

Sumario:

Con un transfondo histórico sobre la reflexión bioética, el autor nos ofrece un análisis comparativo tendiente a trazar el perfil de una bioética hecha en Estados Unidos o Europa, frente a una bioética hecha en Latinoamérica. Esto con el fin de alertar y alentar sobre la necesidad de una reflexión bioética en el contexto continental, marcado por una gran exclusión social y marginalidad creciente.

**Bioética:
do principialismo` a busca
de uma perspectiva
latino americana**

Léo Pessini

*Editor- chefe da Revista "O Mundo da Saúde" e
Superintendente da União Social Camiliana, Vice-reitor do
Centro Universitário SÃO CAMILO.*

*Endereço: Av. Nazaré, 1501 - Ipiranga
04263 - 200 - São Paulo - SP
Tel: (011) 2726077 - fax: (011) 2152361
E-Mail: pessini@scamilo.br*

Introdução

Tratandose de uma contribuição num contexto multidisciplinar de discussão a respeito de conceitos básicos de bioética, este texto procura avaliar os princípios bioéticos nas suas forças e fraquezas, a partir da evolução histórica da bioética.

Optamos por contextualizar a reflexão a partir da gênese do paradigma principialista (**parte I**), rememorando historicamente as origens dos fatos, acontecimentos e documentos que protagonizaram o surgimento da reflexão bioética principialista: o relatório Belmont da Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental (1978); uma descrição rápida do conteúdo dos princípios apontados pela Comissão e a obra clássica, **Principles of biomedical Ethics** de T.L. Beauchamp e J.F. Childress. A seguir nos perguntamos porque a bioética tornou-se principialista (**parte II**), são elencadas algumas razões, bem como são apontados alguns limites.

Nossa reflexão avança ao elaborar uma análise comparativa, tentando traçar o perfil de uma bioética "*made in USA*" e Europa (**parte III**) bem como a fisionomia de uma bioética Latino-americana (**parte IV**). Finalizamos apontando para além da linguagem dos princípios, a existência de outras linguagens alternativas que ajudam a captar a riqueza da experiência ética, inesgotável numa determinada visão reducionista e alertamos para a necessidade de elaboração uma bioética latino-americana aderente à vida destes povos, que ao honrar seus valores históricos, culturais, religiosos e sociais, obrigatoriamente na sua agenda temática a nível contextual terá encontro marcado com a exclusão social e pontualizará para valores tais como comunidade, equidade, justiça e solidariedade.

1. Gênese do paradigma principalista da bioética “made in USA”

Para melhor entendermos e fazermos uma avaliação crítica pertinente do paradigma bioético principalista, precisamos mergulhar nas origens do surgimento da reflexão bioética e destacar dois fatos de fundamental importância, quais sejam, o relatório Belmont e a obra de BEAUCHAMP E CHILDRESS, *Principles of biomedical Ethics*.

a) O relatório Belmont (1)

É importante ressaltar que na origem da reflexão ética principalista norte-americana, está a preocupação pública com o controle social da pesquisa em seres humanos. Em particular, três casos notáveis mobilizariam a opinião pública e que exigiram regulamentação ética. São eles: 1) Em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) Entre 1950 a 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais e 3) Desde os anos 40, mas descoberto apenas em 1972, no caso de Tuskegee study no estado do Alabama, foram deixados sem tratamento 400 negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. A pesquisa continuou até 1972 apesar do descobrimento da penicilina em 1945. O governo Norte-americano em 1996 pediu desculpas públicas a esta comunidade negra pelo que foi feito.

Reagindo a estes escândalos o governo norte americano via Congresso constituiu em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental), com o objetivo de “*levar a cabo uma pesquisa e estudo completo, que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina*”. O Congresso solicitou também que a Comissão elaborasse num prazo de quatro meses um relatório de pesquisa envolvendo fetos humanos. Os membros da comissão inicialmente deram atenção total para esta questão considerada mias urgente e deixaram a tarefa de identificar os “*princípios éticos básicos*” para mais tarde. A medida que os trabalhos em questões

específicas avançavam, tais como, pesquisa com crianças, prisioneiros e doentes mentais, filósofos e teólogos foram convidados para prestar ajuda na tarefa e identificar os *"princípios éticos básicos"* na pesquisa com seres humanos.

Esta comissão demorou quatro anos, para a publicação do que ficou sendo conhecido como o Relatório Belmont (Belmont Report), por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont em Elkridge no Estado de Mariland. Neste espaço de tempo, os membros da Comissão acharam oportuno publicar algumas recomendações a respeito de como enfocar e resolver os conflitos éticos levantados pelas ciências biomédicas. Para eles, os códigos, não obstante sua utilidade, não eram operativos, pois *"suas regras são com freqüência inadequadas em casos de situações complexas"*. Além disso, os códigos apontam para utilização de normas que em casos concretos podem conflitar resultando na prática *"difíceis de interpretar e de aplicar"*. É claro que a comissão dispunha de documentos tais como o Código de Nuremberg (1947), Declaração de Helsinque(1964) entre outros, mas considerou o caminho apontado pelos códigos e declarações de difícil operacionalização.

