

CADERNOS DE

BIOÉTICA DO CREMESP

Doente Terminal
Destino de Pré-Embriões
Clonagem
Meio Ambiente

CADERNOS DE BIOÉTICA DO CREMESP – ANO I – VOLUME I

Publicação do Centro de Bioética do
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)
Rua Domingos de Morais, 1810 – Vila Mariana
São Paulo – SP – CEP: 04010 – 200 – Tel: 5908-5647
www.bioetica.org.br

Coordenação

Gabriel Oselka e Reinaldo Ayer de Oliveira

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

Luiz Carlos Aiex Alves

Edição e Revisão

Concília Ortona (MtB – 19.259)

Secretaria

Eliane Lima Oliveira

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Copy Desk

Carlos Felício da Silveira

Revisão

Leda Aparecida da Costa

Apoio Bibliográfico

Dinaura Paulino Franco

Doente terminal. Destino de pré-embriões. Clonagem. Meio ambiente
/ Coordenação de Gabriel Wolf Oselka e Reinaldo Ayer de Oliveira.
São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
Centro de Bioética, 2005.
154 p. (Série Cadernos de Bioética).

Colaboradores dos textos: José Eduardo Siqueira, Maria Aparecida
Teles Guerra, Miguel Kottow Lang, José Eduardo Siqueira, Walter
Ceneviva, Maria Cristina Massarollo, Marcos de Almeida, Thomas
Rafael Gollop, Franklin Leopoldo e Silva, Luiz Antonio Dias Quitério,
Helena Ribeiro Sobral.

1. Bioética 2. Doente terminal 3. Embriões 4. Clonagem 5. Meio
Ambiente I. Oselka, G.W. (coord.) II. Oliveira, R. A. (coord.) III. Conselho
Regional de Medicina do Estado de São Paulo IV. Série V. Título

NLM QH332

APRESENTAÇÃO

É com imensa satisfação que lançamos o primeiro volume dos *Cadernos de Bioética do Cremesp*, que pretende proporcionar aos colegas, bem como aos representantes de áreas diversas, o início de uma linha editorial voltada especificamente aos instigantes temas contidos no universo da Bioética.

Tomamos o cuidado de incluir outras áreas do conhecimento em nosso público-alvo, por considerarmos o caráter multidisciplinar da Bioética justamente o que a torna tão interessante – pois, em primeira instância, abre e democratiza os debates. Mas não há dúvidas: em seu dia-a-dia no consultório e/ou no hospital (e, por vezes, acadêmico e em pesquisa clínica) o médico é um dos profissionais que mais se deparam com profundos dilemas e reflexões.

Quem deve decidir o que significa o bem-estar do paciente? Até aonde ir? Como ser justo? são algumas das questões vinculadas a raciocínios bioéticos, nem sempre percebidos como tal. Ao adicionar a esta publicação fórum sobre *Doente Terminal*, por exemplo, disponibilizando linhas de pensamento variadas e obtidas a partir das experiências de expositores e do plenário, pensamos em esclarecer ou, ao menos, sugerir um caminho a ser seguido.

Num sentido mais abrangente, os demais assuntos aqui abordados, *Destino dos Pré-Embriões*, *Clonagem* e *Meio Ambiente*, cedo ou tarde constarão da rotina da maioria, pois a Ciência desenvolve-se em ritmo surpreendente.

Enfim, contando sempre com a preciosa retaguarda do nosso Centro de Bioética e da nossa Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética, os *Cadernos de Bioética do Cremesp* fazem parte dos esforços desta gestão, no sentido de oferecer subsídios para que, na medida do possível, sejam adotadas decisões eticamente acertadas.

Isac Jorge Filho
Presidente do Cremesp

INTRODUÇÃO

A evolução das pesquisas envolvendo seres humanos; os dilemas sobre o início e o fim da vida, decorrentes de avanços do conhecimento científico; e, sobretudo, os problemas relacionados à ética do exercício profissional do médico, devem ser enfrentados sem medo, nem preconceitos.

No Brasil, desde a década de 1990, os conceitos vinculados aos temas acima mobilizaram cientistas e a sociedade em torno da Bioética.

A Bioética dedica-se “ao estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visões, decisões, condutas e políticas das ciências da vida e dos cuidados da saúde, utilizando extensa variedade de metodologias éticas, num contexto interdisciplinar”. Deve ser entendida como uma área do conhecimento para onde converge a reflexão sobre os aspectos éticos das realidades psicossocial e biológica do homem.

Preocupado com essas questões o Cremesp criou, em 2000, a Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética, cujo objetivo é analisar e emitir pareceres sobre assuntos que, de alguma forma, não estavam contemplados no Código de Ética Médica e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Desde o início, a Câmara é formada não só por médicos como também por profissionais de outras áreas da saúde e campos do conhecimento. A tarefa de seus componentes não é a elaboração de normas, mas, sim, abrir o espaço para os temas que estavam sendo discutidos pela sociedade.

Desta maneira surgiram os seminários de Bioética, reuniões abertas em que cientistas, conselheiros, intelectuais e pessoas da sociedade em geral debatem temas envolvidos neste universo.

Em 2002, foi criado o Centro de Bioética com a meta de ampliar as ações do Cremesp no assunto, implementando projetos e atividades. Passou, então, o Conselho a contar com uma estrutura totalmente dirigida à Bioética. →

O resultado dessas atitudes pioneiras chega agora a um novo patamar, com a criação de uma linha editorial voltada à Bioética: os *Cadernos de Bioética do Cremesp*.

A iniciativa é aberta pela publicação de fórum e seminários realizados durante a gestão do Prof. Dr. Marco Segre como coordenador da Câmara Técnica, e do Prof. Dr. Gabriel Oselka, do Centro de Bioética, que abordaram o *Doente Terminal; Destino de Pré-Embriões; Clonagem e Meio Ambiente*.

Após consulta e revisão por parte dos autores, constataram-se poucas modificações, pois os enfoques dos eventos continuam bastante atuais. As mínimas alterações ocorreram por demanda especial, como é o caso de inserções em aspectos jurídicos da reprodução assistida, motivadas pelo novo Código Civil.

Quanto à padronização dos textos, buscou-se manter a fidelidade possível ao dito pelos autores, garantindo que eventuais mudanças visassem apenas à melhora da fluência, às vezes, prejudicada pela linguagem falada. Ainda para a clareza, optou-se por classificar as intervenções promovidas pela plateia como “participação do plenário”.

Esperamos que todos gostem do resultado da primeira edição dos *Cadernos de Bioética do Cremesp*, já que é meta da Câmara Técnica e do Centro de Bioética tornar esse trabalho periódico e em constante aprimoramento.

Gabriel Oselka

Coordenador do Centro de Bioética do Cremesp

Reinaldo Ayer de Oliveira

Coordenador da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Cremesp

ÍNDICE

DOENTE TERMINAL	8
DESTINO DE PRÉ-EMBRIÕES	42
CLONAGEM	84
MEIO AMBIENTE.....	120

DOENTE TERMINAL

A Câmara Técnica de Bioética promoveu, no dia quatro de maio de 2001, no auditório da sede do Conselho Regional de Medicina (Cremesp), o *Fórum sobre Paciente Terminal*, coordenado por Marco Segre, professor titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ FMUSP e conselheiro do Cremesp, e do qual participaram dois expositores: José Eduardo Siqueira, professor da Universidade Estadual de Londrina e coordenador da Câmara Técnica de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná; e Maria Aparecida Telles Guerra, médica sanitária e professora do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Na ocasião, foram apresentados os resultados das oficinas relacionadas ao mesmo tema, realizadas em Campinas, coordenada pelo conselheiro Enídio Ilário; em São Paulo, pelo conselheiro Caio Rosenthal; e em Ribeirão Preto, pelo delegado regional do Cremesp Nelson Okano.

[MARCO SEGRE]

O desejo da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp de realizar este Fórum nasceu da idéia de propor aos médicos algo que os ajudasse na prestação da assistência aos pacientes terminais, seja sob a forma de Resolução, seja sob a forma de Recomendação – ou providência semelhante.

Em um momento em que a eutanásia está sendo aprovada na Holanda (*Lembrando: o encontro ocorreu em maio de 2001*), o tema *paciente terminal* pode render muito debate. Para contemplá-lo, foram promovidas três oficinas: Campinas, São Paulo e em Ribeirão Preto, cada qual com vinte participantes. Estas tiveram caráter multidisciplinar e enfocaram a situação dos pacientes terminais e o comportamento dos profissionais da Saúde, responsáveis por seu cuidado.

Na primeira parte deste Fórum serão expostos os relatórios das oficinas. Na segunda, acontecerão os comentários dos nossos convidados, José Eduardo Siqueira e Maria Aparecida Telles Guerra. Para a terceira parte está marcada a discussão, envolvendo o plenário.

RELATÓRIO DA OFICINA DE CAMPINAS

Coordenada pelo conselheiro Enídio Ilário

Principais pontos destacados:

→ Durante as quatro horas da discussão realizada em Campinas, não houve a intenção de esgotar o assunto

→ A maioria dos participantes era da classe médica em suas várias especialidades, principalmente aquelas com maior experiência no convívio com pacientes terminais, como Oncologia, Medicina Intensiva e de Emergência, Infectologia e Psiquiatria. Estiveram presentes também psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, religiosos e filósofos, além de um grupo de pessoas pertencente ao Comitê de Cuidados Paliativos do Caisme (Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental), do Hospital da Mulher de Campinas, e do Centro Boldrini, Hospital de Oncologia Infantil de Campinas

→ Inicialmente adotou-se a expressão *doente terminal* em vez de *paciente terminal*, respeitando, inclusive, o Princípio de Autonomia

→ A intenção da oficina foi de trazer propostas concretas ao Fórum. A primeira vincula-se à criação de grupos interdisciplinares de discussão sobre doente terminal, no âmbito dos hospitais, formados por diferentes profissionais da equipe de saúde, com as seguintes funções: dar continência emocional ao paciente, à família e à equipe de saúde que atende ao doente terminal; ser espaço de reflexão sobre o doente terminal; ser espaço de discussão, voltado às controvérsias e dilemas relacionados às situações individuais

→ A segunda: O Conselho Regional de Medicina (Cremesp) deve motivar e estimular os hospitais, para que o médico tenha condições de conversar dignamente com a família do doente terminal em sala apropriada e não em corredores, em condições precárias, como costuma acontecer

→ Terceira: Ponderou-se que o Cremesp deveria estimular os hospitais – ou os responsáveis pela assistência à saúde – a organizarem cursos de formação em capelania, que possui significado amplo, multirreligioso, podendo ser abarcado por qualquer profissional preparado para discutir questões individuais, respeitando a crença e a fé de cada pessoa. Teriam o objetivo de preparar pessoas para apoiar espiritualmente o doente terminal e sua família, a exemplo do que já faz o Caisme da Unicamp

→ Quarta: Criação de comitês de cuidados paliativos nas instituições, para acompanharem os doentes terminais. Participariam profissionais de diversas áreas

→ Por último, capacitação das equipes de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas envolvidos no atendimento ao doente terminal.

RELATÓRIO DA OFICINA DE SÃO PAULO

Coordenada pelo conselheiro Caio Rosenthal

Principais pontos destacados:

→ Além de conselheiros e outros médicos convidados (como intensivistas e pediatras), participaram os demais componentes da Câmara Técnica de Bioética; enfermeira e jurista emérito

- O primeiro item da pauta constituiu-se em buscar a definição de “paciente terminal”. Entretanto, considerou-se que achá-la seria absolutamente impossível pela subjetividade do tema. Traçou-se um paralelo com episódio ocorrido na Suprema Corte dos EUA, quando juristas buscavam a definição de “pornografia”. Em certo momento, alguém disparou: *Não sei definir pornografia, mas sei reconhecer quando alguma coisa é pornográfica*
- A importância da definição de paciente terminal só tem sentido em função da conduta que se vai adotar ou deixar de adotar. No entanto, houve consenso de que a expressão *paciente terminal* é inapropriada: agride o doente, os seus familiares e a sociedade
- À medida que os avanços da Medicina vão tomando conta das UTIs e dos tratamentos de ponta, a expressão *terminal* vai ficando inadequada
- *Terminalidade* poderia refletir muito melhor o que seria o estado de um paciente terminal. É um conceito dinâmico: a pessoa, hoje, pode *estar* terminal e amanhã não
- Exemplo clássico são os pacientes com Aids. Há questão de uma década, eram terminais; agora, nem se discute isso. O mesmo ocorre em relação ao câncer. O paciente com esta doença tinha praticamente prognóstico fechado; atualmente se sabe que mais de 50% dos cânceres têm cura
- No campo jurídico, não existe definição de “paciente terminal”. O ponto de vista jurídico segue o da Bioética: quem define se o paciente é terminal ou não é o médico e o jurista se baseia nesta definição
- Insistiu-se sobre o fato de que o médico que lida com paciente terminal tem muito receio em tomar ou não determinadas atitudes, em grande parte, por causa do Código de Ética, que embasa os Conselhos Regionais e Federal de Medicina
- O intensivista, por exemplo, muitas vezes não toma determinadas atitudes, ao lembrar-se de que conta com uma “espada” sobre a cabeça. O Cremesp afigura-se para ele como órgão inquisitorial
- A proposta da presença de equipe multiprofissional para dar apoio necessário ao doente foi unânime. Teria a finalidade precípua de prestar os cuidados, em vez de insistir na cura do paciente. Ou seja, tentar dar atenção à pessoa que está nesse estado e não à doença que a pessoa carrega consigo
- Nesse sentido, o Hospital Emílio Ribas é pioneiro no Brasil. Lá existe uma Comissão de Cuidados Paliativos oficialmente estabelecida, a qual exerce papel importante dentro do hospital. Assim como se solicita o otorrino ou o oftalmologista, também se solicita essa comissão. No prontuário, a Comissão de Cuidados Paliativos põe um carimbo para indicar que está acompanhando o paciente
- Nunca se pode desconsiderar a possibilidade de erro de diagnóstico de “paciente terminal”

- Quanto à morte encefálica, foi lembrado que jamais se deve lançar mão desse conceito numa discussão sobre paciente terminal, enquanto se está falando sobre a vida de uma pessoa
- Outro item levantado correspondeu à questão da regionalização do paciente terminal: em uma determinada instituição, alguém pode ser considerado paciente em estado terminal; e, num hospital de ponta, o mesmo doente, com a mesma patologia e no mesmo estágio clínico, pode não ser considerado assim
- Não se devem aplicar uniformemente os preceitos ou conceitos da Bioética ao paciente terminal: torna-se imprescindível a análise caso a caso. Diagnosticada a terminalidade, os princípios norteadores da ação são, em ordem de hierarquia: Autonomia; Não-maleficência e Beneficência
- O princípio de Autonomia conta com um ordenamento determinado. Primeiro, vincula-se à vontade do doente. Na impossibilidade de ele se expressar, à vontade dos familiares. Hoje, uma forma de apoio corresponde ao consentimento livre e esclarecido, que só é útil se apresentar linguagem acessível
- Outro tema discutido foi o conceito de *hospice* e a possibilidade de articulação com a prática atual. O *hospice* nasceu na Idade Média, a partir de congregação religiosa cristã. Acolhia peregrinos doentes e exaustos, fornecendo-lhes tratamento e repouso. Portanto, a idéia fundamental refere-se ao acolhimento de pessoas em situações difíceis e extremas e daí estar sendo utilizada como alternativa para o acompanhamento de pacientes terminais
- Hoje, mais do que um “lugar”, o conceito se refere à filosofia de atendimento ao ser humano em sofrimento no fluir da vida. A aplicação dessa filosofia pode ser implementada em hospitais especializados ou mesmo em domicílio. Os *hospices*, então, criariam mais vagas nos hospitais – com a conseqüente alocação de recursos para outras situações (maior racionalidade no emprego destes), concordando assim com o princípio bioético da Justiça
- Uma questão de ordem econômica: como lidar com a relação entre *terminalidade e doente particular* / *terminalidade e convênio médico*? De um lado, encontra-se a família que banca o tratamento e deseja que o seu familiar fique na UTI o menor tempo possível, pois paga do próprio bolso; de outro, aquela família que tem por trás algum convênio, que dá suporte e sustentação financeira – situação rara. Se há um pagador, a família sempre fica protelando o fim dos cuidados, pedindo mais e exigindo mais investimentos
- O Brasil, em contraste com a Inglaterra que tem 2.500 leitos para pacientes em situação de terminalidade, não possui *nenhum* leito preparado especificamente para isso
- As escolas médicas estão despreparadas quanto ao tema “pacientes terminais”. Estas, além das residências, não dão conta: o médico está sempre pre-

parado para curar, tentar salvar, e nunca para acompanhar o paciente no período final: este é atendido no momento em que nasce, durante sua vida, mas nos momentos de terminalidade, fica praticamente abandonado

→ Discutiu-se também a questão da utilização de algumas drogas. Nesse sentido, falou-se sobre a morfina: dificuldades de acesso; prescrições erradas (segundo informação da Comissão de Cuidados Paliativos, 82% dos médicos no hospital Emílio Ribas não sabem como prescrever dose de morfina); a burocracia que existe para consegui-la, etc.

→ Outro tema abordado foi alta a pedido. De novo, existe uma espada sobre a cabeça do médico. Muitas vezes, o profissional faz a família assinar documentos, termo de compromisso, escrever que a alta está sendo feita a pedido... Enfim, impõe-se tanto medo, tanta burocracia, que os parentes acabam desistindo de levar o doente para morrer em casa. Tal questão é bastante interessante, pois limita a atuação do profissional quanto aliviar ou abreviar o sofrimento de um paciente.

RELATÓRIO DA OFICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Coordenada pelo delegado regional do Cremesp, Nelson Okano.

Principais dúvidas e pontos destacados:

- A maioria da platéia era composta por médicos
- Para eles, trata-se de um tema complexo sobre o qual surgiram muitas questões e pouca conclusão
- A palavra *terminal* tem conotação inadequada
- É importante examinar a questão do paciente terminal sob vários aspectos, não apenas o médico
- Seria a morte encefálica o ponto final para o paciente terminal?
- À luz da Bioética, como é enxergado o doente terminal e como fica a autonomia dele quando pede: *Quero morrer!?* (Enfatizando-se, inclusive, o teor da Lei Estadual nº 10.241 de 1999, conhecida como Lei Covas). E, se for criança, a decisão é dos pais?
- É obrigação do médico tratar. Mas e se o paciente recusar o tratamento? E se for pessoa mentalmente perturbada?
- Como está sendo compreendido o *consentimento informado*?
- O médico deve sedar a dor, mesmo que isso abrevie a vida do doente?
- Quem faz a comunicação das más notícias? É sempre o médico?
- Qual é a cultura dos médicos em relação à morte?
- Qual é a importância da relação médico-paciente, no caso de doente terminal?
- Quem decide a eutanásia? A família?

