da totalidade do planeta ou até mesmo do cosmos, apela unicamente ao ser humano (5). Neste contexto, a visão humanista de Potter abarca justamente seu sentido mais abrangente, incluindo a relação de seres humanos com seu meio ambiente, como podemos verificar desde o prefácio do livro em pauta, onde o autor refere que os valores éticos não podem ser separados de fatos biológicos. E não se trata

somente de uma proposição sem repercussões, mas, do núcleo central sobre o qual se cimenta a bioética. Os valores éticos são precisamente os pontos básicos comuns (pontos de encontro) sobre os quais as sociedades – que por definição são diversas e relacionais - podem entender-se e conviver.

O conceito de sociedade envolve inegavelmente a interação entre duas ou mais pessoas; sem esta interação não pode existir grupo ou sociedade alguma. Não existe indivíduo sem sociedade, porém pode haver sociedade sem indivíduos. O anterior confirma que a noção de indivíduo é mais uma construção produto da modernidade do que um descritor da essência dos seres humanos. A definição de ser humano se cimenta em razão da relação deste com seu entorno, com os outros. Por isto é sumamente importante que a epistemologia da bioética se fundamente sobre o resultado das relações entre pessoas e a diversidade inerente a cada um.

A vida não se pode dar sem a relação com o outro, portanto, uma ética de vida deve se fundamentar mais na relação entre as pessoas do que na sacralização do indivíduo. Daí resulta, inclusive, que as decisões pessoais não são puramente individuais, pelo fato de que fazem definitivamente referência aos valores e princípios culturais, quer dizer, coletivos e históricos. Ou seja, ainda que existam decisões individuais, pessoais, autônomas, estas sempre estão referidas a um contexto de dois indivíduos ou mais (grupo).

Por sua vez, Potter afirmou a necessidade de várias éticas, ou seja, uma ética da terra (ecosofia), uma ética da vida selvagem (ecologia), uma ética de populações (demografia), uma ética do consumo (capitalismo), uma ética urbana (socio-espacial), também uma ética internacional (direitos humanos) e assim por diante. Segundo Potter, todas estas éticas se constituem a partir de valores e determinantes biológicos que são os elementos básicos que envolvem a *bio-ética* (1). Inclusive se poderia dizer que, na atualidade, se discute a cerca de uma ecosofia humanista como uma proposta para sintetizar todo este conjunto de éticas, cuja ideia seria a de conceber o ser humano como um elemento a mais, que conforma a complexidade do planeta e não como o elemento central ou essencial. Sem dúvida o anterior constitui os elementos do debate que nos legou Potter, ao ponto que depois de quarenta anos do surgimento da bioética estas discussões seguem presentes na produção acadêmica e leiga sem que tenhamos constituído até o momento - há que insistir a este respeito - uma ponte clara, concreta e consensual entre ciências e humanidades.

Um exemplo que ilustra de maneira representativa o exposto acima é quando alguns autores buscam distinguir a bioética como uma ética aplicada em comparação com

outras éticas que poderíamos chamar de geral (6, 7), resultando na sempiterna discussão se a ética aplicada trata-se de uma nova disciplina ou de uma nova maneira de articular teoria moral e prática. Javier Sádaba (8) afirma que não existe uma ética geral e outra distinta, assim como não existe uma ética masculina e uma feminina, ou uma ética oriental e outra ocidental. A este respeito podemos afirmar que somente se trataria - se seguimos este debate infrutífero - de níveis de concreção, posto que não existe ética aplicada que não seja precedida de uma ética geral, pois a conformação da ética inegavelmente se compõem de valores e de determinantes biológicos próprios a cada comunidade humana. Em outras palavras não existe técnicas que precedam à ética, ou, por exemplo, não se pode desenvolver um medicamento sem que se preceda uma valor-ação de uma doença prévia acordada comumente em grupo (ética). Estes debates nada mais são que um sintoma discursivo da medicalização da bioética, onde o que importa são os fatos e não tudo aquilo que precede a estes fatos, a saber, o acordo de valorações coletivas (encontros de pontos em comum). O anterior quiçá nos levaria a propor níveis de implicação da ética tanto no âmbito prospectivo¹ (nível epistemológico; como gerar conhecimento) como no âmbito relacional (metodológico; como aplicar o conhecimento).

Portanto, o desafio da bioética parece não estar na discussão se existem diferentes éticas de acordo com Potter ou se se trata de éticas aplicadas ou gerais (6,7 e 8) mas, de seguir buscando concretizar o ponto de partida desde o início da bioética, a saber, as pontes entre valores e fatos biológicos. Provavelmente estas discussões obscureceram as reflexões em torno das pontes entre ciências e humanidades, não somente no seio da própria bioética (valores e fatos biológicos), mas também ao seu entorno interdisciplinário. Desta maneira a bioética em lugar de consolidar-se como uma disciplina ponte entre diferentes saberes, se transfigura em um espaço de interface que, algumas vezes, se vê apropriado por diferentes campos, os quais adquirem uma roupagem de acordo com seus propositores ou à bioética da moda, fragmentando os pressupostos básicos da bioética e gerando utilitarismos disciplinários; a ponto de existir uma bioética com ênfase normativa, relacionada sobretudo à área do direito, outras de cunho mais filosófico, vinculadas sobretudo a teorias de uma visão da bioética, e outras ainda com ênfase na aplicação da bioética na prática e atendimento em saúde, por exemplo. E, até mesmo uma bioética de cunho religioso, quando vinculada a denominações religiosas específicas. Neste caso, corre-se o risco, como acima mencionado, de que a bioética se transfigure em uma disciplina utilitária, que vise somente justificar quem a apregoa, levando a interpretações e aplicações tendenciosas dela mesma, de acordo com sua vertente de origem. Sendo

1. A prospecção aqui se refere a tomar em conta os resultados das interações que se dão entre os grupos entre si e com seu entorno.

assim, mais que beneficiar a interface característica da bioética que permite o diálogo entre diferentes saberes, podemos nos encontrar circunscritos concomitantemente em um conjunto de interpretações unificadas, muitas vezes divulgadas como verdades absolutas ou saberes definitivos, terminando por distanciar-se dos fundamentos sobre os quais se conformou a aurora da bioética. Um exemplo a esse respeito se dá quando especialistas em bioética predeterminam suas teorias bioéticas (éticas de vida) com base em uma interpretação culturalmente particular do que significa concepção e/ou status moral do ser humano, terminando por propor morais de vida (regras e normas de comportamento de vida) correspondentes a grupos particulares. Neste ponto nuclear encontramos as mais álgidas tensões entre a consideração dos particularismos, dos individualismos e dos universalismos, sendo esta tensão precisamente produto do pressuposto de que os primeiros são possíveis de ser considerados compartilhados entre todos (universalismo). As controvérsias a cerca do aborto nas políticas públicas ou das pesquisas com células tronco são um exemplo. Sem dúvida, a análise da construção discursiva e dos dispositivos de verdade analisada por Foucault adquire todo seu sentido². Neste sentido, a bioética estaria atenta a que os saberes que predominam por diversas causas (dominação econômica, cultural, política, religiosa) não sejam os únicos que se estabeleçam como verdades absolutas em detrimento de qualquer outro saber existente chamado este, um saber sujeitoado (*assujettî*).

Entende-se que o exemplo anterior não é uma prática condizente com a proposta original de Potter, pois, como elo entre ciências e humanidades a bioética não deveria assumir posições setoriais, ideologias, dogmas ou doutrinas, mas, definitivamente abarcar a pluralidade e a diversidade em seu mais amplo sentido, encontrando em todas elas um ponto em comum de convergência; nada mais que a própria definição de ética³. Aqui se encontra a diferença capital entre uma bioética neutra e uma bioética imparcial. A este respeito cabe dizer que desde seu início a bioética se inclina e se cimenta em valores específicos, resultando em que não seja neutra, mas, que busque uma imparcialidade, uma vez que a neutralidade refere-se a um estado de indiferença a qualquer influência de valores e princípios externos ou internos enquanto que a imparcialidade não nega estes princípios e valores, mas, ao mesmo tempo, não os utiliza para favorecer ou prejudicar

2. Para Foucault, o discurso é aquilo que permite que algo seja estabelecido como verdadeiro e que se insere na realidade através de um saber/poder, pois, não há saber sem uma prática discursiva definida. Através deste dispositivo (rede estabelecida entre diferentes elementos, como discurso e prática, por exemplo) os discursos estabelecem a divisão entre verdadeiro e falso, produzem objeto de conhecimento e os domínios do saber sobre estes objetos, tornando real o que inexistia, Michel Foucault, 1976.