Após quatro anos de trabalhos a Comissão propõe um método complementar, baseado na aceitação de que *"três princípios éticos mais globais deveriam prover as bases sobre as quais formular, criticar e interpretar, algumas regras específicas"*. A comissão reconhecia que outros princípios, poderiam também ser relevantes, porém três foram identificados como fundamentais. Segundo Albert R. Jonsen, um dos 12 membros da comissão, após muita discussão fixaram-se três princípios por estarem *"profundamente enraizados nas tradições morais da civilização ocidental, implicados em muitos códigos e normas a respeito de experimentação humana que tinham sido publicadas anteriormente e além disso refletiam as decisões dos membros da comissão que trabalhavam em questões particulares de pesquisa com fetos, crianças, prisioneiros e assim por diante"*.

O relatório Belmont foi oficialmente promulgado em 1978 e causou um grande impacto. Tornou-se a declaração principialista clássica, não somente para a ética ligada a pesquisa com seres humanos, mas acabou sendo também utilizada para a reflexão bioética

em geral. Pela sua importância vejamos o que a Comissão entendia pelos princípios identificados.

b) Os princípios éticos no entender da comissão governamental

Os três princípios identificados pelo relatório Belmont foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça. Vejamos rapidamente em que consistia cada um destes princípios na visão da comissão:

O *respeito pelas pessoas* incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída, devem ser protegidas. Por pessoa autônoma, o Relatório entendia como sendo o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir sob a orientação desta deliberação. A autonomia é entendida num sentido muito concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. O conceito de autonomia da comissão não é o Kantiano, o homem como ser autolegisador, mas outro muito mais empírico, segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado. Deste princípio derivam procedimentos práticos: uma é a exigência do consentimento informado e o outro é o de como tomar decisões de substituição, quando uma pessoa é incompetente ou incapaz, isto é, quando não tem autonomia suficiente para realizar a ação de que se trate.

No princípio da *beneficência*, o **Relatório Belmont** rechaça claramente a idéia clássica da beneficência como caridade e diz que a considera de uma forma mais radical como uma obrigação. Neste sentido são formuladas duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: a) não causar dano e b) maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. O **Relatório Belmont** não distingue entre beneficência e não-maleficência, o que vai ser feito posteriormente por Beauchamp e Childress.

No terceiro princípio, o da justiça, entendem os membros da comissão por justiça como sendo a *"imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios"*. Outra maneira de entender o princípio de justiça é dizer que *"os iguais devem ser tratados igualmente"*. O

problema está em saber quem são os iguais. Entre os homens existem diferenças de todo tipo e que muitas delas devem ser respeitadas em virtude do princípio de justiça, por exemplo, ideal de vida, sistema de valores, crenças religiosas, etc. Não obstante isso existe um outro nível em que todos devemos ser considerados iguais, de tal modo que as diferenças nesse nível devem ser consideradas injustiças.. Neste particular a Comissão não deixou nada claro.

O Relatório Belmont, um documento brevíssimo por sinal, inaugurou um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa em seres humanos. A partir de então não se analisa mais a partir da letra dos códigos e juramentos, mas a partir destes três princípios com os procedimentos práticos deles conseqüentes. Neste contexto, o trabalho de T.L. Beauchamp e J.F. Childress, considerados os “pais” da reflexão principialista vai ter um grande impacto, importância e sucesso nos anos seguintes.

c) **A obra clássica de T.L. BEAUCHAMP e J.F. CHILDRESS (2)**

É importante notar que o relatório Belmont, referia-se somente às questões éticas levantadas pela pesquisa em seres humanos. Estava fora de seu horizonte de preocupação todo o campo da *prática clínica e assistencial*. Beauchamp e Childress com sua famosa obra **Principles of Biomedical Ethics** (Princípios de ética biomédica), aplicam para a área clínico-assistencial o “sistema de princípios” e procuram assim livrá-la do velho enfoque próprio dos códigos e juramentos. Esta obra transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica. Foi publicada inicialmente em 1979 (em 1994 saiu a quarta edição revista e ampliada), um ano após o relatório Belmont. Um dos autores, T.L. BEAUCHAMP, era membro da Comissão que redigiu o Relatório Belmont e se beneficiou de todo o processo. Beauchamp juntamente com J.F. CHILDRESS re-trabalharam os três princípios em “*quatro*”, distinguindo beneficência e não maleficência. Estes autores basearam na sua obra da teoria de um grande eticista inglês do início do século, SIR DAVID ROSS que fala dos *deveres atuais e “prima facie”* (prima facie duties e actual duties).

Os autores no prefácio de sua obra dizem que pretendem analisar sistematicamente os princípios morais que devem ser aplicados na

biomedicina. Trata-se pois de uma enfoque claramente princípalista. Eles entendem a ética biomédica como uma “ética aplicada”, no sentido de que o específico dela é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial.

É conveniente assinalar que Beauchamp e Childress são pessoas com convicções filosóficas e éticas bem distintas. Beauchamp é um utilitarista enquanto que Childress é claramente um deontologista. Suas teorias éticas são portanto, distintas e dificilmente conciliáveis na hora de justificar ou fundamentar os citados princípios. Mas ao invés de verem-se frente a um abismo, os autores consideram isso uma vantagem. As discrepâncias teóricas não devem impedir o acordo sobre normas, isto é, sobre princípios e procedimentos. Dizem eles que “o utilitarismo e o deontologismo, chegam a formular normas similares ou idênticas”. Todos, tanto os teleologistas bem como os deontologistas, podem aceitar o sistema de princípios e chegar a decisões idênticas em casos concretos, não obstante suas discrepâncias em relação aos aspectos teóricas da ética.