- Ocorreram vários questionamentos em relação a tratamento fútil. Por exemplo, o médico deve ou não operar um paciente moribundo? Para alguns participantes, há colegas que consideram que sempre se deve operar
- É válido administrar-se nutrição parenteral total a um paciente com câncer avançado que não consegue ingerir alimentos? É o tipo de decisão com a qual o médico lida sozinho, sem orientação ou com quem discutir!
- Há dúvidas que envolvem o princípio de Justiça. Por exemplo, vale a pena realizar um transplante, se sabemos que o doente não terá condições de seguir o tratamento? É ético fazer seleção?
- Em resumo: o *paciente terminal* é tema que suscita muitas dúvidas, e sobre o qual há pouco consenso.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

A Medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A ética médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista. Ao paciente cabe simplesmente obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente, desconsiderando-se os valores e crenças dos pacientes. Somente a partir da década de 1960, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo.

À mesma época, a Medicina começou a incorporar com muita rapidez um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final, era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que, não é descabido dizer, se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista.

Bernard Lown em seu livro “A arte perdida de curar” afirma: “As escolas de Medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da Ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com os moribundos... A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.”

Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico, sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, os pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis por engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece, além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais do que vegetativo. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?

Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995 no *Archives of Internal Medicine* mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de Medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo terminal, impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família. O *Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risk of Treatment* (estudo SUPPORT) colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estiveram conscientes nos três dias que antecederam a morte; 40% sofreram dores insuportáveis; 80% fadiga extrema e 63% tiveram extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentava.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento de Oliver Holmes, que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre”. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa,

desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à chamada obstinação terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil sopro de vida. Um documento da Igreja Católica de maio de 1980 sobre eutanásia assim considera a questão: “É lícito renunciar a certas intervenções médicas inadequadas a situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar, ou ainda, porque demasiado gravosas para ele e sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida...”

O exemplo da diálise

Vou contar uma história que pode ser bastante elucidativa.

Um homem, de 64 anos, extremamente simples, tinha diabetes, hipertensão arterial e insuficiências coronária e renal crônica. Três vezes por semana, precisava ser submetido à diálise. Até que, um dia, disse ao seu filho (estudante de Medicina prestes a se formar) algo como: “Acabou. Não quero mais passar por isso”. Ao que o rapaz retrucou: “Você não pode! Se parar, morre”. E o doente: “Já me decidi. Porque isto não é vida e não quero viver assim”.

Foi aí que o círculo de coação começou a crescer. Entrou na discussão um clínico; um cardiologista; um nefrologista... E o homem não queria ceder.

Em determinado momento, diz-lhe o nefrologista, já impaciente: “O senhor está cometendo suicídio!” Na sua simplicidade, respondeu de forma extraordinária: “Doutor, quem sabe da minha vida, da qualidade da minha vida, sou eu. Não o senhor!”

Esse exemplo lança luz sobre a pergunta relativa à decisão de operar ou não um moribundo. Seria do médico? E nos faz refletir: tem cabimento?

Na minha opinião, o que se está fazendo com os pacientes de UTI é dramático. É simplesmente distanásia. *(de acordo com o dicionário Aurélio, “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil).*

No outro dia, ouvi de um médico da geração mais antiga, ao sair do plantão: “É absurdo o que estamos fazendo. Há um número enorme de pessoas internadas na UTI, e cada médico inventa um negócio...”. O que ele queria dizer? Com toda a tecnologia disponível, o doente precisa pedir autorização para morrer. Tem de convocar uma junta médica e dizer: “Pelo amor de Deus, deixem-me ir!”.

Ao entrarmos em UTI de qualquer hospital do Brasil veremos um paciente cheio de equipamentos, rodeado por profissionais que “visitam” aparelhos. Entram, olham o monitor, vêem a medição da urina, perguntam como está o potássio... Estariam tratando de variáveis biológicas ou de uma pessoa?

A falta de participação da população, do paciente, é muito relacionada a uma cultura fomentada ao longo do tempo, paternalista, vertical, na qual os médicos tomam decisões. Uma das sugestões é que o Cremesp estimule os médicos a fazerem com que a população participe.

“Pornografia”?

Gostaria também de contar-lhes um fato ocorrido em curso de Bioética, no qual também surgiu de forma interessante o assunto “pornografia”. O orientador, Diego Gracia, levou à discussão um filme feito na Holanda – por sinal, muito bem realizado – sobre suicídio assistido.

Os diretores estudaram vários casos e produziram a fita, contando a história de um homem com doença degenerativa em franco progresso, que decidira morrer. Na cena final, são mostradas três figuras: um jovem médico assistindo a essa pessoa durante seus últimos momentos e responsável pela eutanásia ativa; o paciente e sua esposa. Então, o doente vai para um lugar da casa onde quer passar seus instantes derradeiros e acontece a eutanásia, com o médico injetando um líquido letal.

Após a exibição, as luzes foram acesas e, logo em seguida, Diego Gracia solicitou: “Vamos discutir o caso?”

Silêncio de túmulo...

O orientador – que sabia que isso aconteceria – insistiu: “Vocês sempre animados a discutir... E então?”.

Ninguém abre a boca.

Até que um filósofo levanta e desabafa: “Acabei de ver um filme pornográfico!”

Essa é a grande riqueza da Bioética. Foi “pornográfico” para aquela

platéia, de latino-americanos, que consideram a eutanásia ativa absolutamente inaceitável. De fato, essa questão da moral, do *mores*, dos costumes, precisa ser levada em conta.

A morte ou mamba na UTI

Em maio de 1991, o jornal *The Washington Post* publicou artigo assinado pelo médico John H. Flashen com o título: “Escolhendo morte ou mamba na UTI”, que bem define a situação de sofrimento que muitos doentes experimentam quando internados em nossas modernas Unidades de Terapia Intensiva. Relata o articulista, em história ficcional, a experiência que viveram três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo de canibais.

Como forma de execução, o chefe tribal oferecera-lhes duas opções: morte ou mamba. Dois deles sem saberem o significado de mamba a escolheram, na suposição que certamente seria melhor que a morte, a qual bem conheciam. Souberam, então, que mamba era uma cobra venenosa cuja picada impunha enorme e insuportável sofrimento antes de culminar, após algumas horas, em morte. Viveram, assim, uma longa agonia antes do final. Após presenciar o insólito sofrimento dos companheiros, o terceiro missionário rogou ao chefe indígena que lhe concedesse a morte. Recebeu como resposta que a teria sem dúvida, porém, precedida de “um pouquinho de mamba”. A questão apresentada por Flashen aos médicos é sobre a quantidade da mamba imposta cotidianamente a inúmeros pacientes internados em UTI.

Lemos em *Eclesiastes*, redigido provavelmente no século III a.C.: “Tudo tem seu tempo, o momento oportuno para todo propósito debaixo do sol. Tempo de nascer, tempo de morrer” (Ec 3; 1 e 2). Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível é missão daqueles que assistem aos pacientes terminais.

Um grave dilema ético que se apresenta hoje para os profissionais de saúde se refere a quando não utilizar toda tecnologia disponível. Jean Robert Debray em seu livro “*L’acharnement thérapeutique*” assim conceitua obstinação terapêutica: “Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos, cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores do que os inconvenientes provocados. Essa batalha fútil travada em nome do caráter sagrado da vida parece negar à própria vida humana àquilo que ela tem mais essencial que é a dignidade”.

Finalizamos esta exposição propondo um desafio, especialmente dirigido aos hospitais universitários. Por que não oferecer, além de unidades de alta tecnologia médica, um serviço de cuidados paliativos com assistência multidisciplinar? Profissionais de diferentes áreas do saber acadêmico integrados para proporcionar um atendimento ao paciente e sua família nesse período crucial da vida.

Aqui, vale um parêntese – concordando com a conclusão de uma das oficinas: às vezes, um paciente pode ser terminal num ambiente e não em outro. Por exemplo, paciente internado em UTI com infarto agudo do miocárdio, grave lesão, choque cardiogênico, etc. Se estiver num hospital pequeno, sem suporte tecnológico, vai morrer, ainda que não seja, necessariamente, um doente terminal. Em tese, haveria como se empregar a tecnologia para salvá-lo.

Diferente é ter na UTI paciente crônico, que teve “n” sofrimentos, portador de carcinoma de próstata com metástase generalizada, com AVC, entubado... É necessário saber distinguir estas duas coisas. Penso que toda a tecnologia deve ser dirigida ao doente agudo, mas que conta com condições de ser salvo. Por outro lado, o doente crônico, a quem a Medicina não oferece nenhuma chance de cura, merece cuidado diferente. Este é o paciente terminal.

No Brasil há muito o que fazer, iniciando-se pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada capacitação técnica e nenhuma ênfase humanística. Precisamos atentar para as observações de Bernard Lown, que exorta as faculdades de Medicina a formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento e menos técnicos, menos “oficiais maiores da Ciência e gerentes de biotecnologias complexas” e mais profissionais humanos. Afinal, se estamos ao lado do ser humano ao nascer e no transcurso de sua vida, precisamos acompanhá-lo solidariamente no morrer, mas que a derradeira passagem respeite sua dignidade.

[MARIA APARECIDA DE TELLES GUERRA]

Vamos abordar o tema da pornografia, já que se falou dele.

Em 1955, Geoffrey Gorer, um sociólogo inglês, publicou trabalho chamado “A Pornografia da Morte”, que teve grande impacto no meio especializado; foi depois republicado em livro nos anos 60. Nesse trabalho, Gorer trata da constatação de que o luto, a morte, o morrer, eram temas proscritos e banidos da sociedade contemporânea.

Ele relata que no início do século XIX todo mundo – incluindo as crianças – estava bem familiarizado com a morte. As pessoas morriam em casa e todos viam e participavam do evento. Mas os nascimentos, as atividades sexuais, eram escondidas, consideradas pornográficas. No século passado os costumes se inverteram: as atividades reprodutivas passaram a ser assunto comum, debatido sem constrangimentos, e a morte e o morrer foram banidos das conversações. Foi a morte que virou pornográfica e fora da mesa de debate da sociedade. Preparar-se para esse evento, então, também não faz parte do repertório das “pessoas de bom gosto”.

Qual é o papel do médico nessa questão?

Na medida em que a morte saiu das residências – não se morre mais em casa atualmente –, onde é que ela ocorre? Desde a década de 50, na maioria das sociedades ocidentais, a morte ocorre nos hospitais. Com o avanço tecnológico na área da saúde, os familiares sentiram necessidade de levar seus doentes graves aos hospitais, não só em busca da cura ou prolongamento da vida, mas também para que a morte – se inevitável – pudesse ocorrer dentro do ambiente hospitalar. Principalmente nas grandes cidades, as casas e as pessoas não estão mais preparadas para receber e cuidar dos doentes moribundos e para lidar com a morte e funerais.

Numa cidade como São Paulo, quem pode acolher uma pessoa agonizante em casa? Quem é o cuidador? Quem pode deixar o seu trabalho e ficar ao lado do doente? Quem cuida dos preparativos, se a morte ocorrer? Como fazer o velório? Como colocar um caixão dentro de um apartamento pequeno? O caixão cabe no elevador? O médico será chamado? E, se ele não puder ir até lá, como providenciar o atestado de óbito?

Tal situação acabou expulsando de casa o agonizante, mesmo aquele sem qualquer chance de melhora, empurrando-o para o hospital.

O “morrer” no hospital

Dados do Programa de Aprimoramento de Informações sobre Mortalidade (Proaim), da Prefeitura de São Paulo, mostram que nos últimos cinco anos, cerca de 85% dos óbitos do Município de São Paulo são hospitalares. A morte, o morrer, estão ocorrendo dentro dos hospitais. Importante, pois, tentar entender o que se está fazendo, o que se está proporcionando a essas pessoas, em termos de serviços.

Vários estudos em países desenvolvidos pesquisaram as necessidades referidas pelos pacientes nesta situação. O que preferem, o que bus-

cam, o que necessitam na fase terminal? Muitas respostas podem ser óbvias; não é preciso ser médico para conhecê-las: basta ter tido um familiar ou pessoa querida nessa situação.

Reconheçamos: é pouco o que é oferecido no ambiente hospitalar; é pequena a capacidade dos serviços de saúde convencionais para responder às necessidades desses pacientes, físicas, emocionais, sociais e espirituais.

É preciso ter em mente o fato de que a morte também é um evento natural, isto é, não precisa ser sempre combatida. O viés da formação médica faz com que muito comumente usemos palavras do jargão de guerra para falar da morte: combater, lutar, conquistar... A figura do médico é fortemente associada a alguém que está brigando contra a morte. Parece até que o ser humano não é mais uma espécie mortal. Mas, a despeito dos avanços inegáveis da Medicina, o ser humano continua morrendo: só varia a forma.

Com o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, muito provavelmente as pessoas da classe média viverão uma “fase terminal”. Doenças agudas e acidentes ocorrem, mas a grande maioria das pessoas dos países desenvolvidos morre hoje com doença crônico-degenerativa – cuja “fase terminal”, com maior probabilidade, levará a busca de assistência.

O problema é que se espera do médico que evite uma morte. Li em um artigo publicado por uma especialista em UTI que, em seu trabalho, ela aprendeu que “salvar a morte é tão gratificante e tão importante quanto salvar uma vida”. Quando se identifica que o doente está morrendo, vivendo sua fase terminal, o papel do médico é “salvar” essa morte, isto é, fazer que seja um episódio com o menor sofrimento possível.

Dois trabalhos importantes no Brasil a respeito de pacientes em fase terminal, um da professora Maria Helena Pereira Franco, outro da professora Maria Júlia Kovács, mostram que, mesmo tratados em instituições de oncologia, os pacientes geralmente desconhecem o seu prognóstico, não participam de discussão adequada ou em nível que lhes pareça satisfatório para entenderem o que está ocorrendo. Não participam das decisões, não recebem assistência especializada. Um dos motivos é a formação insuficiente, não só dos médicos, mas também de enfermeiros, psicólogos, etc. Existem poucos profissionais especializados em atender esses doentes.

A prevalência de dor na fase terminal é alta. Vários trabalhos apontam que a maioria dos pacientes morre só e com dor nas UTIs ou nas enfermarias. Um importante estudo norte-americano – o SUPPORT, já

citado pelo doutor Siqueira – fez um levantamento das condições de assistência, intervindo durante dois anos em cinco hospitais-escola, tendo-se avaliado mais de quatro mil mortes. Depois de dois anos de intervenção, percebeu-se que o impacto da intervenção foi muito pequeno: continuavam ocorrendo encaminhamentos do doente moribundo para terapias agressivas, alta prevalência de dor, desconhecimento de diagnóstico por parte do paciente. Isso mostrou que intervenção pontual no hospital, junto a profissionais já formados, tem impacto pequeno. Apon- tou a necessidade de mudanças de valores, mudanças culturais muito mais sérias e constantes do que trabalhos pontuais.

O surgimento de um modelo de assistência ao moribundo

Outro tema importante é o surgimento de alternativas ao modelo assistencial hegemônico. Nos anos 60 apareceram, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, quase simultaneamente, movimentos alternativos à forma de assistência hospitalar vigente, que era semelhante à que se tem aqui atualmente. O que estava por trás deles?

Os “panos de fundo” desse cenário eram a alta prevalência de doenças crônicas, principalmente câncer, com doentes em fase avançada; elevação dos custos da assistência médica; viabilização técnica de assistência domiciliar; progresso farmacológico, possibilitando melhor analgesia, etc.

Havia queixa da população quanto à forma de assistência praticada. Existia um certo repúdio ao autoritarismo médico. Melhor: ao autoritarismo em geral. Eram os anos 60, tempos da contracultura: movimento *hippie*, defesa do parto natural, do direito ao aborto, do direito à morte, etc. Essas questões estavam na ordem do dia entre a população, principalmente dos EUA. Daí surgiram as manifestações sociais de resgate dos direitos e da autonomia do doente. O nascimento da Bioética, um pouco depois, contribuiu também para a implementação de debates e o estabelecimento de novas práticas.

Na Inglaterra houve o trabalho pioneiro de Cicely Saunders que, nos anos 50, trabalhava em um hospital para doentes com câncer, onde presenciava alta prevalência de dor, o que a incomodava muito. Então, alguém lhe disse: *Se você quer mudar essa situação, faça Medicina. Como assistente social e enfermeira, não vai conseguir alterar o modelo médico.*

Ela se formou em Medicina, estudando a dor por mais de dez anos. Analisou os pacientes que morriam em hospitais, seus sofrimentos e suas

necessidades. Criou o conceito *hospice* de cuidados para o tratamento das dores, sintomas e desconfortos dos doentes agonizantes e fundou, em 1967, a primeira unidade nesse novo modelo: o St. Christopher's, em Londres. Antes de Saunders (que, por seu trabalho, recebeu da rainha da Inglaterra o título de *Dame*), os *hospices* existentes eram estabelecimentos organizados por entidades de caridade cristã, que buscavam não o tratamento e, sim, ofereciam alojamento a doentes.

Saunders também criou o conceito de “dor total”, isto é, a dor nunca é um fenômeno físico isolado no ser humano: é física, mental, social e espiritual. Os pacientes continuam sofrendo mesmo tomando analgésicos, se não forem tratados todos os componentes.

O crescimento da assistência hospice

Um pouco antes de Cicely Saunders criar em 1967 o primeiro *hospice* moderno inglês, ela esteve nos Estados Unidos onde fez vários intercâmbios.

Como eu já havia dito, na América o movimento *hospice* foi bastante diferente: mais social e amplo, de contracultura – meio *hippie*, meio heróico: os familiares retiravam os doentes do hospital porque estavam descontentes com o prolongamento da agonia deles; com o afastamento entre pessoas queridas; com o autoritarismo médico; com o sofrimento excessivo.