3. A ética refere-se, portanto, a uma realidade humana que é construída histórica e socialmente a partir das relações coletivas dos seres humanos nas sociedades onde vivem; Adolfo Sánchez Vásquez, 1997.

qualquer parte envolvida em um determinado fenômeno. Em termos concretos isto significaria não privilegiar nem excluir qualquer valor da vida que estejam envolvidos em uma tomada de decisões (ética de vida). Assim, os princípios que sustentam a bioética seriam aqueles referentes à busca de um ponto em comum a partir de uma diversidade de expressões humanas. Encontramo-nos, portanto, com a edificação de portas ao redor da bioética, contudo, sem haver ainda esboçado suas pontes.

Nesta diferença entre neutralidade e imparcialidade é também onde encontramos a noção de laicidade como uma ferramenta de reflexão para concretizar a proposta bioética de Potter como uma ponte entre ciência e humanidades, tomando em consideração os princípios primeiros e fundamentais da relação entre valores e fatos biológicos. Se bem que este não é o espaço suficiente para resolver a questão da bioética como ponte entre ciências e humanidades, ao menos podemos propor, como objetivo deste artigo, a laicidade como uma ferramenta para resolver - em termos concretos - os problemas que mencionamos anteriormente e que dificultam o exercício da bioética tal e como foi proposta em suas raízes. Em outras palavras este não é o espaço para resolver o problema epistemológico da bioética como ponte entre ciências e humanidades, mas, de propor uma solução concreta ao problema fático da bioética como disciplina de conhecimento e sua aplicação direta no âmbito biomédico.

Bioética e Laicidade

Face às considerações anteriores cabe refletir sobre a laicidade como uma ferramenta que possui todas as condições de contribuir para o exercício ou aplicação de uma bioética que poderíamos chamar Arcaica (do grego *Arché*: primeiro e fundamental). Por sua vez, a laicidade corresponde a uma proposta política que busca fomentar o respeito e a equidade de tratamento para todos, não importando a origem étnica, a crença religiosa, a opção sexual, a posição ideológica, assim como visa garantir a liberdade de expressão, de culto e de consciência, em seu mais amplo sentido, sem imposições; este é o nó górdio da laicidade. Em suma, esta proposta busca não privilegiar aspectos particulares, nem tampouco excluir algum elemento particular (visão, valores, cultura, entre outros). E são estes princípios da laicidade⁴ que a impedem de ser neutra, uma vez que defende estes valores, e, ao mesmo tempo, a potencializa como uma ferramenta que sustenta a imparcialidade. O anterior nos permite pensar que a bioética enquanto

4. A declaração Universal da Laicidade no Século XXI aponta 3 princípios fundamentais, a saber: Respeito à liberdade de consciência e a sua prática individual e coletiva; Autonomia do civil (público) frente ao religioso (sagrado); e Ausência de discriminação direta ou indireta.

disciplina - ao apoiar-se na laicidade como noção que incorpora uma série de princípios na prática política – poderia, em sua prática epistemológica, configurar-se em uma ponte concreta entre ciências e humanidades à medida que sem privilegiar nem excluir valores particulares logra exercer seus objetivos arcaicos. O anterior significa que a prática da bioética se viu emaranhada pela ausência de ferramentas políticas que resultem em práticas imparciais, portanto utilizáveis em qualquer situação, mas, pelo contrário, seja engessada em pugnas político-filosóficas infrutíferas e sem sentido que terminam por favorecer os valores predominantes. Outras reflexões semelhantes discorrem sobre a importância dos direitos humanos para um exercício imparcial das práticas em bioética (9). O mesmo sucede quando discutimos sobre os obstáculos que se encontram na geração de conhecimentos a partir de uma comunicação entre ciências e humanidades.

Esta consideração refletirá a abordagem humanista necessária, por exemplo, quando se examinam casos relativos a direitos sexuais e reprodutivos, conforme já descritos anteriormente no caso da medicalização da bioética aplicada a pessoas intersex (direitos sexuais e identidade) e, ainda, conforme detalharemos mais adiante revisando a questão da despenalização do aborto no Brasil (direitos reprodutivos). Todos estes são temas que nos descrevem claramente a necessária relação entre bioética (enquanto disciplina acadêmica) e laicidade (enquanto ferramenta de convivência), pois tem a ver com questões relativas às diferentes consciências, crenças, valores, entre outras características de todos os grupos humanos (nível de convivência) e suas formas de aplicá-las e decidí-las (campo acadêmico).

A este respeito podemos exemplificar através dos casos comuns de objeção de consciência, cujo nó górdio que citamos anteriormente tem a ver com a maneira como não privilegiar nem excluir uma decisão pessoal (referida a um grupo moral) que exclui ou privilegia modos morais de vida de grupos particulares. Em outras palavras, como poder decidir sem que nossa consciência se veja constrangida e que nossa decisão não seja imposta ou constranja às decisões de consciência dos outros. É aqui onde apelamos à necessidade de uma relação estreita entre bioética e laicidade, independentemente do problema epistemológico que propõe a bioética como disciplina ponte entre as ciências e as humanidades. Como veremos esta relação nos permitirá aceitar - desde âmbitos institucionais da saúde pública - a objeção de consciência sem transgredir a liberdade de consciência de alhures.

Vários autores propuseram uma série de reflexões para estabelecer a laicidade como uma ferramenta de decisão pública e política. Para Roberto Blancarte a laicidade configura um regime social desenhado para garantir a liberdade de crenças e a liberdade de religião (10). O autor afirma que desde o ponto de vista histórico não existe nenhum lugar

onde se pôde garantir a liberdade de religião que não tenha sido em um Estado laico, assim chamado ou não⁵. E, ainda, explica que o Estado laico possui uma série de características que se definem como tal, ou como Estado secular, e, somente neste contexto de Estado laico ou secular é que realmente se desenvolveu e se pôde garantir a liberdade de crenças, as liberdades civis em geral e as liberdades de religião em particular. Na mesma linha da definição anterior, Micheline Milot reitera que a laicidade evoca uma realidade política segundo a qual o Estado não tira sua legitimidade de uma Igreja ou de uma confissão religiosa, mas da soberania do povo (11). No entanto, é preciso compreender que a laicidade não é um evento único e acabado, mas em constante processo de conformação. De maneira geral, se trata de um processo passível inclusive de avanços e retrocessos. Neste sentido, outro importante estudioso da laicidade, Jean Baubérot, nos ensina que, a exceção das teocracias, não existe uma rigorosa separação de países em laicos ou não laicos, mas, existem países mais ou menos laicos, e, ainda, este mesmo país pode ser mais ou menos laico de acordo com os momentos de sua história e dos campos de aplicação da laicidade (12). Pensar a laicidade como ferramenta complementar à Bioética se traduz em pensar no respeito pela diversidade e sua aplicabilidade no que tange às distintas cosmovisões, sem imposição de nenhuma sobre outra. Em suma, as mais importantes reflexões atuais sobre a laicidade insistem em que não existe regime político possível que possa ser exitoso sem que exista uma autonomia das decisões políticas frente a qualquer âmbito religioso ou ideológico-filosófico chamado laico, secular ou qualquer outro (Blancarte)⁶. Ou também, que qualquer decisão que incumba a coisa pública (*respublica*) necessita para sua legitimação a inclusão das decisões livres (se é que são possíveis em termos sociológicos) dos membros que conformam esse espaço público (Milot). Ou ainda mais, que esta autonomia do civil e do religioso, bem como a legitimação da soberania popular não são estáticas, mas necessitam uma constante contextualização geo-histórica do mundo em que se vive (Baubérot). Os autores citados em alguma medida insistem em sua preocupação de incluir a diversidade cultural nas decisões coletivas, ou seja, que inclua, não privilegie e não discrimine a ninguém (nó górdio). Sendo assim, a laicidade, mais que uma ideologia ou um dogma é uma ferramenta possível para facilitar

5. Veja-se o caso de Inglaterra e Dinamarca que não somente não são Estados chamados laicos, sendo que cada um se define como Estados Confessionais (Cf. Cristianismo reformado), não obstante suas políticas públicas diferenciam entre decisões civis tratando de incluir todas as crenças e ideologias possíveis sem favorecer a nenhuma, inclusive a confissão do Estado.