Na perspectiva de Beauchamp e Childress os princípios e as normas são consideradas obrigatórios *prima facie*, o que significa que quando não entram em conflito entre si devem ser respeitados. Em caso de conflito, um terá prioridade sobre os outros de tal maneira que será preciso abrir uma exceção. Isso quer dizer que tais normas nesse caso são deveres *prima facie*, porém não deveres “reais e efetivos” (atuais). As exceções são sempre de “atos” e não de princípios. Os princípios, enquanto tais, isto é *prima facie*, não tem exceções, porém quando se aplicam a casos concretos, podem ter. As exceções acontecem sempre no nível dos deveres atuais, não dos princípios.

2. O paradigma da bioética princípalista (3)

Os “*princípios éticos básicos*”, quer sejam os três do Relatório Belmont ou os quatro de Beauchamp e Childress, deram para os estudiosos de ética algo que sua própria tradição acadêmico-disciplinar não lhes forneceu: *um esquema claro para uma ética normativa que tinha de ser prática e produtiva.*

Segundo Albert Jonsen, um dos pioneiros da bioética, os princípios deram destaque para as reflexões mais abrangentes, vagas e menos operacionais dos filósofos e teólogos da época. Em sua simplicidade e diretividade, forneceram uma linguagem para falar com um novo público, formado de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde(4).

A bioética tornou-se então principialista por várias razões, entre outras:

- 1) Os primeiros bioeticistas encontraram na ética normativa de seu tempo, no estilo dos princípios, a *via media*, entre a terra árida da meta-ética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, mas geralmente inacessíveis.
- 2) O *Relatório Belmont* foi o documento fundamental que respondeu à necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas, de uma declaração simples e clara, das bases éticas para regulamentar a pesquisa.
- 3) A nova audiência composta de médicos e estudantes de medicina entre outros profissionais da área da saúde, foram introduzidos nos dilemas éticos da época através da linguagem dos princípios, que mais do que complexificar, na verdade ajudou a entender, clarear e chegar a acordos procedurais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pelo tecnociência.
- 4) O sucesso do modelo principialista é devido à adoção pelos clínicos. Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas para percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais num determinado caso, no processo de compreensão das razões e tomada de decisão.

258

A fonte de abusos do principialismo está na necessidade humana de segurança moral e de certezas num mundo de incertezas. O “principialismo” neste sentido foi o porto seguro para os médicos durante o período de profundas mudanças na compreensão ética dos cuidados clínicos assistenciais nos EUA.

Tudo isso levou ao fortalecimento do assim chamado “princípalismo”, que sem dúvida teve grandes méritos e alcançou muito sucesso. Em grande parte o que é a bioética nestes poucos anos de existência (30 anos) é resultado do trabalho principalmente de bioeticistas na perspectiva princípalista. Hoje se fala que o “princípalismo” está doente, alguns críticos vão mais longe e até dizem que é um paciente terminal, mas chega-se ao quase consenso de que não pode ser visto como um procedimento dogmático infalível na resolução de conflitos éticos. Não é uma ortodoxia, mas uma abreviação utilitária da filosofia moral e teologia, que serviu muito bem aos pioneiros da bioética e continua a ser útil hoje em muitas circunstâncias. A bioética não pode ser reduzida a uma ética da eficiência aplicada predominantemente num nível individual. Nasceram várias perspectivas de abordagem bioética para além dos princípios, que somente elencamos para conhecimento. Temos o modelo da **casuística** (Albert Jonsen e Stephen Toulmin), das **virtudes** (Edmund Pellegrino e David Thomasma), do **cuidado** (Carol Gilligan), do **direito natural** (John Finnis), apostando no valor central da autonomia e do indivíduo o modelo **“liberal autonomista”** (Tristram Engelhardt); o modelo **contratualista** (Robert Veatch); o modelo **antropológico personalista** (E. Sgreccia, D. Tettamanzi, S. Spinsanti); o modelo de **libertação** (a partir da América Latina com a contribuição da teologia da libertação) só para mencionar algumas perspectivas mais em evidência.

É bom lembrar que Childress e Beauchamp, princípalistas notórios, tornam-se casuístas quando examinam os casos. Na quarta edição de sua famosa obra, **Principles of biomedical ethics**, após a argumentação e reflexão sobre os princípios ao longo de sete capítulos, o capítulo oitavo (último) é todo dedicado *“as virtudes e ideais na vida profissional”*. Vale a pena registrar o que dizem esses autores na conclusão de sua obra: *“Neste capítulo final fomos além dos princípios, regras, obrigações e direitos. Virtudes, ideais e aspirações por excelência moral, apoiam e enriquecem o esquema moral desenvolvido nos capítulos anteriores. Os ideais transcendem as obrigações e direitos e muitas virtudes levam as pessoas a agir de acordo com princípios e normas bem como seus ideais (...). Quase todas as grandes teorias éticas convergem na conclusão que o mais importante ingrediente na vida moral da pessoa é o desenvolvimento de caráter que cria a motivação íntima e a força para fazer o que é certo e bom”* (5).