Situações como essas passaram a ocorrer com alguma frequência, em associações de bairros, comunidades, paróquias... Entretanto, logo se viu que não se conseguia muita melhora para os doentes. Mesmo com métodos alternativos, como acupuntura, massagem, etc. (era o que se procurava, já que se tratava de impulsos contrários à hegemonia médica), percebeu-se que não se conseguia a analgesia e que os pacientes mantinham os sintomas desagradáveis. Então, os profissionais da saúde voltaram a ser procurados.

Esse movimento começou a crescer porque estava preenchendo uma lacuna. Configurou-se claramente a necessidade de serviços para a assistência a doentes em final de vida (nos *hospices*), coisa que os profissionais e os gerentes e traçadores das políticas de saúde não haviam percebido. O modelo *hospice* de *Dame* Cicely Saunders foi então implantado nos EUA.

Isso tomou tal proporção que, em 1983, o órgão financiador do sistema de saúde norte-americano, através do *Medicare*, passou a oferecer esse serviço chamado *hospice*. A evolução foi tão rápida que, em 1988, foi formada a *National Hospice Organization*, com mais de duzentas instituições (hoje conta com mais de três mil serviços associados).

Apenas para se ter uma idéia dos valores econômicos envolvidos nos Estados Unidos, cerca de 1/3 das despesas do *Medicare* com assistência à saúde refere-se ao atendimento a pacientes no final da vida. Atualmente o *Medicare*, a *Blue Cross* e todas as grandes empresas de saúde americanas oferecem a seus usuários a assistência em *hospices*; mais de 20% das mortes do país recebem esse tipo de atendimento.

Enfatizando, a assistência *hospices* é um conceito de cuidados e não um local específico. Pode ser realizada em um estabelecimento próprio; em uma enfermaria de hospital; ou em leitos esparsos, atendidos por uma equipe de cuidados paliativos. O grupo também pode se deslocar do ambulatório aos domicílios.

Mas o que caracteriza o serviço de assistência *hospices*, esse modelo criado na Inglaterra e implantado nos Estados Unidos, em vários países da Europa (como França e Itália), Canadá e até em países pobres?

É o trabalho multiprofissional, integrado. Porque se quer dar apoio integral: físico, espiritual, social e mental. Outras características desse modelo são: o doente e seus familiares são o alvo dos cuidados; ele deve ser ouvido com atenção e respeito; e os familiares devem ser envolvidos no tratamento. O *Medicare*, por exemplo, paga o atendimento aos familiares. Parentes e amigos também são bem-vindos como voluntários para ajudar nos cuidados.

Dados curiosos e papel dos CRMs

Em certos *hospices* com unidade própria, até a visita de animais de estimação é permitida. Não se proíbe o fumo, nem bebidas alcoólicas, em uso socialmente aceito, desde que não levem a desconforto. As restrições alimentares são relacionadas aos sintomas em curto prazo, uma vez que o paciente tem prognóstico de vida curta. Por que fazer restrições ao que não leva ao desconforto?

Sobre as questões da identificação da fase terminal e da “pornografia”, li, recentemente, um artigo que comparava estas questões àquele velho exemplo do elefante: é fácil de se identificar, mas difícil de se descrever. É muito difícil para o médico definir a fase terminal. Elisabeth Kübler-Ross foi uma das pioneiras no estudo e divulgação da questão da morte e do morrer, também nos anos 60, nos Estados Unidos. Ela conta em sua autobiografia que, quando começou seu trabalho nesse campo, era muito discriminada nos hospitais. Os outros médicos lhe diziam: *Na minha enfermaria não tem ninguém morrendo*. Então ela perguntava para as

faxineiras do hospital: *Onde estão os pacientes graves, agonizantes?* E assim sempre conseguia localizar os moribundos. Quando seu trabalho passou a ser mais reconhecido, começou a contar com a cooperação de colegas.

No Brasil, nesses últimos 20 anos, os conceitos *hospice* e cuidados paliativos vêm surgindo de forma tímida. No entanto, as inquietações dos médicos – pelo menos, no Hospital Emílio Ribas, onde trabalho e colhi dados para minha tese de doutorado – são muito frequentes. Os médicos querem desempenhar um trabalho melhor. Mas melhor como? Até onde se pode ir? As pessoas querem morrer em casa, só que é muito difícil para as famílias levarem os seus doentes. Às vezes, elas até estão dispostas e se prepararam para recebê-los mas, chega na hora, o hospital não autoriza a saída ou o médico não assina a alta. Por quê? Porque o médico não pode dar alta a pedido, se houver risco iminente de morte. O que fazer?

Essas questões são fundamentais e os Conselhos de Medicina podem ajudar a resolvê-las e também outras muito concretas, mesmo sem intervir no sistema de serviços estruturados do modo como está.

[MARCO SEGRE]

No início da década de 80, quando se começou a trabalhar com Bioética, o grande questionamento era *quando se podia desligar um aparelho*. A preocupação voltava-se aos transplantes. Tal motivação, bastante objetiva e pragmática, foi a mola propulsora do interesse pelo paciente que está em final de vida.

Mas agora, em 2001 (*ano em que o evento foi realizado*), pergunta-se *quando talvez se deve desligar o aparelho?* Houve mudança bastante significativa: acrescentou-se certa tonalidade de “humanismo” ao que já existia. Não que há vinte, trinta anos éramos menos humanos do que somos atualmente, mas começou-se a discutir outro enfoque relativo ao fim da vida. A mudança da lei na Holanda (*sobre a possibilidade de eutanásia ativa*) repercutiu em todo o mundo. Não se trata de dizer: o que serve para a Holanda serve ou não para nós. Precisamos pensar, refletir sobre essas situações, como foi feito durante este Fórum.

Realmente é privilégio ver o destaque que está se dando ao lado humano do morrer, do qual sempre se fugiu. A pretensão da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética é empregar o material resultante deste Fórum, além de outras opiniões, levantadas junto à comunidade em geral, na tentativa de “alinhar” proposta de Resolução ou Recomendação para tornar estas discussões objetivas.

Quanto à terminologia, é preferível dizer “doente” e não “paciente”. Porque “paciente” dá impressão da submissão que o médico e a sociedade querem. Talvez “sujeito terminal” seja a denominação mais apropriada, considerando-se a visão Bioética atual sobre autonomia.

[PLENÁRIO]

Hoje a UTI pode manter, se quiser, um doente vivo indefinidamente. É até obrigada a isso. Portanto, uma das coisas importantes é limitar as indicações cirúrgicas complexas a pacientes de altíssimo risco.

Em geral, a família quer que o paciente seja operado, porque raciocina em termos de vida ou morte. Acha que a cirurgia de revascularização num paciente de oitenta anos, com doença pulmonar, em estado muito grave, vai fazer com que ele saia ótimo, livre das dores no peito. A outra hipótese vislumbrada é de que ele morra na sala de cirurgia. Mas não é o que ocorre! Poderá até sair bem só que, na grande maioria dos casos, vai ser doente terminal em UTI com todos os problemas já conhecidos.

O que fazemos na Beneficência Portuguesa (*em São Paulo*) é explicar as possibilidades com muita clareza. À medida que a família e o próprio paciente (por vezes, de maneira indireta) entendem a real situação, essa ânsia pela tecnologia se retrai. Todo mundo acredita que está fazendo uma viagem num Boeing 747 que vai culminar em uma maravilha completa!

Recentemente, foi dada alta a um homem de Cuiabá nestas condições: 81 anos, com doença pulmonar grave, episódio de acidente isquêmico prévio. Foi explicada a ele a grande chance de vir a desenvolver acidente cerebral e o que havia sobre prevenção.

Quando se faz transplante cardíaco ou hepático em paciente acima dos sessenta anos, que envolve grandes procedimentos cirúrgicos – às vezes, questionavelmente indicados –, desemboca-se num problema crítico em termos de UTI e sem muita solução. Parece que o caminho é evitar essa situação, isto é, “levar” esse doente clinicamente. Fazer cirurgia não vai apresentar diferenças quanto à expectativa de vida.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Existe uma anedota que pode dar o tom deste assunto. Qual é a diferença entre o cirurgião cardíaco e o neurocirurgião? O cirurgião cardíaco pensa que é Deus, o neurocirurgião tem certeza! De outra maneira, dizia uma enfermeira a respeito dos médicos: *Quando eles entram na escola*

pensam que são deuses; quando saem, têm certeza!

Há um trabalho que mostra a questão de como o sistema de formação deforma. Na década de 70, os norte-americanos pesquisaram sessenta indivíduos em diferentes escolas médicas nos Estados Unidos, no início e no final do curso. Chegaram a uma conclusão singela: a pessoa entra um humanista extraordinário, altruísta, querendo ajudar o outro, e sai um técnico. Diz o autor: *Sai um clínico*. As faculdades do Brasil estão deformando, porque recebem material bom e o transformam em técnica. O médico acaba fazendo de si mesmo um mito.

Com frequência, como a formação médica é extremamente técnica, um cirurgião cardíaco, junto com um clínico, tomam decisão diante de uma espécie de “filme”; olham uma cinecoronariografia e concluem: *tem de fazer isto, isso e aquilo!* Não olharam para o doente, não conhecem seu nome, cor, peso, se carrega outra doença... Tratam do filme! Daí a importância de se ter muita cautela, porque, pelo excesso absurdo de tecnologia, às vezes, se cometem atos cruéis.

Um trabalho de um clínico do Instituto do Coração de São Paulo (Incor), demonstra a necessidade de o médico ser humilde. Indivíduos portadores de doença grave do coração, os quais nem os cirurgiões (nem Deus!) aceitavam para operar, eram entregues ao tal clínico, a fim de que fizesse algo por eles. Este começou a cuidar dos doentes: ambulatório, reabilitação... No final de quinze anos, a mortalidade permanecia igual, apesar de esperar-se resultado diferente.

O médico, então, precisa ser humilde, aprender que, na realidade, não é *apenas* a tecnologia que resolve.

Por fim, gostaria de falar sobre os intensivistas: eles sofrem brutalmente. Sofrem pressão, primeiro, da formação insuficiente quanto ao aspecto humanista; segundo, da família do paciente; terceiro, do pronto-socorro que quer colocar outro doente num lugar ainda ocupado.

[PLENÁRIO]

O doente terminal requer procedimentos muito caros. Isso se nota seja ao pagar a conta, seja ao receber o pagamento. Paga-se a conta, por exemplo, quando se tem familiar nessa situação. Recebe-se o pagamento ou quando se é dono de hospital, ou de cooperativa.

Quando o médico recebe o pagamento, tudo é diferente... muitas vezes, esses doentes são mantidos em centros de terapia, em centros que

dão rendimento muito alto, em grande parte, por causa do trabalho desses profissionais. Só que o dinheiro não é transferido de forma alguma a eles... É preciso discutir isso com clareza e honestidade.

Outra questão refere-se à formação do médico, que sempre foi dirigida a salvar vidas, lutar pelo bem, protelar a vida, evitar a morte. Por isso, cada vez mais, procura-se manter a vida do doente, mesmo que a condição seja escabrosa. Para alterar essa situação é preciso que a sociedade se ponha no lugar do médico. Temos que dialogar com a cultura vigente, com as religiões – algumas das quais nem suportam ouvir falar em eutanásia.

Além disso, há casos em que os motivos que levam os médicos a manterem os doentes vivos, mesmo sabendo da inoportunidade, são o Código Penal e o Código de Processo Civil brasileiro. O segundo, ultrapassado ou não, está aí, para “pegar” qualquer possível erro ou infração médica. Todos deveriam discutir o assunto: médicos, advogados e sociedade em geral.

[PLENÁRIO]

Trabalho em um serviço de atendimento a doentes crônicos, no qual são acompanhados cinco mil pacientes, dos quais cerca de 40% oncológicos. O percentual de óbito domiciliar está na ordem de 40%. Trata-se de um serviço que conta com protocolos para cuidar de pacientes terminais.

Gostaria de fazer algumas observações:

1) A definição de “doente terminal” é extremamente importante. Em oncologia é relativamente simples, embora exista variabilidade. Mas a definição do terminal não-oncológico é bem mais difícil. Seria a melhor forma de “prevenir” a ida à UTI.

Vejamos o caso de portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o qual vai sofrer debilitação progressiva do seu estado clínico, isto é, passar por um processo gradual, por vezes não percebido nem pelo médico nem pela família. Sem a definição desse paciente como “terminal”, temas importantes em relação a cuidados avançados não serão discutidos com o doente ou seus familiares. Se fosse o contrário, a solução mais simples e menos traumática seria não colocá-lo na UTI.

A questão da discussão prévia reporta ao tema “dor total”, expressão que abrange quatro componentes: físico, espiritual, social e psicológico. Devem ser abordados antes porque, no momento em que ocorre uma parada respiratória num DPOC, é complicado discutir para onde o paciente irá.

2) A instrução médica dentro da academia, das universidades ou mesmo através de comitê é extremamente importante. Há séria falta de conhecimento médico sobre a questão da eutanásia – tema correlato ao relacionado ao paciente terminal. Convém lembrar: existe uma série de trabalhos de qualidade.

3) Devemos ponderar sobre interpretações errôneas. Muitas vezes, quando o paciente fala “não quero viver”, está dizendo eu “não quero viver desse jeito”. Não que ele queira “morrer”.

4) Falou-se da transferência de valores do médico para o paciente com relação à qualidade de vida. O inverso é verdadeiro e o médico conclui: a vida, assim, não vale a pena ser vivida. Pode estar enganado: ela deve ser vivida, porque o paciente acredita que sim.

5) O controle da dor é extremamente importante e geralmente mal feito. Existe a morfina, mas há também uma série de outras drogas que produzem analgesia, as quais poderiam ser usadas de forma mais adequada.

6) O tema “eutanásia” acabará ocupando parte mínima no debate, se os envolvidos discutirem com a família, de forma harmônica e bem conduzida, os medos do paciente e o aspecto social.

Corroborando o que está sendo exposto: nos melhores tratados de Medicina Paliativa da atualidade, o tema “eutanásia” ocupa pouco espaço; oito páginas, por exemplo, no Oxford, de um tratado que tem 1.700. É um indicativo de caminho: é necessário partir para o tratamento paliativo e, posteriormente, quando se alcançar maturidade suficiente nesse tema, vai-se poder discutir adequadamente a eutanásia.

[PLENÁRIO]

Seria importante discutirmos também o aborto e outros procedimentos que o – atrasado – Código Penal ainda pune e que causam tanta preocupação.

Quanto à definição de paciente ou doente terminal, há necessidade de se definir até mesmo para que a lei venha a subjugar essa definição. A lei precisa de base, de parâmetro, para que possa ser feita e aplicada. Caso semelhante ocorre com o tóxico: a lei define o que é tráfico, o que é uso, mas não o que é tóxico: é necessária uma portaria anual para determinar o que é tóxico, permitindo que a lei seja aplicada.

Foi dito aqui que a Ética estaria jungida à Justiça. Mas não é assim: está jungida à moral. Nem tudo que é ético, moral é de lei, é de Justiça. Há enormes divergências.

Foi falado sobre o aspecto econômico da permanência do paciente na UTI; não se deve, porém, dar-lhe ênfase. O tema deve ser abordado em outra ocasião, pois foge das questões fundamentais deste Fórum, como a Ética, a definição de paciente terminal, a necessidade da aplicação da eutanásia ou de outro procedimento.

Quanto à regionalização: um doente é terminal tanto no Albert Einstein (Hospital Israelita) quanto em Pariquera-Açu?

Em relação à comunicação da notícia, muitos pontos interessantes foram abordados neste evento. Deve, mesmo, haver grupo multidisciplinar – e a família precisa ser preparada por ele. Mas as (más) notícias têm que ser dadas única e exclusivamente pelo médico, nunca por outro funcionário, psicólogo ou assistente social, até para que não haja erro na definição do fato. Por fim, penso que deveria ser obrigatória a existência de uma sala em cada hospital, por menor que seja, para a tarefa da comunicação de problemas.

[PLENÁRIO]

Uma das conclusões tiradas em Campinas (*durante oficina*) foi que os hospitais ou as instituições devem ter um organismo ou uma equipe multidisciplinar com as atribuições de Comitê de Cuidados Paliativos. Nesse sentido, a discussão foi bem extensa: um dos focos desse Comitê seria exatamente o médico.

Explicando: tal grupo teria a função, entre outras, de dar respaldo ao médico na decisão de deixar de empregar recursos no tratamento de certas doenças terminais. De certa forma, teria o papel até de cobrar (a suspensão dos recursos), seja de pessoas que querem faturar em cima do paciente grave, seja de pessoas que, por comodismo, acabam empurrando o doente para UTI.

Por outro lado, sem pretender incorrer em leviandade, causou certa preocupação uma das propostas concretas apresentadas pela oficina de São Paulo. Com tanto respaldo, não se corre o risco de o médico criar uma espécie de “válvula de escape” para abandonar legitimadamente o doente? Digo, um carimbo no prontuário basta para provar que há médicos acompanhando o paciente. Mas seria verdade?

[PLENÁRIO]

Quando os familiares e pacientes são esclarecidos, mesmo a respeito de eventuais cirurgias, eles entendem bem. Atualmente o Caisme (Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental) procura fazer reuniões com

a família do paciente que se encontra com doença em estado avançado, próximo ao terminal, explicando que o objetivo do tratamento, nesse momento, é cuidar dos sintomas, com todas as suas conseqüências, e não mais a cura. O mesmo ocorre em relação a cirurgias paliativas: se há a necessidade de colostomia, de nefrostomia, informa-se aos familiares que é para aliviar.

É claro é a situação é diferente, no caso de uma mulher com câncer de colo do útero que não quer fazer colostomia. Mesmo respeitando tal decisão, deixa-se em aberto para que ela possa ou não usar esse tratamento e se procura saber o porquê da recusa. Ou seja, em qualquer situação, o importante é o diálogo.

Em Campinas, quem tem feito a comunicação das más notícias é uma equipe. Era um peso muito grande para o oncologista, sozinho, passar informações, tanto para o paciente quanto para o familiar.

Contando com uma equipe esse peso é compartilhado com os outros membros, trazendo um grande alívio a quem comunica e uma explicação mais adequada aos familiares.