6. Não é espaço aqui para fazer a distinção entre secular e laicidade, bastando dizer que o primeiro é um princípio de organização societal (diferenciação de esferas de convivência) e o segundo é um princípio de organização política (autonomia de poderes civis e religiosos). Conforme Gaytán Alcalá F, Fortes Rivas MC (coord) Democracia cristiana, cultura política y gobernanza. México, DF: Arkhé Ediciones, 2010. p.119-144.

os intercâmbios entre os grupos e gerar uma *con-vivência* o mais harmoniosa possível. Sem dúvida, muitas reflexões e análises faltam por ser levadas a cabo para institucionalizar, formalizar e normalizar um diálogo entre culturas. Porém, para o problema que nos compete, a laicidade é uma ferramenta necessária, momentaneamente, desde o espaço público para fornecer os referentes necessários para uma possível normatividade institucional de convivência nos espaços públicos de interação, contudo, ainda assim não suficiente para a convivência da vida cotidiana em seu conjunto.

Implicações da laicidade relativas ao âmbito da saúde pública

Do ponto de vista prático, estas questões se refletem quando, por exemplo, discutimos temas polêmicos cujas definições são permeadas por crenças particulares, como a questão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos já citada anteriormente. Pensar o aborto desde um referencial bioético implica necessariamente em ter como ponto central o não alinhamento com uma ou outra doutrina, filosofia ou crença em particular, mas de maneira que os pontos comuns sejam contemplados (ética) e as liberdades de consciência respeitadas (laicidade). Entretanto, percebe-se em distintas esferas a defesa de argumentações pessoais, disfarçadas de normativas éticas e sua consequente imposição aos outros. Aqui abordamos mais o tema das morais ou moralismo do que o tema da ética em si mesma. Portanto, pensar na questão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos desde uma perspectiva laica em bioética permite a consideração pela diversidade e a não imposição, mas, muito antes pelo contrário, a possibilidade de escolha desde o referencial de liberdade de consciência de cada pessoa. Esta abordagem de uma bioética em consonância com a laicidade se aplica também a outros temas abarcados pela bioética, como questões de comunidades autóctones, distintas formas de discriminação, preferências religiosas, entre outras. Pensar nestes temas em consonância com a laicidade significa considerar a diversidade e tratar de estabelecer políticas públicas que contemplem esta diversidade, sem discriminação.

Contudo, vale lembrar que a existência de garantias constitucionais de um Estado laico ou secular, na prática não tem garantido o exercício da laicidade. No caso do Brasil, por exemplo, embora a separação Estado-Igreja exista desde o estabelecimento da República em 1889 e do *decreto presidencial A-119* (13), a influência religiosa sobre decisões que afetam a toda a sociedade é notória. Como exemplo do anterior podemos citar a discussão sobre a despenalização do aborto no país. Com o objetivo de cumprir um dos pontos previstos no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2005 o governo

brasileiro constituiu uma Comissão Tripartite para a discussão sobre a descriminalização do aborto no país, composta por representantes dos Poderes Executivo e Legislativo, organizações da sociedade civil e do movimento de mulheres. No entanto, desde que o governo anunciou a intenção de discutir o tema, no início de 2005, representantes da sociedade, como segmentos da Igreja Católica e até mesmo o procurador-geral da República na época manifestaram-se contrários, conforme reportagem do jornal Folha de São Paulo em 08 de março de 2005, não por acaso Dia Internacional da Mulher (14). Causa surpresa a informação contida na reportagem de que na mesma semana seria definida qual a entidade religiosa acompanharia a discussão. A Secretaria de Políticas para as Mulheres propôs o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs (CONIC) que reúne igrejas católicas, cristãs e evangélicas. Por sua vez, a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) reclamou ao presidente Lula por ter se sentido excluída do debate. Contudo, a então ministra Nilcéa Freire, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, afirmou que todos seriam ouvidos, mas que o Estado brasileiro é laico.

Este exemplo ilustra claramente o quanto a garantia constitucional não é o único balizador da laicidade, embora esta sofra influência direta do regime laico do Estado. Além disso, as próprias contradições existentes reiteram os avanços e retrocessos que permeiam este processo de laicização do Estado. Dois pontos chamam particularmente atenção quanto aos fatos reportados acima. O primeiro questionamento seria quanto à por qual razão as denominações religiosas deveriam acompanhar oficialmente a discussão. O outro diz respeito ao fato de pensar em denominações religiosas a partir de um recorte cristão, quando existem inúmeras outras denominações religiosas não cristãs, espiritualidades, filosofias, crenças e inclusive não crenças que configuram a pluralidade nacional com relação a questões espirituais. E, dentro desta perspectiva, um Estado laico visando contemplar a todas as crenças e não crenças, não deve privilegiar a nenhuma. Desde a perspectiva legislativa, esperava-se que manifestações e preferências pessoais não consistissem no carreador dominante das discussões sobre o *Projeto de Lei (PL) n. 1.135 de 1991*, sobre a descriminalização do aborto no país. Contudo, em 2008 o PL foi rejeitado tanto na Comissão de Seguridade Social e Família (CCSF) quanto na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados (15). Embora tenham sido realizadas três audiências públicas no ano de 2007 visando escutar opiniões de especialistas para subsidiar a discussão do assunto, prevaleceram posicionamentos restritivos às liberdades de consciência, ou seja, à laicidade.

Seguindo a mesma linha do exposto anteriormente, em 2004 foi ajuizada ação pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), visando à

descriminalização da antecipação do parto em caso de gravidez de feto anencéfalo, com base na ofensa à dignidade humana da mãe, prevista no *artigo 5º da Constituição Federal*. Mais uma vez, por se tratar de tema controverso, o mesmo foi objeto de audiências públicas realizadas em 2008 no Supremo Tribunal Federal e 2009 na Câmara dos Deputados, onde além da participação de representantes do governo e de especialistas da área da saúde e da sociedade civil também foram convidados representantes de algumas entidades religiosas, tais como Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), Igreja Universal, Federação Espírita Brasileira (FEB) e Conselho Nacional de Pastores do Brasil (CFPB) (16,17). Novamente se percebe que a intenção de escutar diversos segmentos da sociedade e entidades religiosas é genuína, contudo, discriminatória com relação à diversidade religiosa existente no país. Neste caso, o argumento de maioria não é aplicável, pois a diversidade se conjuga precisamente pela variabilidade e não pela quantidade.

Outro exemplo da influência da religião em assuntos públicos foi a repercussão da opinião dos candidatos à presidência da república nas últimas eleições de 2010 com relação à descriminalização do aborto. Algumas declarações dos candidatos mobilizaram a sociedade de maneira desmedida. É inadmissível que em um país onde existe formalmente a separação Estado-Igreja uma questão de saúde pública como a descriminalização do aborto seja pautada por posicionamentos religiosos ou preferências pessoais de dirigentes ou futuros dirigentes. Ainda mais grave é o fato da repercussão deste assunto poder influenciar na escolha dos candidatos por parte dos cidadãos, ainda que seja uma minoria deles.