Indício claro de que estes autores, notórios “principialistas” apresentam um horizonte ético que vai além dos mero princípalismo absolutista tão duramente criticado hoje pelos bioeticistas. Fica evidente que nesta versão de sua obra Beaucamp e Childress incorporam as inúmeras observações críticas que receberam ao longo dos anos desde o surgimento de sua obra (1979).

O bom senso aconselha de ver os princípios como instrumentos para interpretar determinadas facetas morais de situações e como guias para a ação. Abusos de princípios ocorrem quando modelamos as circunstâncias para aplicar um princípio preferido e acaba-se caindo no “ismo, e não se percebe mais que existem limites no procedimento princípalista considerado como infalível na resolução dos conflitos éticos.

Ao fazer uma avaliação dos princípios na bioética, que surgiram um pouco como a “tábua de salvação dos dez mandamentos” Hubert Lepargneur aponta entre outras observações a respeito dos limites dos princípios que na implementação sempre está implicado uma casuística (análise de casos clínicos). Além disso no horizonte bioético para além dos princípios surge como tarefa para a bioética colocar no seu devido lugar a prudência (*phronesis*) como sabedoria prática, que vem desde a tradição Aristotélica tomista e que foi esquecida na reflexão bioética hodierna. A sabedoria prática da prudência *phronesis* domina a ética, e portanto, a vivência da moralidade, porque vincula, numa síntese, o agente (com seu condicionamento próprio e intenção), o contexto da ação, a natureza da mesma ação e o seu resultado previsível. A figura de proa da ética é a *phronesis* que forma as regras da ação e sabe implementá-las. (6 e 7).

Vejamos a seguir algumas características de duas tradições de bioética, especificamente a norte-americana e europeia.

3. Bioética “made in USA” e bioética europeia (8)

Pelo exposto até o momento percebemos que a bioética princípalista é um produto típico da cultura norte-americana. Existe uma profunda influência do pragmatismo filosófico anglo-saxão em três aspectos fundamentais: nos casos, nos procedimentos e no processo

de tomada de decisões. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são utilizados, porém no geral são considerados mais como máximas de atuação prudencial, não como princípios no sentido estrito. Fala-se mais de procedimentos e estabelecimentos de normas de regulação. Por exemplo, não há muita preocupação em definir o conceito de autonomia, mas em estabelecer os procedimentos de análise da capacidade ou competência (consentimento informado) Buscam-se os caminhos da ação mais adequados, isto é, resolver problemas tomando decisões a respeito de procedimentos concretos.

Diego Gracia, bioeticista espanhol, defende a tese de que não é possível resolver os problemas de procedimento sem abordar as questões de fundamentação. Fundamentos e procedimentos são na verdade duas facetas da mesma moeda, inseparáveis. Pobre procedimento que não está bem fundamentado e pobre fundamento que não dá como resultado um procedimento ágil e correto (9).

Nada mais útil do que uma boa fundamentação e nada mais fundamental que um bom procedimento, são convicções de grande parte de bioeticistas europeus. A filosofia na Europa sempre se preocupou muito com os temas de fundamentação, talvez até exageradamente, dizem alguns. Por outro lado, o pragmatismo norte-americano ensinou a cuidar dos procedimentos. Neste sentido pergunta-se se a integração das duas tradições não seria algo a ser perseguido.

Duas tradições distintas - é possível dialogar e integrar?

Numa perspectiva dialogal entre as tradições de bioética norte-americana e a europeia é interessante ouvir o bioeticista James Drane, estudioso de ética clínica e que se tem preocupado com a bioética na dimensão transcultural. Para ele a ética europeia é mais teórica e se preocupa com questões de fundamentação última e de consistência filosófica. Diz: *“ao estar na Europa e ao identificar-me com o horizonte mental e com as preocupações de meus colegas, observo o caráter pragmático e casuístico de nosso estilo de proceder a partir de vossa perspectiva. Certamente, nossa forma de fazer ética não é a correta e as outras são erradas. De fato estou convencido de que todos nós temos de aprender uns dos outros”* (10).

Existe nos EUA uma forte corrente pragmática, ligada à maneira como os norte-americanos lidam com os dilemas éticos. Tal estilo é influenciado por John Dewey (1859-1952), considerado o pai do pragmatismo, que aplicou os métodos da ciência na resolução de problemas éticos. Pragmatismo que se desenvolve como corolário do empirismo de Francis Bacon, do utilitarismo de Jeremy Bentham e John Stuart Mill, Dewey e que mais tarde avançará para o positivismo lógico. Dewey pensava que a ética e as outras disciplinas humanistas progrediam muito pouco porque empregavam metodologias envelhecidas. Criticou a perspectiva clássica grega, segundo a qual os homens são expectadores de um mundo invariável em que a verdade é absoluta e eterna. Dewey elaborou uma ética objetiva, utilizando o método científico na filosofia. Para ele, a determinação do bem ou do mal era uma forma de resolver os problemas práticos empregando os métodos próprios das ciências, para chegar a respostas que sejam funcionais na prática. A tendência é de assumir uma perspectiva consequentialista com critério utilitarista. Não podemos esquecer que como reação a esta orientação dominante, surge John Rawls e sua reflexão sobre a justiça como equidade. Drane critica a perspectiva da bioética *"made in USA"* que não leva em conta o caráter, as virtudes, mas fica pura e simplesmente polarizada numa reflexão racional sobre as ações humanas. Sem dúvida este enfoque é parcial. A ética não trata somente de ações mas também de hábitos (virtudes) e de atitudes (caráter). Neste sentido o enfoque ético europeu fortemente marcado pela idéia de virtude e caráter, pode ser complementar ao norte-americano. A ética médica dos EUA se desenvolveu num contexto relativista e pluralista, porém se inspira na ciência e se apoia no postulado científico que exige submeter toda proposta à sua operacionalidade na vida real.