Quanto à sedação, dependendo do grau de acompanhamento a esse enfermo, pode-se falar: *Quando chegar o momento em que sua respiração vai se tornar tão difícil que, provavelmente, vamos ter de fazer você dormir, mas não vai ser de forma definitiva.* O que está se tentando fazer, portanto, é sedação intermediária. Quando passar seu efeito, se for o caso, novamente se comunica ao paciente ou à família. Tudo é muito menos pesaroso para o profissional; aos familiares e ao próprio paciente.

Hoje, com o desenvolvimento tecnológico, é possível nos comunicarmos com qualquer país do mundo. É preciso, porém, resgatar a comunicação pessoal, do olho no olho, mão na mão.

Tenho uma experiência, ao mesmo tempo pessoal e profissional, a qual gostaria de dividir, pois pode ser útil para refletir sobre a quem se destina a UTI. Como médica e filha, acompanhei aqui em São Paulo a minha mãe que, aos 88 anos, ficou internada em uma UTI por problemas respiratórios. Durante praticamente 25 dias, tive a oportunidade de conviver com familiares de portadores de câncer.

A visita era das 11h às 11h20 e das 15h às 15h20 e só podiam entrar duas pessoas. É determinação sem sentido. Por que isso?

Em Campinas, procura-se fazer com que os familiares estejam presentes ao lado do doente, o tanto quanto possível. Pegando o exemplo da minha

mãe: falava pouco português, pouco saía de casa. Precisou ficar numa UTI com pessoas estranhas e, além de tudo, não conseguia se comunicar! Enquanto profissional, eu podia entrar fora de horário, mas meus irmãos não. A troco do quê? Ela não era portadora de doença grave, crônica, mas era uma senhora de 88 anos que ficou e veio a falecer numa UTI!

Na minha visão, UTI deveria ser destinada àqueles com condições de se recuperar, não a uma senhora de 88 anos ou a doentes terminais de câncer, que necessitariam estar com a família.

Outra questão advém da angústia como oncologista clínica. Um dia partilhei dessa angústia com o doutor Robert Twycross (pioneiro da Medicina Paliativa e professor desta matéria em Oxford).

Dizia a ele: *Tenho uma grande dúvida. Até quando preciso estar investindo com esquemas novos, com novas drogas? Porque não vou resgatar a saúde, já que a doença está caminhando; não vou tentar curar, porque não há mais cura. Enfim, qual é o limite de atuação do médico nos cuidados de paciente em estado terminal avançado?*

E ele respondia: *Minha filha, não tenho esse problema! Quando o doente vem para mim, já é para fazer Medicina Paliativa! Quem tem de ficar buscando saber o limite é você, para depois estar passando para os seus colegas!*

Até hoje estou procurando o “tal” limite. É difícil na oncologia clínica e em qualquer outra especialidade que trata de doenças crônicas.

Tratei do meu primeiro paciente terminal no tempo de estudante. Antes, era um atleta... Só que desenvolveu diabetes: chegou a ficar cego e nefropata. Precisava fazer diálise, teve úlcera. Resumindo: teve tudo o que se podia apresentar. Aprendi uma coisa com a esposa dele, que cozinhasse bem: “Por que negar, se quer comer uma comidinha gostosa que eu sei fazer? Sei que não vai melhorar mesmo e nada vai prolongar um dia na vida dele. Então, vai comer aquilo que quiser!”

[PLENÁRIO]

A oficina de Campinas surpreendeu e causou satisfação pela forma como acolheu a idéia da formação de um grupo multiprofissional.

Quando a oficina sugeriu a formação das equipes multiprofissionais levou em conta que o aparelho formador dos médicos – que os prepara para tratar uma pessoa como “paciente”, um ser passivo de uma ação, e não como participante – força-os, por meio de sua deontologia, de sua responsabilidade ética e, ainda, pela expectativa dos familiares, a um estranho isolamento e extrema solidão, frente a questões como doença terminal. Este

profissional *deve* à família, *deve* à sociedade, *deve* ao seu Código de Ética...

Na oficina, uma das médicas observou: *Nós, médicos, somos arrogantes; somos formados assim!* Completou a seguir: *Não, não somos formados arrogantes; somos autoritários, por isso fizemos Medicina.* Talvez as duas observações estejam corretas.

A formação de equipe multiprofissional é muito importante, isto é, cultivar no médico e nos outros componentes a capacidade de dividir responsabilidades; de desenvolver o apoio interdisciplinar e transdisciplinar.

Atualmente o familiar é pouco consultado. Em solicitações para tratamentos fúteis, por exemplo, o médico chega a disputar com o parente o conhecimento técnico e não percebe que, naquele momento, o doente é a família e não o paciente. Uma abordagem transdisciplinar, por isso, é muito construtiva.

Porém, devemos ser cuidadosos para não deixar uma equipe multidisciplinar fazer parte de uma “departamentalização”: não se trata de pedir parecer de determinada área e, sim, de trazer as pessoas para discutirem aquele caso, definirem sensatamente um encaminhamento a ser construído junto aos familiares.

Falando a respeito de terminalidade, discordo do colega que me antecedeu: a responsabilidade da comunicação *não pode* ser apenas do médico. Na prática, não é bem assim que as coisas ocorrem: muitas vezes o familiar a quem se comunicou as más notícias procura alguém da enfermagem – nem sempre a enfermeira e, sim, a auxiliar de enfermagem, enfim, alguém com quem estabeleceu vínculo – e pergunta: *Mas o que o médico quis dizer mesmo?* Ao que aquela funcionária responde: *Ele está dizendo que o seu filho vai morrer!* E a pessoa chora com ela, já que parece entender o significado daquele sentimento.

Outro ponto a ser refletido refere-se à autonomia vinculada à questão da eutanásia, que poderia ser objeto de próxima discussão. Sabe-se que a dor interfere na autonomia. Com dor ninguém consegue ter tranquilidade espiritual, resolver os problemas, fazer as pazes com o mundo antes de partir desta para melhor (não se fala *morrer*, sempre se inventa expressão diferente).

Portanto, a autonomia, que significa o exercício fiel da cidadania, também envolve estar livre da dor.

Essas observações foram feitas para reforçar a questão da transdisciplinaridade, da participação de outros profissionais na decisão a respeito desses cuidados e na sua implementação.

[PLENÁRIO]

O rumo da discussão está levando à montagem de um curso de Bioética extenso, tal a amplitude, a importância e a complexidade do que está sendo tratado. Parece, porém, que não foi esse o objetivo da Câmara Técnica ao propor discutir paciente terminal. E se fosse, seria um tanto frustrante.

A proposta original pretendia que a discussão levantasse os problemas em relação aos quais o Cremesp pudesse ter papel de orientação aos médicos e, eventualmente, à comunidade.

Esses problemas se referem principalmente a algumas questões que foram abordadas aqui. A questão dos limites do tratamento; o desconhecimento dos médicos sobre até onde ir; seu receio quanto às conseqüências éticas e legais na interrupção de tratamento; a alta a pedido... São problemas concretos do dia-a-dia.

Neste momento, milhares de pacientes estão nas UTIs com a vida sendo prorrogada porque os médicos têm medo de interromper o tratamento e ir parar na Justiça ou perder o diploma. A proposta, então, era de que o Cremesp chegasse a um consenso, fruto de discussão, e tivesse condições de emitir uma Recomendação, expondo ao médico como entende esse problema.

Por exemplo, na questão da alta a pedido: ela é direito do paciente que tem risco iminente de morte e o médico não deve ser responsabilizado por isso. O Conselho tem o direito – e o dever – de tomar posição a respeito.

É sobre tais assuntos pragmáticos, detalhes de um tema muito maior, que devemos nos posicionar. Esta é a expectativa do próximo passo: que as discussões se afunilem para chegarmos a uma Recomendação que auxilie os médicos a fazerem o que é eticamente melhor para o paciente, sem medo das conseqüências.

[PLENÁRIO]

É preciso partir diretamente dos problemas, para tentar as soluções. E um dos problemas é a angústia pela qual o médico passa por não poder confortar o paciente terminal.

Há os aspectos legais, não só no Conselho, mas que podem levá-lo a uma delegacia ou à Justiça. Intensivistas que são emergencistas de pronto-socorro fazem certos procedimentos que não precisariam ser feitos, por medo de punição. O Conselho teria de apresentar os *borderlines*, as recomendações, as orientações.

Deveria haver também uma Recomendação do Conselho às escolas de Medicina, para que ensinassem os médicos, estudantes, residentes, a entenderem e a reconhecerem a morte, perderem o medo e a angústia de ver alguém morrendo. Antigamente morria-se em casa. No século XXI, isso não mais acontece. A sociedade mudou: “joga-se” o paciente no hospital. A família (por sentimento de culpa, medo ou desinformação), leva o doente ao hospital, achando que ele vai viver. E o médico não consegue passar para o doente e seus entes queridos que ele vai morrer. O que não deixa de ser curioso, já que a primeira coisa óbvia quando o homem nasce é a morte!

Outra questão, tema de reflexão com os residentes, com os internos que trabalham na UTI que coordeno, é que o médico não deve “tratar” da própria consciência. Explico: muitas vezes, não está cuidando do doente, mas, sim, do seu medo, da sua falta de formação – inclusive filosófica.

Para terminar, apresento uma experiência pessoal. Tempos atrás, trabalhava no hospital da PUC quando um rapaz levou o pai com neoplasia gástrica avançada. Estava morrendo. Falou: *Doutor, meu pai está morrendo, eu sei. Levo a tudo quanto é lugar e ninguém me fala isso, ninguém alivia a dor dele! Está com muita dor!* Naquela noite fiquei com ele. Cuidei do paciente e de sua família. Como era de se esperar, veio a falecer mas, pelo menos, sem dor. E o rapaz se tornou meu amigo pessoal, o qual conservo até hoje. Naquele momento comecei a entender que é a família e a pessoa – e não um órgão ou doença – que devem ser tratados.

[PLENÁRIO]

Por trabalhar num serviço de emergência e lidar com muitos pacientes em fase terminal que chegam ao pronto-socorro, a expectativa era de que saísse deste Fórum com idéia do que fazer com eles, ouvir o tema de forma mais técnica para ser colocado no papel.

O bom senso leva ao quê? A não levar esse paciente para a UTI, mas a dar suporte paliativo para que tenha morte digna.

Mas existe outra preocupação. É fácil reconhecer um paciente com carcinomatose em fase terminal. Entretanto, não é assim tão simples o caso de paciente com deficiência pulmonar crônica que, com ventilação mecânica bem efetuada, apesar de não ser curado, pode melhorar e voltar a ter um padrão que lhe permita continuar vivendo por muito tempo.

Meu medo é que se deixe de dar assistência adequada aos doentes que não são realmente terminais – já que, às vezes, se erra no diagnóstico

de “terminal”. Então, a partir de qual momento alguém com doença incurável progressiva é terminal? Qual é o limite?

Entendo que alguém com diagnóstico de câncer incurável, que não vai ser submetido à cirurgia, nem a quimioterapia, nem a radioterapia, não é “terminal” e “incurável”. Se a intenção é apresentar uma proposta sobre o que fazer com o paciente terminal, não podemos confundir tal proposta com aquilo que deve ser feito com o paciente incurável, pois são casos diferentes.

Neste evento, a discussão girou muito em torno de procedimentos e condutas para pacientes incuráveis e pouco se falou em paciente terminal, propriamente dito. Os cuidados paliativos e a humanização da Medicina devem ser implementados a todos os doentes, não só aos “terminais”. Concordo que, provavelmente, este é o mais esquecido, porque o médico acaba desanimando, já que não vai poder curar. Esquece-se de que sua função não é apenas essa, e sim, tratar a saúde do doente, incluindo a saúde psíquica.

[PLENÁRIO]

Quantas vezes o paciente terminal não é assim identificado e, conseqüentemente, é adotada com ele uma série de procedimentos sem muito sentido, provocando um prolongamento inútil de vida?

Embora isso aconteça freqüentemente com idosos, há equívocos: pessoas com noventa anos de idade são consideradas terminais apenas por somarem noventa anos e não são tratadas adequadamente. Não conseguem vagas na UTI; não são submetidas a procedimentos cirúrgicos – ou a qualquer outro tipo de procedimento – que, sabidamente, poderiam prolongar sua vida, de maneira bastante útil.

Sabe-se, por exemplo, que a expectativa de vida de um nonagenário é da ordem de dois a quatro anos, seja do sexo feminino ou do masculino. Portanto, pode ainda ter vida útil – embora a maioria das pessoas não saiba disso e pergunte: *O que você quer fazer com ele? Já tem 90 anos!*

O objetivo da minha intervenção é enfatizar a necessidade de definição (*de doente terminal*) – embora tenha sido difícil definir em todos os momentos da história da Medicina, como ocorreu para explicar um hipertenso ou normotenso; a pneumonia; os agentes infecciosos, etc.

Sem definição, não se vai conseguir criar conceitos ou se conseguir mostrar o que é mais risco do que benefício, oferecer determinadas coisas para o indivíduo com quadro muito sério. Portanto, não se vai conseguir estabelecer os *borderlines*, como foi proposto.

Ainda que digamos que o profissional está legalmente protegido, como iremos convencer alguém a fazer algo, sem mostrar que a probabilidade de que esteja certo é da ordem de tantos por cento? Não se consegue comparar casuística, se não houver definição! É preciso criar critérios, sem medo de errar, para que se possa dizer: este paciente pode ser considerado terminal, em certas condições concretas de atendimento.

Última ressalva. Levando-se em conta que a morte súbita é exceção, a regra é que haja um período de terminalidade. Lidar com esse período vale para a criança; o jovem; o adulto; e o idoso enfermos. Portanto, é preciso critério para dizer: tome-se o caso de um indivíduo portador da doença pulmonar obstrutiva crônica que dificilmente sairá do aparelho, se for entubado. Caso tenha fratura de colo do fêmur, não iremos deixá-lo morrer de dor: é evidente que será operado, com todos os requintes de uma cirurgia para prótese de quadril ou para imobilização.

Mas, se ele não tiver condição respiratória, aí sim, passaremos a advogar que se suspenda a entubação – já que esta levaria à perpetuação inútil da vida. Caso este procedimento não seja feito, a vida será abreviada em condições de conforto para o paciente.

[PLENÁRIO]

Realmente, é preciso definir o que é o paciente terminal – ou o conceito de terminalidade. Porém, considero que isso não seja função do Conselho e também não é atribuição, pelo menos específica, dos bioeticistas. É encargo da Academia.

O que o Conselho e a Bioética precisam fazer é o que está sendo feito aqui hoje: “dar a partida”. Discutir a terminalidade *sensu lato* e dizer ao médico: *O senhor tem de aceitar a morte. Não pode reanimar doente que morreu. Deve definir se ele teve parada cardiorrespiratória e reanimá-lo, ou se ele morreu e não tentar mais reanimar.* Quem examinar a literatura da ética dos Conselhos, das normatizações, verá que não se fala em morte. Parece proibido!

É preciso colocar para a mídia que o médico pode deixar o doente morrer; dar alta para o doente grave que está para morrer e nada vai acontecer ao profissional. Que a discussão seja colocada no papel e assumida por nós.

Com freqüência, nós, os médicos, não reanimamos esse doente: ou colocamos apenas soro glicosado nele, ou tiramos tudo e não fazemos mais nada. Quando o médico discute isso com alguém, fica com medo das conseqüências.

Nota-se a ansiedade de alguns participantes, a qual pode ser expressa assim: *o assunto é muito amplo, não se vai conseguir abarcar tudo*. É possível, porém, lidar com alguns pontos e chegar a conclusões sobre eles. É claro que o conceito de multiprofissionais cuidando de um doente terminal é muito interessante na Academia, nos grandes hospitais, na universidade. Mas essa é a prática que ocorre nos hospitais do Brasil, em São Paulo? De jeito nenhum! A prática é o médico assistindo ao doente, encarando a situação e tendo grandes dificuldades. Então, é preciso formar a equipe multidisciplinar e as universidades devem dar exemplo.

Na prática acontece o seguinte: estou eu, reumatologista clínico, com um doente terminal nas mãos. Com toda a minha formação, todo meu estudo, tudo o que eu discuto, me vejo visitando o doente menos do que precisaria. Talvez devesse o estar visitando mais vezes durante o dia, dar mais assistência emocional.

É isto que precisa ficar claro ao médico: quando define a terminalidade, não acaba sua responsabilidade. Pelo contrário, aumenta muito! A partir desse momento, deve deixar a técnica e partir para o aspecto emocional: prestar apoio ao doente e mandá-lo para casa na hora em que ele quiser.

A Academia precisa mostrar estatisticamente ao médico, dar-lhe condições e instrumentos para que possa tomar uma decisão baseada em evidências: esta pessoa é doente terminal ou tem tratamento? O que posso ou não fazer?

[PLENÁRIO]

Depois de atuar muitos anos como professor em Histologia e Embriologia, aposentei-me e dedico-me totalmente à Capelania. Formei-me pastor e comecei a trabalhar na área, criando até uma escola para capelães. Penso não ser possível para “leigos” no assunto entrarem em um hospital, para falar sobre a parte espiritual. Então, nossa preocupação é formar gente capaz de conhecer o problema e ajudar todas as pessoas que necessitarem.

Atingimos todo o hospital: trabalhamos com os pacientes e com a comunidade e descobrimos que a melhor coisa para aliviar a tensão, principalmente a do paciente, é a música. Então, temos uma equipe que trabalha o dia todo no hospital, cantando em todos os departamentos, os ambulatórios e as enfermarias.

Foi dito que as faculdades não formam os médicos sobre a questão da morte. Isso é confirmado por testemunhos de pacientes que dizem: *Pas-*

tor, não teve um só médico que me dissesse o que o senhor veio dizer. Os médicos entram no quarto, fazem reuniões, saem e a gente fica sem saber, tanta é a dificuldade que eles têm em transmitir a verdade.

Meu testemunho, baseado na experiência de doze anos dentro do Caisme e de trinta anos como capelão em hospitais, é que os religiosos podem ajudar muito o doente terminal no aspecto espiritual, além de auxiliar os médicos na hora da comunicação. Todos em conjunto farão um trabalho perfeito.

[PLENÁRIO]

Quero dar uma idéia sobre como funciona a Comissão de Cuidados Paliativos (*do Hospital Emilio Ribas*), já que utilizo seus serviços, apesar de não fazer parte dela. Obviamente, essa comissão não tem como objetivo diminuir a responsabilidade do médico, em relação ao paciente. O grupo serve para ajudá-lo, com o conhecimento que tem, a aliviar os sintomas e, eventualmente, a dor do doente.