Com base nos fatos acima descritos, percebe-se claramente que as políticas públicas seguem sendo discutidas e, em certas ocasiões até mesmo estabelecidas, sem considerar a diversidade em termos de liberdade de consciência; e, ainda, algumas vezes privilegiando visões majoritárias. Neste sentido, a discussão e o enfrentamento de temas polêmicos ou conflituosos, tais como os citados anteriormente, que envolvem direitos sexuais e reprodutivos e que, portanto envolvem a ética da vida (bioética), muito se beneficiaria se assumisse a imparcialidade necessária para incluir a todas as liberdades de consciência, crenças e não crenças, sem imposição de nenhuma sobre outra (laicidade). Desde uma perspectiva prática, a despenalização do aborto, por exemplo, se sustenta a partir do princípio de a decisão de realizar ou não um aborto é uma decisão pessoal, de acordo com a consciência de cada indivíduo, e, esta liberdade de consciência de cada um deve ser respeitada. Ao discutir a despenalização do aborto dando voz a opiniões de apenas alguns setores da sociedade se está privilegiando esta visão de apenas alguns

grupos, geralmente dominantes, e ainda, favorecendo a imposição de visões particulares sobre a totalidade dos membros de uma sociedade que por si é diversa, conforme discutido anteriormente neste artigo. Não existe justificativa para a imposição de uma determinada crença ou não crença ao outro. Portanto, sendo o aborto um dos temas mais debatidos no campo da bioética, entende-se ser urgente a incorporação da laicidade enquanto ferramenta fundamental a esta discussão.

Buscando resgatar a bioética enquanto ponte entre ciências e humanidades podemos considerar a laicidade como importante ferramenta capaz de auxiliar na reconstrução desta ponte, uma vez que a laicidade pode aportar humanismo à bioética, pois necessariamente evoca conteúdos socio-político-culturais, que se referem a direitos fundamentais de todos os seres humanos, além de que também se baseia em princípios ou valores. Ou seja, a abordagem dos conflitos aos quais a bioética se ocupa desde uma perspectiva em conexão com a laicidade permite levar a cabo uma bioética imparcial, não necessariamente neutra, uma vez que defende valores, mas, uma bioética que permita a reflexão e a tomada de decisões sobre questões envolvendo a ética da vida de maneira a contemplar a diversidade de crenças, não crenças, opções sexuais, ideológicas, entre outras liberdades de consciência. E, sobretudo, a laicidade, ao defender a não imposição de crenças ou não crenças aos outros, evoca a promoção do diálogo e da negociação de espaços e decisões que contemplem além dos fatos biológicos, a diversidade social, política, econômica, cultural, religiosa, espiritual entre outras, favorecendo a construção de uma verdadeira ponte entre ciências e humanidades.

Referências

1. Potter, VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
2. Jahr F. Bio=Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze. Kosmos 1927; 24:2-4.
3. Dilthey W. Teoría de la concepción del mundo. México: FCE; 1954.
4. González-Valenzuela J. ¿Que ética para la bioética? In: González-Valenzuela J, coordinadora. Perspectivas de bioética. México: Fondo de Cultura Económica; 2008. p.9-50.
5. Weber PR. Ciência y técnica: ¿hacia un nuevo humanismo bioético? In: El desafío de la bioética. Río AA, Weber PR, coordinadoras. México D.F: Fondo de Cultura Económica; 2009. p. 15-28.
6. Clotet J. A bioética: uma ética aplicada em destaque. In: Caponi GA, Leopardi MT, Caponi SNC. A saúde como desafio ético. Florianópolis: Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde; 1994. p.115-129.

7. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. 2 ed. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2004. p.11-24.
8. Sádaba J. Principios de Bioética Laica. Barcelona: Gedisa; 2004. p.37-47.
9. Tealdi JC. Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana. México DF: UNAM; 2008.
10. Blancarte R. Laicidad y Bioética. In: Aspectos sociales de la bioética. Soberón G, Feinholz D, compiladores. México D. F.: Comisión Nacional de Bioética; 2009. p.53-70.
11. Milot M. La laïcité. Ottawa: Novalis; 2008.
12. Baubérot J. Historia de la laicidad francesa. México: Zinacantepec; 2005.
13. Corrêa da Costa ME. Apontamentos sobre a liberdade religiosa e a formação do Estado Laico. In: Lorea RA, organizador. Em defesa das Liberdades Laicas. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2008. p.97-116.
14. Lage J. Grupo começa a discutir descriminalização do aborto neste mês. Folha OnLine. 2005 Mar 8; Cotidiano. [citado em 2010 jul. 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u106512.shtml>.
15. Câmara dos Deputados [Internet]. Brasília (DF): Projetos de lei e outras proposições. c1997 – [citado em 2010 fev. 02]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=16299.
16. STF retoma audiência pública sobre fetos anencéfalos – Tribunal deverá decidir se autoriza a interrupção desse tipo de gravidez ainda neste ano. Estadão.com.br. 2008 Mar 27; Saúde. [citado em 2010 dez. 02]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,,231870,0.htm>.
17. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. c2009 – [citado em 2010 dez. 02]. Aborto de fetos anencéfalos é discutido em Audiência Pública na Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/aborto-de-fetos-anencefalos-e-discutido-em-audiencia-publica-na-camara-dos-deputados>.

Resenha de livros

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

Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas

Junges JR, Garrafa V, organizadores.

São Paulo: Edições Loyola / São Camilo; 2011.

ISBN 978-85-15-03837-4

A solidariedade e o cuidado no contexto da bioética – homenagem à bioeticista Lucilda Selli

A professora, pesquisadora e bioeticista Lucilda Selli nasceu em 15 de agosto de 1959 em São Valentim do Sul (RS), em um ambiente familiar com tradição católica italiana. Aos 12 anos decidiu se entregar à vida religiosa na Congregação de São Camilo (instituição ligada a trabalhos em hospitais), onde se dedicou a cuidar dos doentes por vários anos no Hospital São Camilo (Esteio/RS) até sua graduação em Enfermagem, em 1991, pela Universidade do Vale do Rio Sinos (Unisinos), na cidade de São Leopoldo, e na qual foi convidada a lecionar no curso de Enfermagem. Após concluir seu mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, no ano de 1997 – com a dissertação *Beneficência, autonomia e justiça como princípios bioéticos: implicações para o fazer da enfermagem*, reveladora de sua busca pelas respostas de suas inquietudes na área acadêmica –, foi para a Universidade de Brasília (UnB) seguir o 1º. Curso de Especialização em Bioética oferecido no país, entre agosto de 1998 e dezembro de 1999. Seu trabalho final teve por título *Solidariedade: um caminho para o conflito moral*.

Na UnB prosseguiu realizando o doutorado em Ciências da Saúde (com Área de Concentração em Bioética) entre os anos 2000 e 2002, concluindo-o com a tese *Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico*, sob a orientação do professor Volnei Garrafa. A parte prática de seu estudo foi desenvolvida no Instituto Nacional do Câncer (Inca), na cidade do Rio de Janeiro, onde estudou o trabalho voluntário de diferentes grupos e entidades.

Escreveu e publicou muitos artigos em revistas científicas nacionais, além do livro *Bioética na Enfermagem*. A professora Selli também foi membro dos conselhos editoriais de

vários periódicos, tais como o da *Revista Brasileira de Bioética*, da revista *Psicologia e Sociedade*, da *Bioética do Conselho Federal de Medicina* e da *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Como pesquisadora, atuou no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos e na Cátedra Unesco de Bioética da UnB.

Seus últimos trabalhos abordaram o tema da solidariedade e da humanização no ato de cuidar. Diagnosticada com um câncer, lutou bravamente contra a doença e se fortaleceu ainda mais espiritualmente, não desistindo de seus ideais até seus últimos dias de vida. A professora Lucilda faleceu precocemente em 25 de maio de 2009, sem sequer ter atingido os 50 anos de vida.

O livro *Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas*, organizado pelos professores José Roque Junges (Unisinos) e Volnei Garrafa (UnB), é uma homenagem histórica ao legado acadêmico deixado por Lucilda Selli. Certamente servirá de referência para os leitores e estudiosos interessados na bioética, na solidariedade e no cuidado, estimulando reflexões e o aprofundamento do assunto de maneira cativante e com linguagem acessível. Ele foi lançado durante o 9º. Congresso Brasileiro de Bioética realizado em Brasília em setembro de 2011, tendo a chancela das Edições Loyola e da Universidade São Camilo.