Segundo Drane, por mais importantes que sejam as questões críticas sobre fundamentação, não seria imprescindível resolvê-las, antes que se possa progredir. De fato, começar a partir da vida real (fatos e casos de uma determinada situação clínica) tem muita vantagem sobre o procedimento no sentido inverso, no caso, o método dedutivo baseado em elegantes teorias. Na visão deste bioeticista norte americano *"um dos aspectos mais inesperados e gratificantes da experiência americana em ética médica é ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas médicos de grande complexidade, numa*

cultura pluralista, quando o processo começa com elementos reais e trata de encontrar uma solução prática e provável, mais que uma resposta certa e teoricamente correta” (11).

Outro aspecto importante enfatizado por J. Drane é quando ele afirma que a ética médica salvou a ética, enquanto refletiu seriamente sobre o lícito e o ilícito em contato com os problemas reais. Colocou novamente a ética em contato com a vida. Stephen Toulmin fala do renascimento da filosofia moral em sua obra **“Como a ética médica salvou a vida da filosofia moral”**. A filosofia moral reencontrou o mundo da ação e a teologia moral libertou-se do moralismo.

A contribuição da ética teológica neste contexto foi importante e não deve ser esquecida. Ela nunca se afastou da realidade e foi capaz de tomar a iniciativa quando a atenção voltou-se para os problemas médicos. Pouco a pouco, também os especialistas leigos de ética se incorporaram neste movimento. Muitos dos problemas com os quais a ética-teológica se preocupava, por exemplo, questões relacionadas com o início e fim da vida, procriação e morte, procediam do campo médico. A ética através da medicina foi forçada a entrar em contato com o mundo real.

Anteriormente os tratados de ética não eram documentários sobre temas que eram de interesse as pessoas comuns, mas escritos refinados e ininteligíveis sobre o significado dos conceitos morais. A ética se tornou inacessível, excetuando-se os refinados especialistas em lingüística e praticamente não dizia nada a respeito dos problemas do dia-a-dia do cidadão comum.

A perspectiva anglo-americana é mais individualista do que a européia privilegiando a autonomia da pessoa. Está prioritariamente voltada para microproblemas, buscando solução imediata e decisiva das questões para um indivíduo. A perspectiva européia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido da justiça, equidade preferencialmente aos direitos individuais. A bioética de tradição filosófica anglo-americana desenvolve uma normativa de ação que, enquanto conjunto de regras que conduzem a uma boa ação, caracterizam uma moral. A bioética de tradição européia avança numa busca acerca do fundamento do agir humano. Para além da

normatividade da ação em campo de extrema complexidade a exigência da sua fundamentação metafísica (12).

Após esta exposição, ainda que introdutória, de duas visões fundamentais de bioética, das quais dependemos muito e que sem dúvida são fontes de inspiração para uma perspectiva bioética típica da América Latina, é necessário tecer algumas considerações a respeito de onde nós nos situamos frente a todo este cenário. Considerado como sendo o continente da esperança quando se olha prospectivamente, mas que infelizmente no presente é marcado pela exclusão, morte e marginalização crescente em todos os âmbitos da vida, nos perguntamos se a bioética não teria um papel crítico transformador desta realidade.

4. Bioética latino americana e bioética “made in USA”

A bioética no seu início se defrontou com os dilemas éticos criados pelo desenvolvimento da medicina. Pesquisa em seres humanos, o uso humano da tecnologia, perguntas sobre a morte e o morrer são algumas áreas sensíveis nos anos 90. As questões originais da bioética se expandiram para problemas relacionados com os valores, nas diversas profissões da saúde, tais como enfermagem, saúde pública, saúde mental etc. Um grande número de temas sociais foram introduzidos na abrangência temática da bioética tais como, saúde pública, alocação de recursos em saúde, saúde da mulher, questão populacional e ecologia, para lembrar alguns temas.

Seguimos com J. Drane, bioeticista norte-americano, que tem refletido sobre bioética num contexto norte-americano e Latino americano. É dito que a tecnologia médica impulsiona o desenvolvimento da bioética clínica. Isto vale tanto na América Latina bem como nos EUA. No início, nos EUA, as perguntas que se faziam com maior frequência eram em torno do uso humano de uma nova tecnologia: o uso ou retirada de aparelhos, a aceitação ou não do consentimento informado.

Em alguns países da América Latina, a simples existência de alta tecnologia e centros de cuidado médico avançados levanta questões em torno da discriminação e injustiça na assistência médica. As interrogações mais difíceis nesta região giram em torno não de

como se usa a tecnologia médica, mas quem tem acesso a ela. Um forte saber social qualifica a bioética latino-americana. Conceitos culturalmente fortes tais como justiça, Equidade e solidariedade deverão ocupar na bioética latino-americana, um lugar similar ao princípio da autonomia nos EUA.