Cito o exemplo de um paciente com HIV, internado no Emílio Ribas. Suas duas pernas foram amputadas; não tem um braço e o que lhe restou dos quatro membros, o outro braço, é parético porque ele tem toxoplasmose cerebral. Sofre por dores importantíssimas, precisa de muita morfina, mas não o considero paciente terminal porque está consciente e quer viver.

Apesar de pedir alta insistentemente, vive um dilema: deve ir para casa e deixar o conforto de uma enfermeira alemã que se tornou seu melhor interlocutor? Com ela, costuma passar horas conversando, o que o alivia da dor.

E eis nosso dilema: dar alta como pede ou não dar? Onde ele mora não existe a possibilidade de cuidados paliativos para aliviá-lo. É situação extremamente ambígua e difícil de se levar em frente. Resumindo tudo isso: a comissão nos ajuda – e muito – a confortar os pacientes.

[MARIA APARECIDA TELLES GUERRA]

Na realidade, essa Comissão é uma equipe multiprofissional que presta cuidados paliativos. É composta por profissionais do hospital, de diversas áreas – que, voluntariamente, acrescentam algumas horas de trabalho à sua jornada – e por voluntários da capelania. Só age quando o médico responsável pelo paciente pedir e, a partir daí, realiza em conjunto a discussão dos casos e assistência. Tudo funciona bem.

Os cuidados paliativos abrangem todo atendimento – médico e não médico – e objetiva dar conforto ao doente e não à cura. Explicando melhor: os cuidados

paliativos incluem a assistência prestada aos pacientes que não são incluídos dentro da “categoria” terminal, mas têm necessidade de tratamento paliativo.

Para a terminologia que incomoda a todos, uma sugestão “paliativa” é a expressão *paciente em fase terminal*. O paciente, em si, não é “terminal” e sim vive uma fase.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Quanto ao tema do sofrimento do médico, os Conselhos precisam criar algo que lhes dê respaldo. É cruel ver jovens residentes numa UTI, ouvindo o docente dizer: *Olha, se parar, parou! Não se faz mais nada!* Isso é código secreto. Quando se pega o prontuário, observa-se que ninguém escreveu nada. Quando escrevem, é desta forma: *Parada cardíaca, tentadas manobras de ressuscitação* [o que é uma mentira], *insucesso*. É preciso fazer alguma coisa para pôr fim nessa situação errada e hipócrita.

[PLENÁRIO]

Uma analogia ao que se fala sobre economistas: a economia é coisa muito séria para se deixar só na mão dos economistas... A questão da terminalidade, da morte, embora seja fardo carregado mais intensamente pelos médicos, é muito séria para se deixar apenas a cargo deles. É o que algumas pessoas têm dificuldade de entender.

Embora haja Ciência e Arte, na verdade, o viés maior da formação dos médicos provém da linha positivista. Não é uma crítica: o médico precisa de respostas. Aí é gerada grande angústia, principalmente naquele colega que lida com paciente terminal – e que responde penal, civil e eticamente mais do que pessoas de qualquer outra área. É muito fácil outro profissional achar que o médico é arrogante. Não é assim. O médico, muitas vezes, mostra-se como onipotente, mas nunca se vê como tal.

Discutir é mérito da Comissão Interdisciplinar de Bioética. É tema bioético, e, sendo assim, vai gerar debate. Não será de um momento para o outro que surgirá uma Resolução que resolva tudo como mágica. É um processo que começou muito bem.

[MARCO SEGRE]

Parece evidente a ansiedade de todos. É preciso uma Resolução. É preciso definir quem é o doente terminal. Saber qual é a conduta a ser tomada. Diante de temas existenciais, como o da morte, sempre se pro-

curam regrinhas, seja na Religião, seja no Código de Ética ou em algum outro lugar. Mas não adianta: elas simplesmente não existem.

O convívio com o paciente terminal é algo de afetivo, o qual absolutamente não há como regulamentar. Eu gostaria de centrar o fenômeno da morte na subjetividade. Uma tentativa de caracterização – não de definição – sujeita a uma infinidade de críticas seria: *é o paciente que quer morrer?* Em determinado momento, o indivíduo não vê luz no fim do túnel.

Não se trata do que o médico vê ou deixa de ver. Percebe-se que ele não está mais querendo viver. E ele morre, ainda que o médico queira se contrapor a essa vontade. Aliás, a morte é, em grande parte, um fenômeno voluntário, ainda que inconsciente. E isso é uma reflexão com base na psicanálise.

O melhor papel do profissional, não só do médico, do capelão e de quem estiver ao lado do sujeito nessa fase é de empatia, de estar junto, de entendê-lo... Não o de se perder na busca por definições.

Termino contando um episódio que pode caracterizar bem esse aspecto emocional das pessoas. Eu estava numa praia, num belíssimo entardecer. Uma senhora me disse: *Como isso é maravilhoso. Quando a gente vê estas coisas tão bonitas, fica com raiva, porque um dia a gente vai morrer e não vai vê-las mais.*

Naquele momento fiz reflexão oposta. *Se estou vendo uma coisa bonita que me embevece, não estou pensando na morte.* Ou poderia inverter: *Até que seria uma hora boa para morrer.* Talvez essa reflexão possa ter externado meu sentimento. Quero dizer, a morte é medo, é fantasia. Se você está bem, está em casa, está do jeito que quer, simplesmente morre bem.

O papel dos Conselhos é realmente o de carros-chefe, com a finalidade de fazer com que as pessoas pensem de forma mais madura sobre o fenômeno da morte. É impossível criar regrinhas que digam quem é o doente terminal, até quando vamos cuidar, a partir de quando vamos deixar de cuidar. O sujeito que quer morrer, morre. Mesmo que se entenda que ele deva ser submetido a mil UTIs.

DESTINO DE PRÉ-EMBRIÕES

A Câmara Técnica de Bioética e o Centro de Bioética do Cremesp promoveram, no dia 24 de maio de 2002, na subsede Vila Mariana, o *Simpósio sobre Reprodução Assistida – O Destino dos Pré-Embriões*, coordenado por Marco Segre, professor titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ FMUSP e conselheiro do Cremesp, do qual participaram três expositores: Miguel Kottow Lang – professor de Bioética da *Universidad del Chile*, com rica atuação na área e autor de vários trabalhos; José Eduardo Siqueira – professor da Universidade Estadual de Londrina, conselheiro e coordenador da Câmara Técnica de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná; e Walter Ceneviva – jurista, articulista do jornal *Folha de S. Paulo*, membro da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp e sócio emérito do Instituto dos Advogados de São Paulo. Veja, a seguir, os principais pontos destacados pelos participantes:

[MIGUEL KOTTOW LANG]

O tema *Destino de Pré-embriões* está relacionado com as diversas concepções a respeito do início da vida.

A ênfase dada aqui a essas concepções não se refere tanto às teorias sobre o início da vida, mas às conseqüências advindas delas e à importância que têm, seja para possível legislação, seja para a reflexão bioética.

Nesse tema tão carregado de valores e paixões, o primeiro aspecto considerado pela Bioética é o da nomenclatura, pois a opção que se faz por um termo já é prejulgamento, indicando determinada maneira de entender as coisas.

Um termo generalizado é *conceptus*. Indica praticamente uma fecundação, que se inicia no momento da concepção e que continua maturando com o mesmo caráter ontológico. Usar esse termo quer dizer que se dá o valor de vida humana ao que se produz desde o momento da fecundação de um óvulo.

Outro termo usado com alguma freqüência é *nasciturus* – seres “destinados” a nascer, cujo nascimento é assegurado. Isto é, não há alternativa: já está com o destino marcado para chegar ao nascimento.

O termo pré-embrião é muito utilizado. É uma maneira de escapar da necessidade de adotar valorização ontológica de quando começa o embrião. Tais pré-embriões – que, por acordo tácito, correspondem aos primeiros quatorze dias da concepção – são também signo de potencialidade: ainda não são, mas chegarão a ser “embriões”.

Até agora, falamos de “entes neutros” – provavelmente, conceito menos carregado de prejulgamento e valores prévios. Falar de embrião, por exemplo, é dizer de ser humano, ou pessoa com potencialidades, mas não estará implícita sua futura destinação.

Da mesma forma, na palavra “destino”, que aparece no subtítulo do programa deste Simpósio, existe um prejulgamento. Trata-se de um programa, um plano estabelecido. Existe um caminho fixado.

Portanto, o uso da expressão *Destino de Pré-Embriões* traz em si dupla valorização: a) há determinação inalterável do que virá; b) há determinação de um ser, que vai necessariamente se tornar um embrião.

A pergunta, então, é: em vez de destino do pré-embrião, pode-se falar em disponibilidade do embrião? Lembrando: a disponibilidade é simplesmente o “pôr em certa ordem”. Essa ordem, porém, não está estabelecida.

O que preocupa é justamente quais são as possíveis e legítimas disponibilidades quanto a esse ser – o qual não quero precisar mais do que chamá-lo de embrião, isto é, uma espécie de “germe” que ainda não tem destino estabelecido pelo homem. Dessa forma, minha primeira sugestão é mudar o título proposto pelos anfitriões: não falar de destino de pré-embriões, mas, sim, da disponibilidade do embrião.

Destino e disponibilidade

O destino ou a disponibilidade do embrião, como queiram, é um problema novo. E justamente por causa dele é que aparecem as dificuldades.

Ninguém nunca se preocupou em falar de *status* do embrião até que se atingiu a capacidade técnica e científica de interferir na seqüência do mesmo, quer destruindo-o, quer impedindo-o de que nasça, quer fomentando-o, quer alterando-o artificialmente.

Porém, no momento em que o ser humano aprendeu a entrar em contato artificial com esse “germe”, que é o embrião, apareceram as perguntas: Em que se está interferindo? Qual o *status* disso em que se interfere?

Antes, esse *status* não nos preocupava – nem parecia tão importante estabelecê-lo – porque não repercutia em nossos atos e decisões. Agora, tornou-se importante saber quão legítimo é ou não interferir, isto é, se sua disponibilidade – não destino – pode ser legitimamente exercida, num ou noutro caminho.

Existem três maneiras básicas de entender esse *status*, em vista da possibilidade de interferir artificialmente. Uma é entendê-lo como

totalmente absoluto, que tem conseqüências morais. De maneira que sinônimo de *status* ontológico é *status* de ser moral, do que se pode – ou se deve – fazer ou não fazer. É totalmente absoluto, é prévio a todo o desenvolvimento e aparece em momento determinado, que é o da concepção.

Quando se tem um conceito absoluto de existência, não há nenhuma razão para supor outro momento do início do ser humano, a não ser o da concepção. Se é absoluto, é a partir de um começo. Logo, a partir de um começo, tem o *status* moral de qualquer pessoa. Esse *status* é metafísico (portanto não físico, não científico e não demonstrável) e necessariamente é artigo de fé, algo em que se pode crer ou não.

Isso porque não existe demonstração biológica que diga que todo *conceptus*, ou seja, todo óvulo fecundado, é ser humano ou é pessoa. Os que aceitam isso precisam acreditar que seja assim.

Sendo artigo de fé, o problema é como introduzi-lo em uma sociedade secular, que não funciona de acordo com artigos de fé. Que os aceita, que os respeita, mas na qual não há consenso, porque a fé varia de pessoa para pessoa ou de comunidade para comunidade.

Tem-se, então, um argumento baseado em metafísica, mas impossível de se fazer valer entre as pessoas que não compartilham da fé nele. Logo, do ponto de vista bioético, não pode prosperar, porque nunca vai atingir consenso em toda uma sociedade leiga.

Já o conceito do *status* ontológico e moral é irreduzível. Não se pode modificar, não se pode reduzir, sempre está completamente presente, a partir de um momento biológico muito específico e incipiente no processo genético e embrionário que corresponde à fusão dos gametas (singamia).

Este momento marca o ingresso completo no conceito de ser humano, criando um ser por quem se deve ter o mesmo respeito devido a qualquer humano, porque é ontologicamente igual. Nesse conceito, não se pode fazer modificações: é totalmente absoluto.

Potencialidades

Deixando de lado os aspectos metafísicos e ontológicos do conceito absoluto de vida humana – a partir do momento da concepção –, passaremos a avaliar o conceito evolutivo.

Ou seja, em algum momento definido da evolução embrionária o ser se converte em humano, ontológica e moralmente completo. Antes, era apenas blastócito, pré-embrião, embrião incipiente.

O problema é como determinar tal momento.

Qual é a razão para se afirmar que a transformação acontece durante a nidação (*fixação do embrião na parede interna do útero materno*), como dizem uns? Ou quando aparece a crista neural, como dizem outros? Quando começam os movimentos fetais, como se dizia antes? Será o momento em que o embrião poderia ser viável, se tirado do útero, como também se diz? Quando começa a ser racional, portanto quando já tem dois anos de vida? (também existe essa posição).

Arbitrariamente, determina-se que a presença de certa característica antropológica ou embriológica define “agora é um ser humano”. Isso não apenas é arbitrário, como depende da chamada “potencialidade”.

O que é um pré-embrião? Um embrião em potencial. O que é um ser embrionário que tem crista neural? Aquele com sistema nervoso em potencial, mesmo não o tendo ainda?

O argumento da potencialidade, que não pode faltar nessa posição evolutiva, é muito difícil de ser sustentado, porque a potencialidade – isso vem antes de Aristóteles – sempre tem de ser, pelo menos, factível.

Por exemplo, nasce um menino. Potencialmente é o futuro presidente da República. Trata-se de uma potencialidade teórica, pois não pode ser extraída ou diagnosticada a partir da realidade. No entanto, se uma pessoa tem dezoito, vinte anos, diz-se que “potencialmente vai se casar” ou “potencialmente vai ter uma profissão”. Isso pode ser lido na realidade existencial da pessoa, portanto tem fundamento.

Agora, como iríamos enxergar o fundamento de uma potencialidade embrionária? Será preciso supor genericamente, já que não se pode lê-lo efetiva e individualmente.

Dessa forma, o argumento da evolução (até a formação) de um ser humano completo é frágil do ponto de vista moral, porque é arbitrário e também porque se reporta à potencialidade – que, por sua vez, é um argumento frágil.

Falando em argumento evolutivo, o problema é que a tal “potencialidade” possui duas “caras”: a cara do 15º dia, quando se diz: “agora existe”, e a do 14º dia, quando se diz: “ainda não existe”.

Supondo que haja algum limite, a partir do qual se determina evolutivamente o momento em que se aceita um novo ser humano, seu *status* ontológico e moral. E, um dia antes desse acontecimento, não se aceita nada? Isso também é absurdo.

Relação com os outros

Há ainda a posição que adota a idéia de que um ser humano somente começa quando passa a se relacionar.

Cito aqui um artigo escrito por grupo de intelectuais (entre os quais, teólogos franceses) que afirma: assim como o ser humano não existe sem corpo, tampouco é humanizado sem a relação com outros. Este momento, então, marcaria a humanização de um ser. Alguém sem qualquer qualificação prévia, mas que se converte em humano ao estabelecer contato.

Tal raciocínio é bastante plausível e foi desenvolvido por alguns biólogos e é encontrado, ainda, num recente artigo escrito por uma acadêmica norte-americana que passou por duas experiências: gravidez não desejada (interrompida) e gravidez desejada (consumada).

De acordo com o testemunho da autora, não se gera relação em gravidez indesejada: ela, por exemplo, já sabia, por diversas razões, que iria interromper a gestação. Por outro lado, afirma, a mulher *consegue* estabelecer relação com filho desejado, a quem cultiva e protege. Que testemunho mais direto poderia haver sobre a aceitação – ou não – de um novo ser humano, do que o depoimento de uma pessoa que se vê em condições de levar adiante a gestação – ou o contrário?

Muitos dos que contestam a teoria são homens e não escutam uma voz como essa, com valor extraordinariamente primário. Ser uma voz feminina não a torna mais legítima. O que a legitima é o fato de tratar-se de uma visão próxima ao acontecimento.

Fertilização *in vitro*, sob o ponto de vista absoluto

Curiosamente, como produto da artificialização e da participação do homem no processo de embriogênese, acontece algo digno de nota: do ponto de vista absoluto, quando se produz fertilização extracorpórea, *in vitro*, é fácil determinar em que momento se produz a singamia e, portanto, quando um novo ser humano é criado.

No estado natural, o mesmo não é nada fácil determinar, pois ninguém sabe quando acontece a concepção, e a informação (a sensação ou a prova) de que há a gravidez ocorre bem mais tarde.

Estamos, então, diante de um absurdo lógico: é possível certificar um *status* ontológico para um produto artificial e não se pode fazê-lo para um produto natural. Dessa forma, o embrião natural ou pré-embrião é ser que não tem realidade demonstrável em estado natural e, sim, em estado artificial.

O que é, então, esse embrião natural antes de a mulher saber que está grávida, antes de se submeter ao exame de gravidez?

É um embrião *absconditus*, escondido, oculto.

Esse termo vem da Teologia, que há tanto tempo fala do Deus escondido, que não se vê e, portanto, que não pode ser explicado. Inefável, de quem não se pode falar. Muitas religiões – por exemplo, o Judaísmo – insistem em que não se pode dar nenhuma característica Dele. Portanto, a única coisa possível é crer: nem argumentar, nem demonstrar.

Logo, no embrião oculto, inicial, somente se pode crer. Pode ser que exista, pode ser que não. É artigo de fé. Depois, retrospectivamente, pode-se dizer: aqui já há gravidez de quatro semanas.

É difícil dar *status* ontológico a algo que não se sabe se existe. Somente que existe na placa de Petri, mas não na Natureza. Nessa questão já se avançou muito e há critérios. Mas não se pode aplicar o aspecto ontológico à realidade, somente a hipóteses. Os dois argumentos clássicos (absoluto e evolutivo) são falazes, nos quais se pode aceitar, crer, mas não transmitir a convicção de forma aceitável para os outros.

Não há o que fazer quando alguém pensa que o aparecimento da crista neural *não* é crítico na evolução de um ser humano. No fundo, o argumento absoluto e o evolutivo são artigos de fé, de prejulgamento, que antecedem o argumento que os possa defender.