O livro é dividido em duas partes. Na primeira são resgatados alguns dos principais artigos publicados pela pesquisadora, ao longo de sua vida acadêmica, em revistas científicas nacionais reconhecidas. A segunda parte apresenta uma série de capítulos especialmente produzidos em sua memória por um grupo de reconhecidos bioeticistas brasileiros, que também foram seus amigos pessoais.

A primeira parte contém seis dos principais artigos publicados por Lucilda Selli com diferentes parceiros, especialmente seu antigo orientador, Volnei Garrafa, e seu grande amigo e colega da Unisinos, José Roque Junges. Os artigos selecionados foram os seguintes:

(1) *Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico* – que é a base de sua tese de doutorado e propõe que a solidariedade crítica seja incorporada aos estudos bioéticos, tornando-se um instrumento para as pessoas e associações na prática voluntária. Com relação ao voluntariado orgânico, a fundamentação epistemológica do artigo (extraído da tese doutoral da autora) se baseia na proposta de Antonio Gramsci, assentada no comportamento dos intelectuais que, segundo o autor italiano, ou são orgânicos às classes dominantes ou aos grupos dominados.

(2) *Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária* - baseia-se nas práticas da solidariedade e do voluntariado sob três perspectivas: a) aproximação da solidariedade em um enfoque histórico, buscando sua gênese e suas

características principais; b) identificação do voluntariado ao longo do tempo, destacando o processo que deu origem à atividade voluntária no Brasil, enfatizado sua importância social; c) proposta da solidariedade crítica e do voluntariado orgânico, como mecanismos de ação interventiva e transformação societária.

(3) *Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética* - descreve a percepção dos voluntários sobre os verdadeiros beneficiários do trabalho voluntário no setor de saúde hospitalar e a influência que o tema dos benefícios exerce sobre suas motivações.

(4) *Presença feminina na atividade voluntária: uma leitura a partir da bioética* - trata do significado atribuído à presença feminina majoritária em associações voluntárias. A idéia dessa pesquisa surgiu durante o doutorado de Lucilda Selli, que teve como objetivo conhecer as motivações para o exercício do voluntariado e propor a solidariedade crítica como valor no campo da bioética e como referência aos que exercem a atividade voluntária. A atividade voluntária é interpretada como um exercício eminentemente feminino, tendo relação direta com as próprias construções de voluntariado que pautaram a história.

(5) *O cuidado na resignificação da vida diante da doença* - aborda o papel do cuidador profissional ante a necessidade de resignificação da vida de pessoas acometidas por doenças. Aponta a reflexividade da cultura humanista integrada ao conhecimento científico como elemento que faz frente ao modelo hegemônico em saúde, qualificando o modo de fazer as ações em saúde e influenciando na sua resignificação.

(6) *Dor e sofrimento na tessitura da vida* - é um texto que confronta autores dedicados ao tema e à compreensão das pessoas a partir da vivência de dor e sofrimento, abordando a importância da apropriação pessoal da situação para o enfrentamento da vulnerabilidade e construção da identidade pessoal. Aponta que a capacidade de atribuir um sentido para a vivência, ancorada pela relação interpessoal, fortalece e ajuda as pessoas a fazerem frente ao problema.

A segunda parte do livro é composta por nove capítulos escritos por colegas que conheceram e conviveram com Lucilda Selli e decidiram homenageá-la com esta obra. São eles:

(1) *Bioética na enfermagem: um tributo à Lucilda Selli* - por Elma Zoboli, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Destaca os temas abordados pela pesquisadora e os que mais lhe fascinaram, como seu primeiro livro que investiga a interface entre a enfermagem e bioética, fundamentado na tríade principialista: autonomia, beneficência e justiça. Resgata que este foi um dos primeiros livros a tratar de questões da bioética aplicada à enfermagem na prática cotidiana, abordando ainda os problemas éticos na

relação desses profissionais da saúde com os doentes.

(2) *Entre o comércio do corpo, a solidariedade crítica e o voluntariado orgânica* – por Volnei Garrafa, da Cátedra Unesco e Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Trata-se de um texto que foi apresentado em um seminário internacional desenvolvido na cidade de Prato, província da Toscana, Itália, em 24 de abril de 2004 e que teve por tema “Doação, sangue e circulação social: as sociedades multiculturais como ambiente de experimentação”. O autor analisa a doação de sangue de forma voluntária e altruísta entre indivíduos de culturas diferentes, relatando casos de italianos que receberam doações de sangue de africanos, criando uma possível aproximação entre estes indivíduos.

(3) *O poder do diálogo e o engajamento das pessoas comuns* – por Fermin Roland Schramm, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. Aborda os temas do poder, do diálogo e da democracia, partindo do princípio de que a democracia participativa pode ser alcançada por meio do empoderamento do cidadão e seu pleno exercício do poder.

(4) *Desumano, demasiadamente desumano* – por José Eduardo de Siqueira e Marcos Liboni, ambos da Universidade Estadual de Londrina, no Paraná. Os autores discutem temas como o excesso e o acesso de informações disponibilizadas pelos canais virtuais, que minimizam o interesse dos indivíduos por relações pessoais presenciais e levando-os a aderirem à relações virtuais, gerando isolamento, individualismo, solidão, consumismo, impulsividade e a desconstrução do ser humano como indivíduo social.

(5) *Direitos humanos: a conquista ética do século XX* – por Dora Porto, editora executiva da Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina. A autora analisa os direitos humanos como prerrogativas intrínsecas e inalienáveis pertencentes a todos da raça humana, descrevendo a evolução histórica das conquistas desses direitos por meio de lutas individuais e coletivas.

(6) *Biopoder, biotecnologia e justiça* – por José Roque Junges, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. No capítulo, o autor descreve a relação do homem com o meio ambiente, enfatizando as conquistas de territórios como forma de delimitar fronteiras, domínio e poder, afirmando que as biotecnologias fomentadas pelo mercado fortalecem ainda mais o biopoder.

(7) *Vida e morte: uma questão de dignidade* – por Léo Pessini, do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Aborda a finitude da vida e a necessidade de reflexão precoce sobre esse momento inusitado e inesperado que traz temor ao corpo, alma e espírito. Perpassando por casos verídicos, de pessoas que adotaram em seus últimos momentos de vida atitudes de autonomia e que puderam escolher como gostariam de passar por este

momento, o autor trabalha os temas da eutanásia e dos tratamentos de manutenção da vida em doentes em estado vegetativo.

(8) *Aprender dos erros em serviços de saúde: uma aproximação bioética* – por Márcio Fabri dos Anjos, do Centro Universitário São Camilo. Discorre sobre o aproveitamento dos erros como espaço de aprendizagem na área da saúde, considerando que estes são em sua maioria irreversíveis, o que torna o tema extremamente delicado. Discute também a necessidade de se desenvolver a habilidade técnica para esse exercício e a importância do enfoque bioético nos diferentes aspectos implicados no aprendizado dos erros.

(9) *Alocar e priorizar recursos escassos nos serviços de saúde: uma breve reflexão bioética* – por Paulo Antônio de Carvalho Fortes, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O autor aborda a alocação de recursos no campo da saúde e sobre como tomar decisões priorizando a sua escassez no cotidiano das diferentes atividades. A partir da complexidade verificada no campo da atenção à saúde, discute a importância de considerar o valor ético e moral de decisões que afetam diretamente as pessoas e instituições envolvidas.

Trata-se de uma obra construída coletivamente, com esmero e inegável qualidade acadêmica e literária, com um carinho transbordante com relação à homenagem e que daqui para frente deverá fazer parte obrigatória das bibliotecas dos estudiosos da bioética ou daqueles que se interessem pelo assunto.

Sheila Pereira Soares

Hospital Regional de Taguatinga e Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
guimelodf@bol.com.br

Atualização científica

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

Etzioni A. Authoritarian versus responsive communitarian bioethics.

Journal of Medical Ethics. 2011; 37:17-23.

Comunitarismo responsivo: uma resposta bioética ao autoritarismo.