Segundo Drane os latino-americanos não são tão individualistas e certamente estão menos inclinados ao consumismo em suas relações com o pessoal médico, que os norte-americanos. Seria um erro, pensar que o consentimento informado e tudo o que com ele se relaciona, não fosse importante para os latino-americanos. O desafio é aprender dos EUA e dos europeus, sem cair no imitacionismo ingênuo de importar seus programas.

a) Ampliar a reflexão ética a nível "micro" para o nível "macro"

O grande desafio é desenvolver uma bioética latino-americana que corrija os exageros das outras perspectivas e que resgate e valorize a cultura latina no que lhe é único e singular, uma visão verdadeiramente alternativa que possa enriquecer o diálogo multicultural. Não podemos esquecer que na América Latina a bioética tem o encontro obrigatório com a pobreza e exclusão nível social. Elaborar uma bioética somente em nível "micro" de estudos de casos de sabor deontológico somente, sem levar em conta esta realidade, não responderia aos anseios e necessidades por mais vida digna. Não estamos questionando o valor incomensurável de toda e qualquer vida que deve ser salva, cuidada e protegida. Temos sim não perder a visão global da realidade excludente latino-americana na qual a vida se insere (13 e 14).

A medida que a medicina moderna torna-se para as culturas de hoje o que a religião era na idade média, as questões com as quais a bioética se defronta tornam-se sempre meias centrais e geram um crescente interesse público. Na limiar das controvérsias bioética significados básicos estão mudando: o significado da vida e morte, família, doença, quem é pai ou mãe, em todos os quadrantes do planeta. Maior comunicação e diálogo mútuo entre os povos com diferentes perspectivas será imensamente proveitoso no sentido de trazer uma compreensão mais profunda de cada cultura e soluções melhores para problemas críticos similares. As pessoas de diferentes regiões e

culturas podem trabalhar para integrar as diferenças sociológicas, históricas e filosóficas e algum dia quem sabe gerar um conjunto de standards bioéticos, respeitoso e coerente em que as pessoas religiosas e seculares podem igualmente partilhar.

No pensamento de J.A. Mainetti, a América Latina pode oferecer uma perspectiva bioética distinta e diferente da Norte-americana, por causa da tradição médica humanista e pelas condições sociais de países periféricos. Para este bioeticista argentino, a disciplina europeia de filosofia geral com três ramos principais (antropologia médica, epistemologia e axiologia), pode ser melhor equipada para transformar a medicina científica e acadêmica num novo paradigma biomédico humanista. Tal abordagem evitaria acusações frequentemente direcionadas à bioética Norte-americana e europeia, de que o discurso da bioética somente surge para humanizar a medicina enquanto esquece ou não aborda a real desumanização do sistema. Por exemplo, o discurso bioética da autonomia pode esconder a despersonalização dos cuidados médicos e seus risco de iatrogenia, a exploração do corpo e alienação da saúde. Como resposta ao desenvolvimento da biomedicina numa era tecnológica, a bioética deve ser menos complacente ou otimista em relação ao progresso e ser capaz de exercer um papel crítico frente a este contexto (15).

A realidade da Latino Americana da bioética em tempo de cólera, Aids e sarampo, exige uma perspectiva de ética social com preocupação com o bem comum, justiça e equidade antes que em direitos individuais e virtudes pessoais. Uma “macroética” de saúde pública pode ser proposta como uma alternativa para a tradição anglo-americana da “microética” ou ética clínica. A maior necessidade nestes países pobres é de equidade na alocação de recursos e distribuição de serviços de saúde (16).

Iluminador ao refletir sobre perspectivas bioética a nível de América Latina, neste diálogo transcultural, o que diz Diego Gracia. *“Os latinos sentem-se profundamente desconfortáveis com direitos e princípios. Eles acostumaram-se a julgar as coisas e atos, como bons ou ruins ao invés de certo ou errado. Eles preferem a benevolência à justiça, a amizade ao respeito mútuo, a excelência ao direito. (...) Os latinos buscam a virtude e a excelência. Não penso que eles rejeitam*

ou desprezam os princípios. Na busca da virtude e excelência os países latinos tradicionalmente tem sido intolerantes. A tolerância não foi incluída como uma virtude no velho catálogo das virtudes latinas. A virtude real era a intolerância, a tolerância era considerada um vício. (...). A tolerância como uma virtude foi descoberta pelos Anglo-saxões no século XVII. Esta é talvez a mais importante diferença com as outras culturas. A questão moral mais importante não é a linguagem que usamos para expressar nossos sentimentos morais, mas o respeito pela diversidade moral, a escolha entre pluralismo ou fanatismo. O fanatismo afirma que os valores são completamente absolutos e objetivos e devem ser impostos aos outros pela força, enquanto que a tolerância defende a autonomia moral e a liberdade de todos os seres humanos e a busca de um acordo moral pelo consenso” (17).