É habitual que se estabeleça o *status* moral das pessoas de acordo com suas relações. Elas não têm *status* moral absoluto, desvinculado e, sim, em relação às suas interações sociais.

Argumento da relacionalidade

Dizer que um ser humano começa com a relacionalidade não é coisa nova, uma vez que todos nós temos nosso *status* ou o perdemos, conforme vivemos nossas relações interpessoais.

Todo sistema penal está baseado em reduzir ou afetar o *status* de uma pessoa (social, de liberdade, moral), de acordo com uma eventual transgressão em suas relações interpessoais.

Se toda a linguagem da ética é transformada em linguagem contratual, de direitos e deveres; se forem associados muitos aspectos da Ética e da Bioética, o que vem a ser um direito? Trata-se de uma relação pela qual podemos exigir ou solicitar algo de outros? É um dever? É uma obrigação de uns para com os outros?

Observemos: tanto no direito como no dever já estão intrinsecamente embutidas situações relacionáveis. E, com isso, estamos fazendo ética.

Por isso, não é surpreendente pensar que o ser humano se marca e, praticamente, se identifica por meio das relações que estabelece. Evidentemente, a pergunta é: como estas são estabelecidas?

Na lógica normal, em algum momento, sabendo-se grávida, a mulher assume ou não a gravidez.

A legalidade poderá dizer o que quiser e o aborto poderá ser legal ou não. No entanto, há um processo de assumir ou não aquela situação.

Então, a gravidez se divide em desejada e não desejada, sendo que a segunda se divide em diferentes destinos. E o que está fazendo a mulher nesse momento? Estabelecendo ou negando uma relação e, com isso, dando entrada ou não a um novo ser humano.

Por isso, um aborto voluntário é doloroso para a mulher – e um dos horrores que muitos cometem é supor que as mulheres, quando se decidem pelo aborto, o fazem com alegria e despreocupação. Mas não se trata do mesmo tipo de dor que ocorre quando se perde uma gestação desejada ou devida à morte de um filho. Há, portanto, diferenças categóricas entre gravidez em que se estabelece relação (verificando-se, portanto, a “aparição” de um ser humano) e aquela em que essa característica não acontece.

O problema é que, quando a mulher assume a gravidez como tarefa, desejo cumprido e estabelece relação, esta se torna irreversível. Não se tem a escolha de entrar e sair dela.

Princípio de proteção

Isso é avalizado por um princípio no qual Roland Schramm (Fundação Oswaldo Cruz) e eu estamos trabalhando há alguns anos: a “Ética de Proteção”, que ainda não figura da nomenclatura clássica.

A mãe que assume a gravidez estabelece relação. Nesse momento se dá o “nascimento” de um ser humano como tal. É ela, mulher, então, quem assume a responsabilidade e a proteção, irreversíveis: quando se concede a proteção, não se pode retirar, enquanto o filho dela necessitar. Não é possível chegar para a criança, em seu terceiro ano de vida, e lhe dizer: “Não quero me preocupar com você”.

O momento do início de uma relação mãe e filho é crucial. No entanto, uma vez tomada a decisão, é irreversível. Não é, pois, válido pensar que uma mulher aceite uma relação de gravidez e um mês depois diga:

“Mudei de idéia e vou abortar”.

Do ponto de vista ético, quando se quer defender o aborto – e há muitos argumentos –, deve-se fazê-lo enquanto prévio ao estabelecimento de relação (da mãe) com o outro ser. Uma vez aceito, o feto passa a ter os mesmos direitos morais e o mesmo *status* ético do que qualquer outro humano.

Esse compromisso é bastante formal: não é um capricho. Depende exclusivamente da pessoa que tem de assumi-lo e não de outros.

Estabelecida a existência desses três critérios – absoluto, evolutivo e relacional – a pergunta é: Como se pode trabalhar com eles em Bioética e em problemas de reprodução assistida, entre outros?

Postura absoluta: destino.

Quando se adota a postura absoluta (isto é, no momento da concepção, estabelece-se um novo ser humano) não há discussão. Nesse caso, pode-se utilizar o termo “destino”. Já não há outra coisa a fazer a não ser cultivar a gravidez como fato que tende chegar a um final feliz, dentro do possível.

Por isso, quem adota a postura absoluta não consegue aceitar os diversos critérios de reprodução assistida, porque todos interferem no destino – ou o criam. Então, tal como uma pessoa não pode estabelecer disponibilidade a nenhum de vocês (*referindo-se à platéia*), isso está absolutamente fora do que a Lei e a Ética permitem, com relação ao embrião.

Como disse Kant: *Toda pessoa é uma pessoa. Portanto não tem preço e sim, dignidade*. É o que é válido para os que, em termos absolutos, pensam que o ser é criado a partir do momento da concepção. Para eles, não há nenhum tipo de transação ou técnica utilizável num ser humano, após o momento da singamia.

Toda a idéia da disponibilidade do embrião ou do pré-embrião – a escolha do termo varia, de acordo com a posição de cada um – depende de que não se acredite em um ser absoluto, a partir do momento da concepção. Dispor; pôr em ordem artificial; pôr em ordem de cuidados; pôr em ordem de congelamento; enfim, dar diferentes ordenamentos a um óvulo fecundado ou a pré-embrião não são possibilidades, dentro do ponto de vista absoluto.

Apenas se seguirmos as concepções evolutivas ou relacionais seremos capazes de imaginar disponibilidades, posturas e ordem. Pois, aqui, se acredita em linhas divisórias: podemos estar frente a um fenômeno vital que ainda não é um ser humano.

Quando adotamos uma postura evolutiva, diferentemente, no fundo poderemos fazer qualquer coisa com um “pré-ser”, anterior ao momento

em que se decide que é ser humano: jogá-lo no lixo, utilizá-lo para experimento, congelá-lo, doá-lo, vendê-lo, porque não há nenhuma razão que impeça o manejo – os que o fazem chamam-no de “respeitoso”, mas, na verdade, não existem legítimos lineamentos éticos muito vinculadores.

Seguindo o critério relacional, no entanto, a questão é mais complexa. A disponibilidade precisa ser prévia ao reconhecimento da relação, do “surgimento” do ser humano.

Sim, efetivamente há disponibilidade prévia, mas também disponibilidade responsável após o “reconhecimento” do filho. O que significa isso?

Depois do reconhecimento da gravidez, é preciso admitir a possibilidade de se fazer, por exemplo, medicina de embrião, cirurgia de feto (inclusive, pensando num diagnóstico de má formação grave) que, eventualmente, pode desembocar em interrupção de gravidez.

Quero dizer: depois que assumimos a responsabilidade frente a esse ser, podemos pensar em algum tipo de disponibilidade, desde que contemple a ele e também à mãe. Entra em jogo o fato de que, por uma parte, persiste certa disponibilidade e, por outra, saber se esta disponibilidade responde frente a esses dois seres: o embrião e a mãe.

Já o “pré-embrião”, que ainda não é reconhecido como ser humano, não pode ter interesses. Como vai tê-los? Quem sabe que interesses poderia ter? Poderiam ser imputados interesses, mas não se saberia deles. E um dos fundamentos da Bioética é o de não prejudicar, cuidar dos interesses do próximo.

Todos vivemos uma existência com interesses que negociam, evitam, selecionam e com os quais devem-se beneficiar os demais. Portanto, o interesse (que significa *inter-esse*, *inter-seres*) do embrião somente pode aparecer quando há inter-relação de seres.

No momento em que um embrião é um ser reconhecido – a mãe, que é um ser, se interessa por ele – é criada uma relação. É quando a mulher deixa de ser agente moral “mulher” e passa a ser agente moral “mãe”. Ou seja, um agente moral que tem dupla responsabilidade: para com o novo ser, que já tem interesses, e para consigo mesma.

Status do embrião

De onde vem essa insistência em *status* do embrião?

A posição absoluta não tem qualquer interesse em validar algum tipo de mão-de-obra no ser, porque não quer aceitar nenhuma. Para ela, não

se trata de legitimar um tipo ou outro de interferência na procriação ou na gestação. Trata-se apenas de um conceito hamletiano: ser ou não ser.

Isso é importante porque, nas demais posições, há outras razões para determinar o *status* de um embrião. São disposições.

Que possibilidades de ação são legítimas, dentro de determinada postura que não seja a absoluta?

Há diversas: uma conduz ao ordenamento de benefícios para aquele embrião. Quero dizer, a existência reprodutiva é uma ação cujo objetivo é ajudar que o embrião prospere – talvez por meio de uma intervenção artificial em um processo natural.

Pode-se identificar uma segunda postura, correspondente à disposição benéfica para a mulher. A mulher tem uma série de interesses na gravidez (ou não gravidez), que é dela, a partir da qual ela diz: necessito – ou tenho o desejo – em tal e tal coisa. Ela “manobra” disponibilidades da gravidez, de acordo com as necessidades que formula.

Em terceiro lugar, existem as disposições benéficas para terceiros. Todo trabalho embrionário que se faz para se obterem vantagens terapêuticas, células terapêuticas, órgãos, clonar órgãos, etc. Não é possível negar: há todo um “mundo” genético, no qual o que se faz não vai para o embrião ou para a mulher e, sim, para enfermos com determinadas patologias, que necessitam de tecidos de embrião.

Então, quando se abre a porta à disponibilidade, abre-se com três diferentes funções.

Personagens e teorias

Se relacionarmos cada um dos três “personagens” envolvidos – embrião, mulher e terceiros – às três teorias conceituais sobre o embrião, chegaremos ao seguinte quadro:

→ Obviamente, a posição **absoluta** volta-se ao **embrião**. Este é sagrado, não deve ser tocado de nenhum modo. Aqui, os interesses da mulher não são considerados. Ela não tem nada a dizer: há a gravidez e fim de discussão. Lógico, o uso do embrião por terceiros também não é válido, já que a utilização de seres humanos em benefício de outros seres humanos é absolutamente proscriita.

Entretanto, os que adotam a posição absoluta precisam reconhecer que estão desprotegendo eventuais interesses da mulher e interesses médicos de terceiros.

→ A posição **evolutiva** também visa ao **embrião**. Só que a aparição do embrião se dá mais tardiamente. Deste momento em diante, ele deve ser protegido.

A posição evolutiva demonstra relativa preocupação com a **mulher** (ou com terceiros), porque o tempo entre a concepção e o efetivo reconhecimento do ser é curto, para que se possa pensar em aplicar algo de interesse da mãe: a partir do 14º dia a proteção passa a ser estritamente do embrião.

Na postura evolutiva, é gerada uma certa ambigüidade em discussões sobre aborto com fins fetais ou terapêuticos; sobre a utilização dos produtos dos abortos espontâneos em fins terapêuticos, etc. Alguns aceitam, outros não, visto que a teoria não lhes dá muito fundamento.

→ A posição **relacional** também fala em favor do **embrião**, só que estabelece o momento relacional como início desse ser. No entanto, leva mais em conta os interesses da **mulher**, porque depende dela o “início” da gravidez. Portanto, enquanto não se contemplarem os interesses da mulher, esta pode tomar qualquer decisão que seja necessária.

Quando falamos em terceiros, trata-se também de algo ambíguo: evidentemente, a disponibilidade só vale dentro de margens muito estreitas.

Do ponto de vista ético, é muito questionável a utilização do produto de um aborto por terceiros para fins terapêuticos – ainda que a mulher tenha resolvido “não quero essa gravidez” e autorizado um aborto clandestino.

Não é, pois, tão fácil para a teoria relacional determinar em que momento deixa de ser válida a utilização (do feto) em benefício de terceiros. Da mesma forma, neste caso, não é eticamente legítimo o engravidar-se somente para fabricar embriões que depois vão ser vendidos e utilizados em experiência.

Assim como as outras posturas – cada qual ao seu modo –, a visão relacional apresenta problemas com referência à questão da utilização genética terapêutica por terceiros. De qualquer maneira é nela que conseguimos encontrar a maior quantidade de assinalamentos positivos. Não porque seja mais verdadeira, e sim porque deixa aberta a possibilidade dessas diversas disponibilidades.

Aceitação da relação

O que acontece quando se aceita a relacionalidade?

Adotar essa postura é coisa sumamente séria e conseqüente. Porque, à primeira vista, não é idéia muito plausível, diante da qual se diga: “Ah! É isso? Uma mulher faz o que quer. Se não quer não, se quer sim..”.

Trata-se de uma decisão sumamente difícil, na qual há de considerar-se – e possivelmente não se considera sempre – que a aceitação da relação, portanto a aceitação da gravidez e de um novo ser, significa uma “incorporação”, no sentido estrito da palavra: a mulher deixa sua existência de *apenas* mulher e começa sua existência de mãe, que implica necessariamente em se pensar nesse outro ser, cujos interesses são tão válidos – ou talvez mais válidos – do que os dela própria.

É por isso que as mães se sacrificam por seus filhos: reconhecem que a fragilidade e vulnerabilidade de um ser pequeno, que ainda não está completo, não está maduro, podem requerer maior preocupação do que os seus interesses. Isso é perfeitamente legítimo, uma vez tomada essa decisão.

Como foi afirmado é preciso considerar tal decisão como absolutamente irrevogável. Já não pode haver retrocesso, do tipo: “não quero ser mais sua mãe” ou “não quero mais essa gravidez”. A gravidez se torna uma comunhão dos seres.

Portanto é uma relacionalidade que chamo de existencial: o importante não é a aceitação do útero que está crescendo e, sim, a aceitação, por parte da mãe, de que sua existência entrou em uma nova dimensão de enormes categorias. Essa dimensão significa que já tomou sua decisão.

Nesse momento, o *status* moral desse filho, que ainda não nasceu, é absolutamente idêntico ao de qualquer ser humano. Esta posição não pretende negar que, de qualquer maneira, um feto seja um ser humano com *status* moral completo. Somente se busca o momento mais plausível para aceitar sua existência.

O *status* moral de um nonato (ainda não nascido) estabelece muito claramente as pessoas que estão envolvidas; que estão tomando as decisões; que têm de arcar com as conseqüências.

Talvez a melhor ilustração referente à importância de um conceito relacional em matéria de começo de vida seja a problemática surgida em torno dos “úteros substitutos”. É muito freqüente que a mulher que empresta seu útero para propiciar uma gravidez a um casal adquira um vínculo afetivo com o ser que está gerando, e que, depois, pretenda solicitar para si o direito de ser a “mãe”, contrariamente ao que havia combinado com a doadora do óvulo, considerada a mãe legítima.

Não tem sido possível definir quem possui o maior direito à maternidade, se a mãe genética ou a que gerou, levando-se a declarar tais conflitos como “nulos de direito”. Enfim, é impossível tomar uma decisão de

maneira equânime. Entretanto, verificamos que, universalmente, é reconhecida a força moral que existe no vínculo relacional que se cria entre o embrião e a mulher que o gerou.

Daí é um pouco complicado entender por que, estando de fora, sem compromisso, poderá haver bioeticista (ou convicto; ou religioso; ou teólogo; ou político ou outros) que tenha idéias claras absolutamente diferentes daquelas dos diretamente afetados.

Clone: fora das três teorias

Por fim, gostaria de fazer uma pequena “ponte” para o tema clonagem.

Muito se está discorrendo sobre clonagem de seres humanos, não (apenas) de órgãos ou de tecidos. Quem vai ser o beneficiado pela clonagem? Um futuro clone? Não, porque ele ainda não existe. Uma mãe?

Existe somente um ato de laboratório, naquele momento, experimental. Mas tampouco esse ato vai trazer benefício para o laboratório: o objetivo central não é apenas gerar um simples clone de laboratório.

Então, surge aqui um fenômeno: nenhuma das três posições – seja a absoluta; evolutiva ou relacional – serve para dar algum *status* a um clone.

Se não pode ter *status* de humano, nunca vai se tornar um. Provavelmente, dessa abordagem, possam derivar argumentos para a questão da clonagem.

Essa curta passagem pelo tema “clonagem” tem apenas a intenção de mostrar que, para poder se falar em reprodução, em congelar ou não embriões, é preciso ter primeiro claras posturas prévias. Atualmente ocorrem posturas éticas, que se baseiam em posturas técnicas.

Há dez anos, por exemplo, a fertilização artificial não era válida, porque requeria a masturbação do homem, que não era aceita moralmente (pela Igreja). O problema não era, pois, a fertilização (em si). O problema era de outra natureza, pretendia-se bloquear a idéia da fertilização.

O que acontece hoje? Alguns embriões conseguem ser implantados. Mas o que acontece com os supranumerários?

Devemos dizer que a oposição que existe à fertilização assistida, que supostamente é de fundo, se direciona a críticas a técnicas, que são contextuais. Isso quer dizer que, conforme as técnicas se modificam, cria-se a necessidade, por parte dos opositores, de buscar novos pontos de desacordo.

É preciso, pois, ter muito cuidado quanto ao tema “reprodução assistida”. Porque muitas críticas se dirigem às técnicas. Só que as técnicas mudam e as críticas caem por terra.

O problema moral não se localiza aí, mas, corresponde a se podemos ou não gerar embriões a mais do que serão implantados. Isso vai depender da nossa postura quanto ao *status*.

As críticas – ou os apoios – devem ir ao fundamento e não às circunstâncias técnicas, que são variáveis. E o fundamento está baseado na posição que a pessoa adotar a respeito da situação do futuro ser humano.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Diferentemente do professor Miguel Kottow, que nos apresentou profunda reflexão filosófica, farei uma apresentação calcada em alguns dados da história do pensamento humano, ao longo do tempo, para melhor entendermos as facilidades e resistências que se apresentam às questões relativas a reprodução humana assistida.

Códigos morais e decisões éticas

A cultura grega valorizava o natural como “bom” e o antinatural como “mau”. Esse raciocínio teleológico reconhecia uma finalidade intrínseca em cada manifestação da natureza. Assim sendo, por exemplo, o exercício da sexualidade humana somente seria “bom” se visasse à reprodução e perpetuação da espécie, o que tornava moralmente inaceitável a masturbação, já que caracterizava atitude antinatural e má, pois desrespeitava a finalidade natural dos órgãos sexuais.