O comunitarismo baseia-se nas normas da comunidade e da autoridade enquanto o liberalismo defende a autonomia individual. O ocidente, por exemplo, valoriza mais a autonomia. Já as nações do leste asiático defendem o comunitarismo. No meio dos dois, nasce o conceito de comunitarismo responsivo que leva em consideração tanto a autonomia do indivíduo como o bem comum social; neste contexto, surge um novo tipo metodológico que defende múltiplos valores em lugar de afirmar que um determinado valor anula os outros.

O comunitarismo responsivo pretende equilibrar a autonomia e a preocupação com o bem comum, sem privilegiar nenhum dos princípios fundamentais da ética. Ele busca amparo nos valores sociais (controles informais, persuasão e educação) e minimiza o controle do Estado (força da lei), podendo ter um tratamento diferenciado de uma sociedade para outra. Por exemplo, sociedades totalitárias como as de Singapura e do Irã utilizam o comunitarismo para promover a autonomia individual, ao passo que sociedades nas quais o individualismo é predominante se valem dele para promover o bem comum.

A medicina ocidental é não-comunitária uma vez que para ela o paciente, ou seja, o indivíduo, é o centro de toda a atenção. Dificilmente se encontra um bioeticista no ocidente que se considere um comunitarista; verificou-se que bioeticistas americanos consideram a autonomia do indivíduo como valor supremo. Joseph Fletcher (1905-1991), pioneiro da bioética nos Estados Unidos, afirmava que a bioética está baseada na ideia da escolha pessoal como o mais alto valor moral. Neste contexto, o comunitarismo é visto como posição oposta ao foco na autonomia. Por sua vez, Lowrence Costin, professor e diretor do *O'Neill Institute of National and Global Health Law*, da Universidade de Georgetown, Estados Unidos, define o comunitarismo como tradição que vê o indivíduo como parte de um grupo social regulamentado que serve para prevenir riscos comuns.

As generalizações introduzidas pela bioética liberal, como, por exemplo, a

indicação de que doentes podem instruir seus médicos a não exporem suas condições de saúde a terceiros; pacientes podem assinar um termo de não-reanimação e outras, são atitudes compreendidas como oposição ao comunitarismo, o qual pode sugerir que a família instrua o médico a não revelar ao paciente sua condição terminal, podendo ordenar a continuidade do tratamento, dentre outras indicações. Estas posições seriam formas de comunitarismo autoritário. Em contrapartida, a proposta do comunitarismo responsivo é a de atuar na busca de solução de conflito entre o paciente e a família.

No entanto, muitos teóricos acreditam que a solução ética, nesses conflitos, é o não abandono da autonomia, a qual deve ser levada em consideração dentro do contexto da ética comunitária. Daniel Callahan, bioético estadunidense, define comunitarismo bioético como a procura da mistura do julgamento cultural com o julgamento pessoal, Gilbert Meilaender, professor norte-americano de ética cristã, acredita que, ao lado das conversações legais, nós precisamos das conversações morais.

Sociedade (comunidade) versus Estado

Segundo o comunitarismo responsivo, quanto mais a sociedade se apoiar nas normas e não nas leis, quanto mais se apoiar na educação pública, na persuasão moral, nos controles informais e não na força policial, melhor ele será. O comunitarismo responsivo reconhece que há condições sob as quais o Estado deve intervir, contanto que seja como último recurso, como, por exemplo, no surgimento de doenças contagiosas. Por outro lado, pondera a questão do individualismo, quando a excessiva preocupação com a autonomia e o descaso com o bem comum têm levado o foco para conquistas individualistas no sistema de saúde, podendo prejudicar grande parcela da população. Pelo exposto, o comunitarismo responsivo propõe a análise de cada caso como forma de democratizar as decisões.

Na atualidade, o conceito de comunidade não se restringe a um lugar geográfico, mas a termos como etnia, orientação sexual ou religião. Comunidade pode ser considerado como algo que abrange vários locais, independentemente das fronteiras nacionais. As pessoas são condicionadas ou influenciadas pelas normas de várias comunidades. A família é uma pequena comunidade.

Alguns bioeticistas sugerem que o indivíduo adulto e autônomo pode fazer suas próprias escolhas. Em contrapartida, John Hardwig, professor emérito do Departamento de Filosofia da Universidade de Tennessee, nos Estados Unidos da América, vai além do comunitarismo responsivo, afirmando que os interesses do paciente e da família

têm moralmente o mesmo peso, e ser parte da família significa ter o direito de tomar decisões que levam em conta o que é melhor para todos. Segundo Hardwig, os interesses do paciente podem conflitar com os interesses dos demais membros da família, mas é preciso tentar harmonizar os diferentes interesses.

Quando o comunitarismo se voltou para as comunidades globais, surgiu a indagação sobre os valores comunitários que deveriam prevalecer. Muitas questões têm sido debatidas, desde a circuncisão até os testes de drogas. Podemos observar uma dupla abordagem combinando o respeito pela autonomia cultural e a preocupação com um bem comum global. O mesmo se aplica a problemas intergrupais que surgem quando cultura, valores e leis nacionais conflitam com a cultura, os valores e os hábitos de grupos de imigrantes que são membros de uma sociedade maior.

Ezekiel Emanuel, diretor de bioética dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos (NIH), salienta que os critérios quanto ao interesse do paciente são afetados pelo que uma determinada comunidade considera uma boa vida ou vida de qualidade. Esta solução deriva do comunitarismo, segundo o qual os problemas éticos só podem ser resolvidos quando se aceita uma concepção pública da boa vida, rejeitando-se a concepção do bem particular do utilitarismo. Emanuel é favorável a que se permita a cada sociedade determinar seu próprio conceito de boa vida pelas seguintes razões: a) é impossível responder a esta questão em bases neutras; b) nós somos uma sociedade pluralista e por isso devemos respeitar os valores de vários grupos de membros, como por exemplo os judeus ortodoxos e a comunidade homossexual. Esta posição é bem de acordo com a posição comunitária, no entanto levanta a questão se há espaço para critérios e políticas comuns nacionais e transnacionais. A resposta é a adversidade com unidade.

Três posições foram apresentadas no artigo como se fossem campos separados: os fortes defensores da autonomia (libertários, mas também alguns liberais clássicos), os comunitários autoritários e os comunitários responsivos. Todavia, há gradações em cada campo e entre os campos. Um volume de textos encomendados pelo Conselho de Bioética da Administração do ex-presidente dos Estados Unidos George Bush contém várias nuances de posicionamento, embora a maior parte tenha sido escrita por conservadores que se inclinaram na direção do comunitarismo autoritário. A maioria dos autores considerou imorais as escolhas que conflitam com suas visões de dignidade humana (decisão sobre aborto, interrupção de serviço médico, entre outros). Mesmo os liberais e os comunitários responsivos justificaram a exclusão de algumas escolhas, como o comércio de alimentos que contém substâncias cancerígenas, por exemplo.

No contexto histórico, temos que buscar sempre o equilíbrio do comunitarismo responsivo. Desta forma, os comunitaristas responsivos devem se preocupar com os

procedimentos e critérios éticos que permitam trabalhar as decisões pessoais e as políticas públicas face aos valores conflitantes. O principal procedimento do comunitarismo responsivo é o diálogo moral. Um exame dos processos de construção de consenso mostrou que as preferências e os julgamentos individuais são largamente influenciados pela comunicação interativa sobre valores, isto é, por meio de diálogos morais que combinam paixão com argumentos normativos e se baseiam em processos de persuasão, educação e liderança. Os diálogos morais estão focados mais em valores do que em fatos. O diálogo moral comunitário difere significativamente das deliberações racionais.

Outra forma para resolver conflitos entre a autonomia e o bem comum é levar as questões à justiça. Porém esses temas e outras considerações bioéticas são os primeiros argumentos para um diálogo moral, que podem ser tratados por comitês éticos de hospital ou conselhos de ética. Há casos com impacto adverso que surgem com a adoção de determinada lei ou política, quando a autonomia necessita ser freada em prol de um mínimo de bem comum. O comunitarismo responsivo sugere que a autonomia pode ter o direito de se apoiar em direção oposta se os ganhos do bem comum forem substanciais e o sacrifício da autonomia mínimo, como, por exemplo, no caso de doação de órgãos.