O desenvolvimento da bioética a nível mundial vem ultimamente privilegiando preocupações éticas típicas de países tais como os da América Latina e Caribe. Daniel Wikler, na palestra conclusiva do III Congresso mundial de bioética (São Francisco - EUA - 1996) intitulada “*Bioethics and social responsibility*”, diz que ao olharmos o nascimento e desenvolvimento da bioética temos já claramente delineadas quatro fases: **a) Primeira fase:** temos os códigos de conduta dos profissionais. A bioética é praticamente entendida como sendo ética médica. **b) Segunda fase:** entra em cena o relacionamento médico-paciente. Questiona-se o paternalismo, começa-se a falar dos direitos dos pacientes (autonomia, liberdade, verdade, etc). **c) Terceira fase:** questionamentos a respeito do sistema de saúde, incluindo organização e estrutura, financiamento e gestão. Os bioeticistas tem que estudar economia e política de saúde (Callahan - 1980) e **d) Quarta fase:** estamos entrando nela neste final da década de 90. A bioética prioritariamente vai lidar com a *saúde da população*, entrando em cena ciências sociais, humanidades, saúde pública, direitos humanos, questão da equidade e locação de recursos entre outros temas candentes (18). Esta agenda programática tem tudo a ver com o momento ético da América Latina.

b) O desafio de desenvolver uma mística para a bioética

Estaria incompleta nossa reflexão se não apontássemos a necessidade desafiante de se desenvolver uma *mística para a bioética*.

Pode até parecer estranho para um pensamento marcado pelo pragmatismo e pelo culto da eficiência sugerir que a bioética necessite de uma mística. A bioética necessita de um horizonte de sentido, não importa o quanto estreito ou amplo que seja, para desenvolver suas reflexões e propostas. Ao mesmo tempo, não podemos fazer bioética sem optar no mundo das relações humanas. Isto em si mesmo é um indicação da necessidade de alguma forma de mística, ou de um conjunto de significados fundamentais que aceitamos e a partir dos quais cultivamos nossos idealismos, fazemos nossas opções e organizamos nossas práticas.

Não é fácil definir em poucas palavras uma mística libertadora para a bioética. Ela necessariamente incluiria a convicção da transcendência da vida que rejeita a noção de doença, sofrimento e morte como absolutos intoleráveis. Incluiria a percepção dos outros como parceiros capazes de viver a vida em solidariedade e compreendê-la e aceitá-la como um Dom. Esta mística seria sem dúvida, testemunha no sentido de não deixar os interesses individuais egoístas, se sobreporem e calem a voz dos outros (excluídos) e escondam suas necessidades. Esta mística proclamaria frente a todas as conquistas das ciências da vida e do cuidado da saúde que o imperativo técnico-científico, *posso fazer*, passa obrigatoriamente pelo discernimento de outro imperativo ético, *logo devo fazer?* Ainda mais, encorajaria a todos as pessoas, grupos dos mais diferentes contextos sócio-político-econômico-culturais, a unir-se na empreitada de garantir vida digna para todos, na construção de um paradigma econômico e técnico-científico, que aceita ser guiado pelas exigências da solidariedade humana(19).

5. Algumas notas conclusivas

1. O modelo de análise teórica (paradigma) principalista iniciado com o Relatório Belmont e implementado por Beauchamp e Childress é uma linguagem entre outras linguagens éticas. Não é a única exclusiva. A experiência ética pode ser expressa em diferentes linguagens, paradigmas ou modelos teóricos, tais como o das virtudes e excelência, o casuístico, o contratual; o liberal autonomista, o do cuidado, o antropológico humanista, o de libertação só para lembrar alguns. Obviamente que a convivência com esse pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respeitoso pelas

diferenças em que a tolerância é um dado imprescindível. Todos esses modelos ou linguagens estão intrinsecamente interrelacionados, mas cada um em si é incompleto e limitado. Um modelo pode lidar bem com um determinado aspecto da vida moral, mas ao mesmo tempo não com os outros. Não podemos considerá-los como sendo exclusivos, mas complementares. As dimensões morais da experiência humana não podem ser capturadas numa única abordagem. Isto não surpreende pois a amplitude e a riqueza da profundidade da experiência humana sempre estão além do alcance de qualquer sistema filosófico ou teológico. É esta humildade da sabedoria que nos deixará livres do vírus dos “ismos” que são verdades parciais que tomam uma particularidade de uma realidade como sendo o todo.

2. Os problemas bioéticos mais importantes a nível de América Latina e Caribe são aqueles que se relacionam com a justiça, equidade e alocação de recursos na área da saúde. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica e muito menos o tão almejado processo de emancipação dos doentes. Ainda impera via beneficência o paternalismo. A princípio da autonomia tão importante na perspectiva Anglo-americana precisamos contrapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade(20 e 21).

A bioética elaborada no mundo desenvolvido (USA e Europa) na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam neste continente e enfocou questões que para eles são marginais ou que simplesmente não existem. Por exemplo, fala-se muito de morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui somos impedidos a proclamar a dignidade humana que garante primeiramente um viver com dignidade e não simplesmente uma sobrevivência aviltante, antes que um morrer digno. Entre nós, a morte é precoce e injusta, ceifa milhares de vidas desde a infância, enquanto que no primeiro mundo se morre depois de se ter vivido muito e desfrutado a vida com elegância até na velhice. Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida?

3. Característica típica de toda a região da América Latina e Caribe é a profunda religiosidade cristã católica, que hoje sofre um

profundo impacto com seitas fundamentalistas via mídia eletrônica. O processo de secularização atingiu a burguesia culta, porém não a grande massa do povo. A moral dessa sociedade continua a ser fundamentalmente confessional, religiosa. Esta sociedade não conheceu o pluralismo característico da cultura norte-americana. Nasce aqui sem dúvida um desafio de diálogo, bioética-teologia, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autônoma e racional com este universo religioso.