Ao considerar a questão do exercício da sexualidade humana sem pecado, assim se expressou S. Tomás de Aquino: “O pecado está presente nos atos humanos quando realizados contra a ordem da razão” (...) “Assim como a conservação da vida de um homem obriga o uso de alimentos, também, a conservação de todo gênero humano impõe o uso da sexualidade” (...). Agostinho no livro *De Bono Conjugali* ensina que o alimento, para a saúde do homem, é o mesmo que a relação sexual, para a saúde do gênero humano. Portanto, tanto o uso do alimento quando o da sexualidade podem ser realizados sem nenhum pecado, se forem feitos com ordem e adequadamente, segundo o que convém à procriação humana.

Podemos ler na Epístola aos Romanos (1, 24, - 26), do apóstolo Paulo, que todos os atos humanos devem expressar a presença de Deus e, caso assim não o sejam, os homens tornam-se passíveis do objeto da ira de Deus:

“Por isso Deus os entregou, segundo o desejo dos seus corações, à impureza em que eles mesmos desonraram seus corpos (...) Por isso Deus

os entregou a paixões aviltantes: suas mulheres mudaram as relações naturais por relações contra a natureza; igualmente os homens, deixando a relação natural com a mulher, arderam em desejos uns para com os outros, praticando torpezas de homens com homens e recebendo em si mesmos a paga de sua aberração”.

A leitura atualizada das palavras do apóstolo, realizada por alguns crentes, permitiu identificar nas relações homossexuais a causa da disseminação da Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (Aids) e veio reforçar a tese defendida pela moralidade cristã ortodoxa de repulsa a qualquer comportamento sexual que não o preconizado pela lei natural.

O vínculo moral entre sexualidade, procriação e ato conjugal foi confirmado pela Instrução “Donum Vitae” da Congregação para a Doutrina da Fé, assinada em 22 de fevereiro de 1987 pelo cardeal Ratzinger, que condena qualquer método artificial contraceptivo ou de fecundação assistida, considerando que “a contracepção priva intencionalmente o ato conjugal de sua abertura à procriação e, desse modo, realiza uma separação voluntária da finalidade do matrimônio. A fecundação artificial homóloga, procurando uma procriação que não é fruto de um ato específico de união conjugal, opera objetivamente uma separação análoga entre os bens e os significados do matrimônio...”.

Ética, sexualidade e reprodução humana

O conhecimento sobre o ciclo de fertilidade feminina por Ogino e Knaus nos anos 1920 e, mais tarde, o domínio de métodos físicos e químicos de controle da natalidade, associados à busca de bem estar econômico, melhor qualidade de vida e maior independência da mulher permitiram separar de maneira definitiva o exercício da sexualidade e a reprodução. A partir de então, sobretudo no Ocidente, os casais passaram a reduzir drasticamente o número de filhos. Famílias com até 18 filhos, o que era habitual no interior do Brasil na primeira metade do século XX, passam a ser consideradas registros nostálgicos que somente terão lugar em fotografias fixadas nas paredes de antigos casarões.

Sexualidade e reprodução, concebidas pela rígida moralidade naturalista, consideravam a mulher que rompia o acordo com a natureza divina das coisas como transgressora, cativa de paixões libidinosas e incapaz de ater-se à sexualidade saudável do casamento, dentro do qual o “crescei e multiplicai-vos” era a única regra aceita.

Registro atribuído ao padre Manuel de Arceniaga, no século XVII, descrevia que “causa central da expulsão do paraíso terreal, a mulher pode resgatar o gênero humano do vale de lágrimas que braceja, chamando a si a permanente tarefa da maternidade. Basta casar, procriar, batizar e educar na fé cristã os seus rebentos. (...) Ao privar-se das incomodidades da prenhez, a mulher foge às responsabilidades de salvar, no seu papel de boa mãe, o mundo inteiro.”

O efetivo controle da natalidade oferecido pelos modernos anticoncepcionais, associado à maior presença da mulher como ser autônomo tornaram claro para a sociedade que, considerar determinadas decisões na esfera da sexualidade como naturalmente boas ou más, não mais atende à moralidade vigente. Passa-se a reconhecer que o comportamento ético no exercício da sexualidade não deve ser ditado pela lei natural, mas, sim, pelo respeito a valores como dignidade e liberdade de opções dos seres humanos. Percebe-se, outrossim, que a possibilidade de desvincular sexualidade e reprodução, além de desconstruir o modelo naturalista, obriga a elaboração de novas normas morais para orientar posturas éticas em ambos os campos, ou seja, haveremos de ter não uma ética, e sim, duas, uma que se ocupe da sexualidade e outra da reprodução humana.

Novas bases morais, não mais heterônomas como imperava na Antiguidade, porém autônomas como já pedia Kant no século XVIII.

A sexualidade transforma-se em assunto de foro privado e toda legislação, advinda de fontes extrínsecas ao poder decisório do casal, cai por terra. Essa nova realidade trouxe, outrossim, novos padrões de comportamento, como a iniciação sexual precoce, as relações pré-matrimoniais, as uniões consensuais, gravidez indesejada em adolescentes, o aumento da prática do abortamento e a banalização do sexo que, embora muito importantes como tema de debate, escapam às finalidades desse encontro.

Com o nascimento de Louise Brown na Inglaterra, em 25 de junho do 1978, inaugura-se a era da reprodução humana *in vitro*, o que significou enorme impacto científico, pois se passou a dominar uma técnica que permitia a reprodução humana, independente do ato sexual.

Se a partir dos anos 1960 podia-se exercer a sexualidade sem o risco da procriação, agora se podia gerar um novo ser, independente do ato sexual. Tamanho impacto ainda não foi absorvido pela Igreja que, considerando imutável a lei natural e entendendo como obrigatória a procriação advinda somente do ato conjugal, condena, até mesmo, a inseminação

artificial homóloga, ou seja, aquela que utiliza o esperma do marido para fertilizar *in vitro* o óvulo da própria esposa. É importante considerar que a nova técnica veio para atender o contingente não desprezível de casais inférteis, que representa 12% a 15% do total de casados e que não têm outra opção para procriar, senão a reprodução assistida.

Crescimento da reprodução assistida

Com índice de sucesso bastante modesto (inferior a 5%) na década de 1980, passados pouco mais de vinte anos, a gravidez “assistida”, ora bem-sucedida, alcançou cifras de 40% em mulheres com até 35 anos de idade.

Novas técnicas como injeção intracitoplasmática do espermatozóide, aliada à dessecação parcial da zona pelúcida do embrião, realizada previamente à sua implantação no útero materno, aumentaram muito o alcance da indicação e sucesso do método.

Em 1985, primeiro ano em que foi realizado nos EUA levantamento para identificar crianças nascidas por meio do emprego da nova técnica, chegou-se ao número de 337 recém-natos. Em 1990, alcançou-se 2.345; em 1993, 6.870. Até o final de 1994, o número estimado de bebês nascidos já atinge 150.000, o que permite esperar que, em 2005, poderá haver mais de 500.000 crianças nascidas por fertilização assistida.

Em outubro de 2002 nasceu, na Inglaterra, o primeiro bebê produto de óvulo materno congelado, o que significou aperfeiçoamento extraordinário da técnica e mostrou quão precário é prever as possibilidades de avanço no campo do conhecimento científico, mas que consagra, sobretudo, a assertiva de que, em reprodução humana assistida, a pergunta não é mais se deve fazê-la, mas sim, como fazê-la.

Difícil sustentar a tese de imoralidade do método. Como encontrar amparo ético para condenar a fertilização *in vitro* conseguida da colheita de esperma obtido pela masturbação do marido, se o ato não é revestido de erotismo gratuito e o próprio casal assumiu livremente tal decisão, movido pelo legítimo desejo de ter um filho? Será sensato caracterizar este procedimento como imoral?

Ética, ciência e responsabilidade

Max Weber, no início do século XX, já ensinava que responsabilidade moral consiste em querer e poder responder pelas conseqüências das decisões que se toma. Esta reflexão, que nos remete à tese da prudência

aristotélica, é apresentada para que tenhamos sempre presente que o desenvolvimento da Biomedicina no campo da reprodução e genética humana abre um sem-número de possibilidades e tomadas de decisões que, contudo, não necessariamente encontram amparo ético.

Afirmações como as do Prêmio Nobel de Medicina James Watson, um dos descobridores da estrutura do DNA, apresentadas por ocasião da Conferência Mundial de Ciências da Vida em Lyon, França, considerando não haver nada de errado com a proposta de seleção de características genéticas nos bebês por parte dos pais, causaram espanto e torna imperioso reconhecer que estamos diante de questões que não podem ser conduzidas unicamente pela ótica de especialistas e/ou pesquisadores.

Ante o enorme potencial transformador da Tecnociência, Hans Jonas nos alerta de que a ignorância sobre as últimas conseqüências de nossas ações será, em si mesma, razão suficiente para uma moderação responsável.

É legítimo legislar sobre a prática científica? Essa pergunta foi apresentada para o professor Henri Atlan, biólogo e médico da Faculdade de Ciências de Paris e da Universidade Hebraica de Jerusalém. A questão prendia-se basicamente à possibilidade de manipulações genéticas realizadas em seres humanos. Atlan respondeu que a pesquisa científica deveria ser inteiramente livre, não se devendo opor qualquer barreira ao “desejo do conhecimento”.

Segundo o entendimento de Watson, reflexões éticas devem estar presentes somente no momento em que este conhecimento passa a ser aplicado, podendo constituir-se num instrumento para o exercício do poder, como, por exemplo, através de métodos que permitam a manipulação genética de seres humanos. Somente a partir desse momento, a intervenção ética seria recebida como necessária. Ocorre que a atual convivência da Ciência com a técnica mostra que não há distinção nítida entre o domínio puro e o aplicado da atividade científica.

A Tecnociência comprova que não há pesquisador que não pretenda que o conhecimento por ele produzido deixe de ter algum significado na aplicação para melhoria da condição da vida humana. Isto evidencia que, em todos os passos de uma investigação científica, há uma estreita aproximação entre produção e aplicação do conhecimento. Logo, o saber, ou seja, o conhecimento, tem sempre como horizonte o exercício do poder, enfim, o controle da natureza pelo homem. Em suma, a distinção entre Ciência pura e aplicada, saber e poder, não é tão evidente como pressu-

põem Watson e Atlan. Poucos são os pensadores modernos que ainda sustentam a tese da neutralidade da ciência.

Em 1994, dois sociólogos publicaram o livro *The Bell Curve* defendendo a tese de que a sociedade americana é “composta por uma parcela representada por uma elite culta e criadora de riquezas e um enorme segmento de baixo quociente intelectual, com alta taxa de procriação e que se vê destinada ao fracasso escolar, à ignorância, à pobreza e ao crime”. Os autores, Murray e Herrnstein, concluem que os baixos índices obtidos por indivíduos da raça negra em testes de Q.I. são devidos a fatores genéticos e sugerem que o governo americano suprima qualquer ajuda social, a fim de que os pobres não proliferem tanto e não entreguem à nação crianças que representarão ainda mais problemas sociais que seus pais. É a reprodução moderna das teses darwinianas sobre eugenia positiva. Deve-se assinalar que o livro teve grande aceitação popular, com rápido esgotamento da primeira edição de mais de 200.000 exemplares.

A reprodução seletiva é apresentada como método para melhorar a raça por meio de escolha dirigida, acasalamento planejado, com base em mapas genéticos dos parceiros. Seriam escolhidos, de preferência, indivíduos brancos, com uma boa história familiar e portadores de Q.I. elevado. Prevaleceria a tese do conselheiro matrimonial da eugenia positiva, substituindo os encontros casuais e os laços afetivos descobertos pelos parceiros. A compatibilização dos candidatos seria reconhecida por programas computacionais de genótipos.

Nada de encontros guiados por incertas emoções humanas, mas, sim, decisões emanadas do sólido conhecimento científico de nossos genomas. A afirmação de Blaise Pascal de que o coração tem razões que a própria razão desconhece serve apenas para embalar incoseqüentes sonhos românticos e é risível aos olhos da ciência. Se Ortega y Gasset considerava que todo ser consciente somente sobreviveria se mantido em permanente interação com as circunstâncias ambientais e humanas que o cercavam, o mesmo não pensa Watson, que entende sermos simplesmente a expressão isolada de nossos genes.

O aconselhamento genético, entretanto, já praticado em muitos centros universitários de assistência à saúde, é um caminho acertado. A identificação de indivíduos sadios, mas portadores de genes defeituosos, é fundamental na orientação a casais que desejam procriar. Anteriormente, por não se dispor dessa metodologia, o conhecimento da enfermidade somente se fazia por ocasião do nascimento da criança. Hoje, o casal envolvido conta com a possibilidade da escolha, podendo programar sua

prole com conhecimento prévio das chances de gerar um filho saudável. Essa parece ser a maneira sensata de utilizar o conhecimento científico.

Projeto de 1999

Existe um projeto de lei do senador Lúcio Alcântara, de 1999, que apresenta as seguintes proposições:

1) Só terão acesso aos benefícios das técnicas de fertilização assistida casais heterossexuais com união estável. Exclui-se, portanto, mulheres solteiras ou casais homossexuais.

2) Há limitação com relação à produção do número de embriões e não se permitirá congelamento de embriões e/ou gametas.

3) O projeto de lei veta o anonimato dos doadores de gametas, facultando o conhecimento da paternidade biológica às pessoas geradas pelas metodologias de fertilização assistida.

Penso que seja necessário enfatizar que é absolutamente imperioso que os legisladores estabeleçam canais de comunicação com os profissionais especialistas da área, para evitar elaborar leis que não tenham vínculo com a realidade científica, ou que sejam prejudiciais ao princípio de maior benefício às pessoas que buscam auxílio médico. Exemplo típico ocorreu na Suécia que, ao estabelecer lei impedindo o anonimato dos doadores de gametas, assistiu a uma enorme redução de doadores.

Há que se partir do pressuposto de que todo casal deva ter direito à procriação e merece receber ajuda médica, através dos métodos disponíveis de fertilização humana assistida para alcançar tal desiderato.

Para os que somente aceitam a procriação como decorrência exclusiva do ato sexual dos cônjuges, descartando os métodos artificiais por julgá-los técnicos, frios e desprovidos de amor, consideramos oportuno relembra-los ensinamento de São João Cruz, que afirmava: “Onde não há amor, coloca amor e colherás amor”. A atualização desse aforismo permitiria dizer: “onde não há amor – já que o procedimento da fertilização *in vitro* é exclusivamente técnico –, coloca amor”. E isto o casal estéril faz com tamanho empenho, quando recorre ao método, que dificilmente pode-se imaginar seja alcançado em uma relação sexual fortuita. E quantos casais não poderão comprovar a colheita mais genuína de amor, a qual somente foi possível alcançar através da reprodução assistida?

Ao invés de satanizar a Ciência, é mister entendê-la como produto da sabedoria humana que, se considerada como dotação divina, nos coloca

na condição de co-criadores. Assim sendo, haveremos de perceber que verdadeiramente artificial é considerar como não-natural a atividade humana por meio da Ciência. Não foi a inteligência criadora do homem que permitiu alcançar nesse início de terceiro milênio expectativa de vida mais longa e saudável com menos doenças e sofrimentos?

Interrogações

É fundamental compreender que ciência e religião tratam de questões diferentes: a primeira responde a interrogações no plano do “ser” e a segunda, do “deve ser”.

Claro exemplo encontramos no fato de a Ciência ter demonstrado, por meio do evolucionismo, que nossa espécie tem origem bastante remota e não surgiu há dez mil anos como supõem os criacionistas. Os livros religiosos, sobretudo a Bíblia, contêm ensinamentos morais essenciais para a humanidade, mas será equivocado consultá-la como fonte de registro de fatos científicos. Da mesma maneira é inteiramente descabido pretender que a Ciência responda a questões transcendentais, como a existência de Deus.

Seis anos após a publicação de “A origem das espécies”, assim se expressou Charles Darwin: “No que diz respeito à visão teológica da questão, isso é sempre doloroso para mim (...). Por outro lado, não posso, de modo algum, me contentar em observar esse universo maravilhoso, e especialmente a natureza humana, e concluir que é tudo resultado da força bruta (...). Tenho profunda consciência de que o assunto é profundo demais para o intelecto humano. Seria a mesma coisa que um cão especular sobre a mente de Newton”.

Portanto, Ciência e Religião devem fazer perguntas diferentes e logicamente obterão respostas distintas. Para ambas confere-se autenticidade para orientar a vida humana em sua transitoriedade. Assim sendo, em benefício do ser humano, é ilógica a confrontação entre ambas, constituindo-se sensata a cooperação entre si.

Se considerarmos inquestionável o direito do casal estéril ter acesso aos métodos de fertilização assistida, não poderemos subestimar o valor moral do produto da concepção – o que significa ser imperiosa a elaboração de um estatuto do embrião.

Como a maioria dos países protege o anonimato dos doadores de gametas, faz-se necessária acurada avaliação das pessoas de cujas células germinais serão utilizadas para a reprodução assistida. Todo cuidado deve

ser adotado para proteger os futuros bebês de doenças hereditárias.

Extremamente controversa é a utilização de embriões pré-implantatórios para fins exclusivos de pesquisa. A única situação em que parece haver consenso seria a de facultar a manipulação daqueles embriões quando fosse assegurada a inviabilidade de desenvolvimento normal, no caso de tentativa de transferência para implantação uterina.

O que parece consensual, hoje, é rejeitar a clonagem humana reprodutiva e, com ênfase redobrada, apoiar o avanço de pesquisas que busquem alcançar a clonagem com fins terapêuticos.

De igual modo, devem ser desconsideradas hipóteses “exóticas” como a reprodução por partenogênese, que resultaria de estimulação química ou mecânica de um óvulo, visando à produção de feto do sexo feminino, geneticamente idêntico à mãe. Ainda nesse campo, não há amparo ético para gestação de embrião humano em útero de outra espécie de mamífero, assim como deve ser descartada a – injustificada – escolha de sexo do bebê ou, ainda, a hibridização da espécie humana com outras espécies, formando quimeras homem-animal.

[MARCO SEGRE]

Há uma imensa separação entre a legislação que se tem e o avanço científico e tecnológico, no campo da reprodução assistida.

Justamente para ilustrar um pouco mais essa abissal distância e o que se espera dos legisladores, está com a palavra o jurista Walter Ceneviva.