Este artigo limita a discussão a dois importantes valores - direitos individuais e direitos comunitários - uma vez que eles definem as principais diferenças entre liberais, comunitaristas autoritários e comunitaristas responsivos. Contudo, os julgamentos bioéticos obviamente podem colocar valores adicionais aos quatro valores frequentemente citados por bioeticistas: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Princípios estes que, embora não abarquem todas as questões éticas globais, podem ser utilizados como *prima facie*, provisórios enquanto o debate acontece.

No Brasil as chamadas consultas públicas podem ser consideradas uma forma de comunitarismo responsivo, visto que a comunidade é convidada a se posicionar sobre determinados assuntos de seu interesse, contribuindo e auxiliando na elaboração de normas e políticas públicas. O debate público possibilita a instauração da ampla comunicação social, o intercambio de ideias, valores e informações, criando um ambiente politizado, que é defendido pelas correntes mais politizadas e academicamente mais rigorosas da bioética latino-americana.

Albany Ossege

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

ossege@terra.com.br

Documentos

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

Apresentação

Durante vários meses, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) discutiu a Resolução número 441 que normatizou e regularizou o funcionamento de biobancos no país, sendo a mesma aprovada na sua 221ª. Reunião Ordinária realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2011. O conteúdo da Resolução está reproduzido abaixo e, sem dúvida, trouxe avanços significativos para o setor e para a própria saúde pública brasileira. O teor da mesma foi exaustivamente discutido em uma das Reuniões Especiais promovidas durante o IX Congresso Brasileiro de Bioética realizado em Brasília e que teve por título específico *Biobancos – aspectos éticos e jurídicos*, com participação dos seguintes profissionais ligados ao tema: José Claudio Casali da Rocha (Instituto Nacional do Câncer – Inca, Rio de Janeiro), Gabriela Marodin (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Natan Monsores (Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília) e Genoveva Keyeux (Universidade Nacional da Colômbia e Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO).

Volnei Garrafa

Editor-chefe da Revista Brasileira de Bioética.

Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 441, de 12 de maio de 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando a necessidade de atualizar a complementação da regulamentação da Resolução CNS no 196/96 no que diz respeito ao armazenamento e à utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa;

Considerando a importância da utilização de material biológico humano para o desenvolvimento das ciências da saúde;

Considerando os subsídios advindos do Sistema EP/CONEP e a experiência acumulada na análise dos projetos de pesquisas que envolvem material biológico humano;

Considerando a necessidade de ser observada a proteção dos Direitos Humanos, das liberdades fundamentais e do respeito à dignidade humana na coleta, depósito, armazenamento, utilização e descarte de material biológico humano, resolve:

Art. 1o Aprovar as seguintes diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores:

1. Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

I - Biobanco: coleção organizada de material biológico humano e informações associadas, coletado e armazenado para fins de pesquisa, conforme regulamento ou normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob responsabilidade e gerenciamento institucional, sem fins comerciais;

II - Biorrepositório: coleção de material biológico humano, coletado e armazenado ao longo da execução de um projeto de pesquisa específico, conforme regulamento ou normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob a responsabilidade institucional e sob o gerenciamento do pesquisador, sem fins comerciais;

III - Material Biológico Humano: espécimes, amostras e alíquotas de material original e seus componentes fracionados;

IV - Projeto de Pesquisa: documento em que é descrita a pesquisa em seus aspectos fundamentais, incluindo informações relativas ao sujeito da pesquisa, detalhamento a respeito dos métodos que serão utilizados para a coleta e tratamento das amostras biológicas, qualificação dos pesquisadores e instâncias responsáveis;

V - Protocolo de Desenvolvimento: documento no qual são definidos a constituição de um Biobanco, seus responsáveis e seus aspectos fundamentais, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser utilizado; as informações relativas ao sujeito e às amostras; e as etapas de coleta, processamento, armazenamento, distribuição e descarte de material biológico humano; e

VI - Sujeito da pesquisa: aquele que, de forma esclarecida, livre e autônoma, consente em participar de pesquisas, atuais ou potenciais, associadas ao armazenamento de material biológico humano em Biorrepositório ou Biobanco.

2. Sempre que houver previsão de armazenamento de material biológico humano, no País ou no exterior, visando à possibilidade de utilização em investigações futuras,

além do cumprimento dos requisitos da Resolução CNS no 196/96 e complementares, devem ser apresentados:

I - justificativa quanto à necessidade e oportunidade para utilização futura;

II - consentimento do sujeito da pesquisa, autorizando a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do material biológico humano;

III - declaração de que toda nova pesquisa a ser realizada com o material armazenado será submetida para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e

IV - regulamento aprovado pela instituição depositária destinado à constituição e ao funcionamento do banco de material biológico humano.

3. No caso de Biobanco:

I - o Regulamento corresponde ao seu Protocolo de Desenvolvimento, devendo ser primeiramente analisado pelo CEP institucional ou por CEP indicado pela CONEP e, quando aprovado, ser necessariamente avaliado e receber parecer final da CONEP;

II - o Protocolo de Desenvolvimento é necessário para o credenciamento do Biobanco, devendo ser apresentado no momento de sua proposição e avaliado de acordo com os prazos de tramitação estabelecidos no Sistema CEP/CONEP; e

III - o Biobanco deve conter um sistema seguro de identificação, que garanta o sigilo, o respeito à confidencialidade e à recuperação dos dados dos sujeitos da pesquisa, para fornecimento de informações do interesse destes ou para a obtenção de consentimento específico para utilização em nova pesquisa;

IV - quando houver alteração da titularidade da responsabilidade pelo Biobanco, tal fato deve ser prontamente comunicado ao Sistema CEP/CONEP; e

V - os Biobancos estão sujeitos à inspeção sanitária pelos órgãos competentes.

4. No caso de Biorrepositório, as condições associadas ao armazenamento de material biológico humano devem estar explicitadas no Projeto de Pesquisa respectivo, devendo seu Regulamento ser apreciado pelo CEP institucional ou por CEP indicado pela CONEP e, quando for o caso, pela CONEP, segundo atribuições definidas na Resolução CNS no 196/96 e complementares.

5. O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito, armazenamento e utilização de material biológico humano em Biobanco é formalizado através de TCLE, por meio do qual o sujeito da pesquisa deve se manifestar expressamente quanto às seguintes alternativas, excludentes entre si:

I - necessidade de novo consentimento a cada pesquisa; e

II - dispensa de novo consentimento a cada pesquisa.

a) O TCLE deve conter referência aos tipos de informação que poderão ser obtidos nas pesquisas futuras, a partir da utilização do material biológico humano armazenado, para fins de conhecimento e decisão autônoma do sujeito.

b) O TCLE deve conter a garantia expressa da possibilidade de acesso pelo sujeito da pesquisa, inclusive a(s) forma(s) de contato para tal, ao conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do seu material biológico e às orientações quanto as suas implicações, incluindo aconselhamento genético quando aplicável, a qualquer tempo.

c) O TCLE pode conter manifestação expressa da vontade do sujeito da pesquisa quanto à cessão dos direitos sobre o material armazenado aos sucessores ou outros por ele indicado, em caso de óbito ou condição incapacitante.

d) O TCLE deve informar ao sujeito que os dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisas poderão ser utilizados nas pesquisas futuras.

e) O TCLE pode conter referência à autorização de descarte do material armazenado e às situações nas quais o mesmo é possível.

6. O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito, armazenamento, utilização e descarte de material biológico humano em Biorrepositório é formalizado por meio de TCLE específico para cada pesquisa, conforme preconizado nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

7. A transferência do material biológico humano armazenado entre Biobancos ou Biorrepositórios, da própria ou de outra instituição, deve ser comunicada ao sujeito da pesquisa, sempre que possível ou, na impossibilidade, deve ser apresentada justificativa ao Sistema CEP/CONEP.