4. Uma bioética pensada a nível “macro” (sociedade) precisa ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana de uma bioética elaborada a nível “micro” (solução de casos clínicos). A bioética sumarizada num “bios” de alta tecnologia e num “ethos” individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada na América Latina por um “bios” humanista e um “ethos” comunitário (solidariedade, equidade, o outro).
5. É preciso cultivar uma sabedoria que desafie profeticamente o **imperialismo ético**, daqueles que usam a força para impor aos outros, como única verdade, sua verdade moral particular, bem como o **fundamentalismo ético** daqueles que recusam entrar num diálogo aberto e sincero com os outros, num contexto sempre mais secular e pluralista. Quem sabe, a intuição pioneira de V.R. Potter (1971) ao cunhar a bioética como sendo uma *ponte para o futuro* da humanidade, necessita ser retrabalhada neste limiar de um novo milênio, também como uma *ponte de diálogo multi e transcultural*, entre os diferentes povos e culturas, em que possamos recuperar nossa tradição humanista, o sentido e respeito pela transcendência da vida na sua magnitude máxima (cósmico ecológica) e desfrutá-la como dom e conquista de forma digna e solidária.

Bibliografía

1. “*The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*”, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research - 1979 in: **Encyclopedia of Bioethics**, revised Edition, vol 5, Warren Thomas Reich (Editor in Chief), Georgetown University, Mcmillan, New York, p. 2767-2773.

2. BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, New York, Oxford University Press, 1994.
3. DUBOSE, E.R. & HAMEL, R.P. & O'CONNELL, L.J. *A matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*. Trinity Press International, Pennsylvania, 1994. NB: Esta é a melhor obra disponível no momento atual para uma compreensão histórico cultural da gênese dos princípios bioéticos bem como uma profunda análise crítica e proposta de alternativas. É fruto de uma encontro multi-disciplinar (*case conference*) realizado em Chicago (EUA- 1992) sob os auspícios do *Park Ridge Center*, do qual participaram experts em bioética das mais diferentes partes do planeta. Representando a perspectiva Latino americana, Marcio Fabri dos Anjos, teólogo brasileiro, apresentou uma contribuição na perspectiva da teologia da libertação que é publicado nesta obra com o título "*Bioethics in a liberationist Key*" p.130-147.
4. JONSEN, Albert R., "Foreword" in: DUBOSE, E.R. & HAMEL, R.P. & O'Connell, Laurence J., *A matter of Principles. Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Pennsylvania, 1994, p. IX-XVII.
5. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, James F., **op.cit.** p. 502.
6. LEPARGNEUR, Hubert, "*Força e fraqueza dos princípios da bioética*" in: **Bioética**, Brasília, vol. 4, n. 2, 1996, p. 131-143.
7. LEPARGNEUR, Hubert, **Bioética, novo conceito: a caminho do consenso**, Edições Loyola/CEDAS-Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, São Paulo, 1996.
8. PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (org.), **Fundamentos da Bioética**, Paulus, São Paulo, 1996.
9. GRÁCIA, Diego, **Procedimientos de decision en ética clínica**, Madrid, Eudema, 1991.
10. DRANE, James, "*Preparacion de un Programa de Bioética: Consideraciones Básicas para el Programa Regional de Bioética de la OPS*", in: **Bioética**, Brasília, vol 3, n. 1, 1995, p. 7-18.

11. DRANE, James F., "*Bioethical Perspectives from Ibero-America*", in: **The Journal of Medicine and Philosophy**, vol. 21, n.6; december 1996, p. 557-569.
12. PATRÃO NEVES, Maria do Céu, "*A fundamentação antropológica da Bioética*" in: **Bioética**, vol. 4, 1996, p. 7-16.
13. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Medical ethics in the developing world: a liberation theology perspective*", in: **The Journal of Medicine and Philosophy**, vol. 21, n. 6, december 1996, p. 629-637.
14. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Bioethics in a liberationist key*", in: **A matter of principles: ferment in US bioethics**, editado por E.R. Dubose, R.P. Hamel, L.J. O'Connell, Trinity Press International, Valley Forge, Pennsylvania, 1994, p. 130-147.
15. MAINETTI, José Alberto, "*History of medical ethics: The Americas - d. Latin America*" in: **Encyclopedia of Bioethics**, revised Edition, vol 5, Warren Thomas Reich (Editor in Chief), Georgetown University, Mcmillan, New York, p. 1639-1644.
16. GARRAFA, Volnei, OSELKA, G., DINIZ, D., "*Saúde Pública, Bioética e equidade*" in: **Bioética**, vol. 5, 1997, p. 27-33.
17. GRÁCIA, Diego, "*Hard Times, hard choices: founding bioethics today*" in: **Bioethics**, vol. 9, n. 3-4, julho 1995, p. 192-206.
18. WIKLER, Daniel, "*Bioethics and social responsibility*" in: **Bioethics**, vol. 11, n. 3/4, 1997, p. 185-186.
19. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Bioethics in a liberationist key*", **op.cit.** p. 145.
20. PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de Paul, **Problemas atuais de bioética**, 4ª edição revista e ampliada, 1997. (Cf. Especialmente o capítulo "*Bioética na América Latina e Caribe*", p. 59-72).
21. GARRAFA, Volnei, **A dimensão da ética em saúde Pública**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - USP/Kellogg Foundation, 1995.