8. O sujeito da pesquisa deve ser informado sobre a perda ou destruição de suas amostras biológicas, bem como sobre o encerramento do Biobanco ou do Biorrepositório, quando for o caso.

9. O material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório é do sujeito da pesquisa, permanecendo sua guarda sob a responsabilidade institucional.

I - O gerenciamento do material biológico humano armazenado em Biobanco cabe à instituição e no caso de Biorrepositório ao pesquisador responsável.

10. O sujeito da pesquisa, ou seu representante legal, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado em Biobanco ou Biorrepositório, valendo a desistência a partir da data de formalização desta.

I - A retirada do consentimento será formalizada por manifestação, por escrito

e assinada, pelo sujeito da pesquisa ou seu representante legal, cabendo-lhe a devolução das amostras existentes.

11. O prazo de armazenamento de material biológico humano em Biobanco é indeterminado, sendo a manutenção de seu credenciamento subordinada ao atendimento das normas vigentes.

I - A cada cinco anos, contados a partir da sua constituição, ou a qualquer tempo, por solicitação da CONEP, a instituição responsável pelo Biobanco deve apresentar relatório de atividades do período ao Sistema CEP/CONEP, constando, obrigatoriamente, o número de sujeitos incluídos no período e a relação de pesquisas que utilizaram amostras armazenadas.

II - O descarte do material biológico humano armazenado em Biobanco pode ocorrer:

- a) pela manifesta vontade do sujeito da pesquisa;
- b) devido à inadequação da amostra por critérios de qualidade;
- c) por iniciativa da instituição; e
- d) pela dissolução do Biobanco.

III - Nas hipóteses previstas nas alíneas “c” e “d”, são obrigatórias:

- a) a oferta formal do material armazenado a, no mínimo, duas instituições de pesquisa que possuam Biobanco e a apresentação comprovada da recusa; e
- b) a submissão da decisão institucional e da destinação do material biológico ao CEP, que as encaminhará para avaliação da CONEP.

12. O prazo de armazenamento de material biológico humano em Biorrepositório deve estar de acordo com o cronograma da pesquisa correspondente e pode ser autorizado por até dez anos.

I - Renovações da autorização de armazenamento são permitidas mediante solicitação do pesquisador responsável, ao CEP, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material durante o período.

II - Ao final do período de realização da pesquisa, o material biológico humano armazenado em Biorrepositório pode:

- a) permanecer armazenado, se em conformidade com as normas pertinentes do CNS;
- b) ser transferido formalmente para outro Biorrepositório ou Biobanco, mediante aprovação dos CEP e das instituições envolvidas; e
- c) ser descartado, conforme normas vigentes de órgãos técnicos competentes, e de acordo com o TCLE, respeitando-se a confidencialidade e a autonomia do sujeito

da pesquisa.

13. No caso de pesquisa envolvendo mais de uma instituição deve haver acordo firmado entre as instituições participantes, contemplando formas de operacionalização, compartilhamento e utilização do material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório, inclusive a possibilidade de dissolução futura da parceria e a consequente partilha e destinação dos dados e materiais armazenados, conforme previsto no TCLE.

I - É necessário explicitar o tipo e a quantidade dos materiais compartilhados, informando sua destinação após a utilização.

14. No caso de constituição ou participação em banco de material biológico humano no exterior, devem ser obedecidas as normas nacionais e internacionais para remessa de material e ser apresentado o regulamento da instituição destinatária para análise do Sistema CEP/CONEP quanto ao atendimento dos requisitos desta Resolução.

I - O pesquisador e instituição brasileiros devem ter direito ao acesso e à utilização, em pesquisas futuras, do material biológico humano armazenado no exterior, não necessariamente das amostras por ele depositadas pelo pesquisador, garantida, no mínimo, a proporcionalidade da participação.

II - O direito de acesso e utilização compreende as amostras, informações associadas e resultados incorporados ao banco, obtidos em pesquisas aprovadas pelo Sistema CEP/CONEP.

III - os direitos relativos ao material biológico humano armazenado no exterior não podem ser considerados exclusivos de Estado ou instituição.

IV - A utilização de amostras de brasileiros armazenadas no exterior somente poderá se realizar se observado o art. 5º desta Resolução e com a participação de pesquisador e/ou instituição brasileiros.

V - A instituição destinatária no exterior deve comprometer-se a respeitar a legislação brasileira, em especial a vedação do patenteamento e da utilização comercial de material biológico humano.

15. Sobre a utilização de amostras de material biológico humano armazenado:

I - as amostras armazenadas podem ser utilizadas em novas pesquisas aprovadas pelo CEP e, quando for o caso, pela CONEP;

II - os projetos de pesquisas que pretendam utilizar amostras armazenadas devem incluir:

a) justificativa para utilização do material;

b) cópia do TCLE empregado quando da coleta do material, contendo autorização

de armazenamento e possível utilização futura em pesquisa, se o armazenamento ocorreu a partir da homologação da Resolução CNS no 196/96; e

c) TCLE específico para nova pesquisa ou a solicitação de sua dispensa, conforme disposto no art. 5º desta Resolução.

III - quando fundamentada a impossibilidade de obtenção do consentimento específico para a nova pesquisa, mediante opção do sujeito em ser consultado a cada pesquisa, cabe ao CEP autorizar, ou não, a utilização do material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório.

16. A legislação brasileira veda o patenteamento e a utilização comercial de material biológico humano armazenado em Biobancos e Biorrepositórios.

17. Os Biobancos constituídos a partir da homologação desta Resolução deverão adequar-se à mesma e os constituídos anteriormente terão o prazo de um ano para sua regularização, contado a partir da data de homologação.

I - a regularização prevista no art. 17 será objeto de análise e aprovação pelo Sistema CEP/CONEP.

18. Fica revogada a Resolução CNS no 347, de 13 de janeiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União no 47, de 10 de março de 2005.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS no 441, de 12 de maio de 2011, nos termos do Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

Lista de pareceristas do volume 7

Pareceristas – RBB volume 7

Aline Albuquerque Sant´Anna de Oliveira (DF)

Fermim Rolland Schramm (RJ)

José Eduardo Siqueira (PR)

José Roque Junges (RS)

Wilton Barroso Filho (DF)

Pareceristas Ad hoc

José G. Dórea (DF)

Júlio Cabreira (DF)

Márcio Rojas da Cruz (DF)

Miguel Montagner (DF)

Natan Monsores de Sá (DF)

Paulo Antonio de Carvalho Fortes (SP)

Thiago Rocha da Cunha (DF)

Wanderson Flor do Nascimento (DF)

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) nomes(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 – resúmenes 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 Oselka 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 t 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 esponsibility of its author(s) and should be according to Helsink Declaration – World Medical Association principles (1964, revised at 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000), besides of being according to specif 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 abbreviature should appear before the first occurrence of iot 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:

Sagre 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

Ficha de afiliação à SBB

Nome:

Sexo: F M

Naturalidade:.....Nacionalidade:.....

RG:.....Órgão Expedidor:

CPF:Data de Nascimento: / /

Endereço Residencial:.....

Cidade:.....Estado:.....Cep:.....

e-mail:.....

Instituição onde trabalha:.....

e-mail:.....fone: ().....

Qualificação Profissional (Graduação):.....

Maior titulação acadêmica.....

.....

Assinatura

Valor da Anuidade/2009 – R\$ 150,00

Depósito: Banco do Brasil, agência 3475-4, conta corrente: 10247-4

Favor preencher a ficha de afiliação e enviar junto com o comprovante de depósito bancário à SBB.

Ficha de assinatura da RBB

Nome:.....

Instituição:.....

Endereço:.....

Cidade:.....Estado:.....Cep:.....

e-mail:.....fone: ().....

Referente ao ano de:.....

Valor da anuidade da RBB: R\$ 100,00 (quatro números por ano), franqueada aos sócios adimplentes.

Depósito: Banco do Brasil, agência 3475-4, conta corrente: 10247-4

Favor preencher a ficha de afiliação e enviar junto com o comprovante de depósito bancário à SBB.

**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**