[WALTER CENEVIVA]

Nota da R*: Embora o autor tenha participado do evento, ao contrário de outras contribuições, parte de seu texto precisou ser atualizada, em virtude das razões que o próprio Walter Ceneviva explica a seguir:

Ajustes necessários, de acordo com o novo Código Civil

Em maio de 2002, quando o Simpósio sobre Reprodução Assistida – Destino dos Pré-embriões se realizou, os mais de quarenta anos de espera não haviam sido coroados pela entrada em vigor do novo Código Civil. Começando sua vigência em janeiro de 2003, seu regramento passou a valer, gerando alterações com respeito ao tema do qual me coube falar, já que incluiu, pela primeira vez, normas sobre a reprodução assistida.

Os efeitos da modificação inserida no Código produziram projeções diretas sobre as considerações feitas naquela oportunidade, donde surgiu este texto, com as alterações imprescindíveis.

Resultou, portanto, que a participação então feita, relativa aos aspectos legais envolvidos, precisou de ajustes para integrar este volume e os adequar ao novo Código. Os ajustes devem partir da nova forma de compreender do ser humano, em sua acepção clássica, a do ser nascido de mulher; em decorrência de relação sexual com um homem, gerando o filho.

Filhos: tratamento variável

A razão pela qual o “nódulo” advocatício da minha presença se inseriu no sadio tecido da Medicina decorreu da honra de ser convidado pelo professor Marco Segre, para debate organizado pela Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética e pelo Centro de Bioética, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, juntamente com aos eminentes doutores José Eduardo Siqueira e Miguel Kottow, também palestrantes.

O debate teve especial interesse para os trabalhadores do Direito, porque contrapôs a evolução científica contemporânea, de grande velocidade transformadora, e o tardio acompanhamento das leis e do raciocínio jurídico, na perplexidade do novo mundo que se abriu à sociedade. A Ciência no século XX avançou de avião a jato e o Direito, a acompanhou de carroça. A distância os apartou. Há, porém, alguma contribuição, à luz do Direito, que se pode trazer a esta discussão.

“Filho” foi, até a maior parte do século XX, aquele ou aquela que descendia de seus pais, pela concepção natural e única, sem falarmos na adoção. Os filhos, de acordo com a tradição oriunda do Direito português e da forte influência da Igreja Católica no Brasil colônia e mesmo depois da independência, recebiam tratamento variável, conforme nascessem ou não do casamento.

Foram designações diversas que o Direito brasileiro superou apenas depois de 1988, com a proibição constitucional de distinções entre eles; a adoção irrevogável; e a acolhida da reprodução assistida – ainda em desenvolvimento científico e jurisprudencial. Deixou de ser considerado essencial que fossem havidos ou não da coabitação entre os cônjuges e, mais recentemente, dos companheiros, pois o casamento perdeu o velho significado de forma única apta a legitimar a família do homem e da mulher.

No processo evolutivo assinalado, hoje examina-se até a alternativa

da clonagem e mesmo a possibilidade científica de filhos não nascidos no ventre feminino, o que se pode admitir para os próximos anos. Perderam significado as distinções feitas no Código de 1916 entre legítimos, ilegítimos, legitimados, adúlteros, incestuosos. Ditas modificações foram mais intensas, na seqüência de longa evolução entre os séculos XIX e XXI até o Código Civil de 2002. Introduziu modificações essenciais e referiu filhos nascidos ou não do relacionamento físico entre marido e esposa. O universo jurídico ajustou-se à aceitação integral no universo social do Ocidente, de transformações sociais (a mulher no mercado de trabalho, num primeiro exemplo) ou científicas (a pílula, em outro exemplo). Com qualidade genérica, a apoiou a liberalização dos costumes.

Numa das margens da estrada evolutiva reconheceu-se a paternidade afetiva, descriminalizou-se a chamada “adoção à brasileira”, afirmado o descabimento de punir a criança por erro do pai e, em particular, da mãe, permitido seu registro de nascimento, sem indicar a origem com suporte no matrimônio ou sem esse suporte.

No quadro apenas esboçado, a Constituição Federal acolheu a união estável como forma criadora da sociedade familiar, acrescentada à aceitação do divórcio no decênio anterior. O Código Civil continua, porém, admitindo certas suposições sobre a paternidade a partir do casamento. Neste caso, afirma presumivelmente verdadeira a filiação atribuída aos esposos, a qual vale, enquanto tal, como está no Art. n° 1.597: são concebidos na constância do casamento os filhos que menciona. Por ele, a criança é gerada entre os cônjuges, quando fecundado o óvulo feminino, no útero da mulher, pelo espermatozóide masculino, dando origem ao embrião do novo ser.

Common-law e case-law

O sistema jurídico brasileiro – da lei escrita e do direito positivo – é diferente do sistema dominante em alguns países anglo-saxônicos, da *common-law* e do *case-law* – em que as sentenças são formuladas a contar de casos com julgamentos repetidos, geradores de aplicação das normas de origem consuetudinária. Aqui, a lei, com pequenos espaços para acolhida do costume, da analogia e dos princípios gerais de direito, é escrita, para regular relações entre as pessoas. A lei é o direito positivo imposto, aplicado pelos equipamentos do Estado e por seus agentes, com força coercitiva. Não há semelhança, ou intimidade, entre a lei e a

ética. Normas éticas são de ordem subjetiva, atinentes ao comportamento e à avaliação de cada cidadão, em face do mundo em que ele vive e de seus integrantes.

Nesse quadro, o debate teve como uma de suas questões nucleares a valoração ética ou jurídica a ser dada aos embriões, nas técnicas de reprodução assistida, independente de breve menção do perfil religioso que o tema também propicia. A pergunta que os homens do Direito se têm feito é simples: Cabe ou não cabe o descarte puro e simples dos embriões não utilizados? No caso de resposta negativa, deve-se entender que, no estágio em que se encontrem, os embriões desmerecem a qualificação de seres humanos, providos dos direitos invioláveis à sobrevivência?

Uma das respostas surgidas mais recentemente aponta no sentido da tolerância em aceitar a utilização desses embriões para experiências científicas – contanto que aqueles que lhe deram origem assim o autorizem, em sua condição de titulares daquele direito. A afirmação feita em 2002 é reiterada agora: o debate no Congresso, precedendo a edição do Código Civil, ultrapassou as barreiras existentes, embora seja verdade que não esclareceram todas as dúvidas e até criaram outras. Muitos deputados e senadores não dedicaram grande atenção ao assunto, ao profírem seus votos, o que até poderia sugerir um certo descuido na elaboração da lei. Em primeiro lugar porque temos lei vigente, com ou sem cuidados necessários em sua elaboração. Em segundo lugar porque é comum que uma pequena parte dos corpos parlamentares se envolvam nas discussões. Nem mesmo se pode afirmar tratar-se de problema brasileiro. Kelsen – o maior pensador jurídico e filósofo do Direito do século XX –, na sua “Teoria Geral do Estado”, lembra que a maior parte dos congressistas de todos os parlamentos sabe pouco daquilo que se está votando. Mantém-se alheia ao debate, especialmente quando não dá voto.

A reprodução assistida

Até chegar ao destino final do embrião, o exame jurídico parte da acolhida da reprodução assistida com aquele ou aqueles (embriões) formados em laboratório, depois transferidos para o corpo da mulher receptora, seja solteira, casada ou em união estável. Assim se cria, com a verificação do sucesso na transferência, o nascituro, isto é, aquele que vai nascer.

A matéria doutrinária relativa ao nascituro merece consideração, como uma espécie de introdução ao tema principal, conforme a relação

estabelecida entre seus pais. Sem infração da norma Constitucional, pois a distinção é feita apenas quanto aos pais e às mães, divide-se a relação entre eles, para os fins da filiação, em *legítima* (livremente aceita entre adultos) ou *ilegítima* (decorre de crime ou ofende impedimento matrimonial). Pode, ainda, sob essa ótica, ser *imprópria*, em situações que não recomendam o casamento. Nem a ilegitimidade, nem a impropriedade da relação atingem os direitos filiais. Ao ser definitivamente legalizada a reprodução assistida, em suas diversas espécies, o registro civil de nascimento retornou a antiga estatura, ao confirmar a paternidade ou a maternidade.

As técnicas de reprodução assistida evoluíram muito na segunda metade do século XX, desde o primeiro *bebê de proveta*, pela reprodução *in vitro*, uma menina nascida com vida em 1978. Sabe-se, porém, de experiências de introdução do espermatozóide no útero da mulher entre 1905 e 1910 – e mesmo antes disso –, embora sem a mesma precisão histórica. Com as novas técnicas, o momento preciso em que o novo ser é gerado tornou-se possível de ser determinado, diferentemente da geração natural em que não se conhece o exato momento em que acontece o encontro reprodutivo do espermatozóide e do óvulo.

O Código Civil admite apenas duas espécies de concepção. Própria da reprodução dos seres humanos, que consiste na intervenção voluntária do casal, por isso chamada natural. Artificial ou assistida é a dependente da vontade livre de seus agentes. Difere da anterior, porque sua formação se subordina ao acordo dos esposos ou companheiros para a prática de uma das ações diversas, criadas pela Ciência na reprodução assistida. Há o uso do óvulo da esposa ou companheira, do sêmen do marido ou companheiro ou de terceiros, aplicados sem a relação sexual dos interessados.

A reprodução assistida é chamada de homóloga se praticada entre conviventes, com o uso do óvulo da esposa ou companheira, fecundado pelo sêmen de seu marido ou companheiro. A outra, heteróloga, não impõe que, para o mesmo procedimento, um ou ambos os cônjuges ou companheiros contribuam para a formação do embrião.

São alternativas desta segunda espécie sua aplicação com: **(1)** Espermatozóides do marido ou companheiro, em fusão com óvulo não colhido no corpo da esposa ou companheira; **(2)** Espermatozóides não fornecidos pelo marido ou companheiro para fusão com óvulo da esposa ou companheira; e, finalmente, **(3)**, Espermatozóides e óvulo não são de qualquer dos dois componentes do casal de cônjuges ou companheiros.

A “Barriga de Aluguel”

Embora não indicado no Código, tem sido reconhecida a alternativa de transferir o embrião formado pelo casal para o útero de mulher que não é a esposa ou companheira – desde que feita sem conotação econômica.

A reprodução assistida surge em três incisos finais do Art n° 1.597 do Código Civil, usando nomenclatura diversa para o mesmo fato: fecundação (inciso III), concepção (inciso IV) e inseminação (inciso V), acrescidos do adjetivo *artificial*. Na verdade, científica apenas que a formação do embrião requer técnicas laboratoriais para merecer o adjetivo.

A gestação é natural até na chamada “barriga de aluguel”, em que a gestadora não é geradora. Cotejados os três substantivos com a ação que lhes corresponde na reprodução assistida, sempre em relação à mulher tem-se que a ação de fecundar consiste em transferir o embrião formado em laboratório, com sêmen do marido (ainda que falecido) para o corpo dela, tornando-a capaz de o gestar e de dar o feto à luz. O ato de conceber compreende o uso de embriões excedentários, pré-formados pelo homem e pela mulher relacionados entre si, mas nela aplicados a qualquer tempo.

Nesse mesmo contexto, inseminar liga-se à reprodução heteróloga, com anuência do marido. Vê-se, pois, que a pluralidade classificatória não se liga, propriamente, com o significado dos três termos, aos parceiros envolvidos na criação do embrião.

Merecem melhor atenção as situações específicas, decorrentes do inciso IV do Art. n° 1.597, para filhos *havidos a qualquer tempo*, por fato anterior ou posterior à convivência. O cuidado do intérprete se volta para os embriões excedentes, mencionados pelo dispositivo. São os que “sobram”, por excederem o número necessário a serem transferidos para o corpo da mulher. Nos métodos atuais de reprodução assistida, o número de embriões criados pode exceder o limite necessário para a transferência. Para filhos *havidos a qualquer tempo* os embriões só podem ser utilizados pelo próprio casal do qual se originaram. A paternidade será sempre e só daquele que lhes deu origem, assim sendo lançados no registro.

Parece-me aceitável uma certa amplitude na interpretação do Art. n° 1.597, inciso V. Refere-se à presunção de concepção durante o casamento do filho nascido de inseminação artificial heteróloga, em prévia autorização da mulher e do marido. Entendo que o esposo, o companheiro pode registrar como seu, autorizado pela mulher, filho em que o óvulo foi extraído de outra mulher. A anuência do marido deve ser expressa, pois é incompatível com

eventual recusa posterior. O registro feito em tais condições é irrevogável e irretratável (salvo o caso de coação ou erro substancial).

Apesar de a clonagem não haver sido cientificamente possível ao ser humano no momento, já escrevi e disse que a preocupação se volta tanto para a criação de clones humanos quanto para partes de corpos humanos, para fins medicinais. Vai desde a aceitação dessa promessa, até o conjunto dos efeitos que pode produzir. Contudo, ainda não é caso de antecipar os efeitos que produzirá sobre as relações entre pais e filhos, ante a presente inviabilidade de sucesso nesse procedimento.

O embrião e sua disponibilidade

Superada a matéria referente à reprodução assistida, embora em forma compacta, podemos passar à questão da disponibilidade dos embriões formados em laboratório. Para determiná-la será necessário definir sua natureza; a estrutura jurídica no qual se inserem, a situação anterior à transferência e a parte do universo da estrutura jurídica no qual serão colocados. O direito livre ou restrito em razão da lei e das convicções religiosas e éticas completa o perfil.

O temário referido, a respeito do destino dos embriões, leva necessariamente a uma primeira reflexão: a perda da vida humana, tomada em si mesma, *não* é estranha à lei ou à natureza dos homens. A questão está em saber se a disposição que extingue o embrião envolve supressão de uma vida humana.

Basta ver as guerras, os ataques a nações indefesas, sob desculpas mentirosas, com mortandade da população civil, as disputas religiosas que causam tantas vítimas, a pena de morte, enquanto ato do Estado.

Portanto, extinguir a vida dentro da lei, no quadro de convicções ético-morais dominantes, é ato integrado à natureza humana. Não se está discutindo ainda sobre embriões, mas efetivamente sobre seres humanos. Dizem os cínicos que o verdadeiro patriotismo da guerra não é morrer pela pátria, mas fazer os outros morrerem pela pátria deles.

Há mais. O induzimento ao suicídio é crime, mas o próprio suicídio é indiferente à lei penal. As religiões geralmente condenam a autodestruição da vida, mas passam despercebidas, de modo geral, das avaliações ético-morais, salvo em atos terroristas. Se cada um de nós fizer exame de consciência talvez confesse uma espécie de conforto, ao menos parcial, quando vê a notícia da morte de um delinqüente em confronto com a polícia.

Discute-se muito a questão da eutanásia, cujos termos vêm passando por transformações no mundo globalizado. Permite nos países onde é admitida que, por razões tais e quais, variáveis no tempo e no espaço, possa ser abreviada a vida de um ser humano. Recordo, sempre com emoção, cena do filme “Flores de Aço”, com as atrizes Sally Fields e Julia Roberts nos papéis de mãe e filha. A personagem, vivida pela segunda, está em coma diabético irreversível. O único som perceptível é o sussurro das máquinas. O marido da moça recebe prancheta da enfermeira, com a autorização para o desligamento dos aparelhos que a manteriam viva. Olha para a sogra, assina o papel e sai. Tudo sem uma palavra. O silêncio passa a ser completo, quando as máquinas são desligadas.

A eutanásia é inconfundível com os outros fatos lembrados, mas também é uma forma de tolerar a morte – ou de abreviar a vida – em benefício de um valor que parece mais alto: o de fazer cessar o sofrimento do doente.

Não é, pois, estranho à ética, à moral, nem a alguns segmentos religiosos, ou à natureza dos homens, que, em certas circunstâncias, a morte de seres humanos seja praticada e acolhida pelo Estado e prevista na lei. Indo ao lado oposto e passando à lei brasileira, a máxima extensão protetora ao ser humano é dada ao nascituro, aquele que vai nascer. Embora não haja estatística consistente à respeito, é o tipo de proteção compatível com o senso médio, ético e legal, do povo brasileiro.

Essa forma de amparo legal não se aplica ao natimorto, porque a expectativa de direito do nascituro depende de seu nascimento com vida, satisfazendo requisitos científicos afirmadores de tal circunstância – ainda que a morte ocorra imediatamente a seguir. A contar de dados colhidos da Ciência Médica, para o nascimento com vida, o Direito permite doações também ao nascituro, beneficiado em testamento. Todavia a lei, no Brasil e em outros países, permite até que a vida do nascituro seja extinta, em hipóteses nela especificados. Assim é com o abortamento, quando a gravidez resultou de estupro. Tolerado e permitido legalmente, embora não acolhido pela religião católica.

Nesse caso, tais valores ético-morais influenciam o Direito mais do que os valores religiosos, produzindo, quanto ao abortamento, solução diversa da predominante hoje. Sabe-se, contudo, da campanha a favor de mais liberdade para ao aborto. Sem incidir nas punições previstas no Código Penal, é acolhido nos casos em que há necessidade de proteger a saúde da mãe, ou na gravidez resultante de estupro. Na anencefalia do feto parece evidentemente

aceitável. Cabe, pois, perguntar: Qual é a conclusão geral desse conjunto de informações propiciadas pelo Direito e a que avaliação nos submete?

A meu ver, a morte em si mesma, a extinção forçada da vida, embora geralmente condenável, *não* constitui sempre infração ético-moral ou jurídica. As proteções legais ao nascituro ajudam a explicar a posição adotada. Se o pai falecer, pode ser dado curador a ele, se a mulher grávida não tiver o poder familiar. Mas, ao contrário, a mulher estuprada, ou se sem condições de saúde compatíveis com o parto, pode optar pelo abortamento.

Embrião natural/embrião produzido artificialmente

Assim se chega ao tema básico desta manifestação: de acordo com princípios éticos e legais, há a disposição livre do embrião quando não utilizado, ou ela acarretará em ofensa a tais preceitos?

Lembremos que sua produção artificial é, conforme o doutor Kottow assinalou, a marca da transformação das posições da Ciência e da Biologia, no pensamento contemporâneo. A transformação referida levou à mudança de atitude em face desse embrião, criado para os fins da reprodução assistida, comparativamente àquele outro embrião, conseqüente da relação sexual entre o homem e a mulher.

Posso resumir minha posição, manifestada em mais de uma oportunidade: enquanto o embrião *não* estiver dignificado e aperfeiçoado em sua finalidade reprodutiva, ganhando vida humana, por sua inserção no corpo da mulher, *não* é um ser humano digno da mesma proteção que a ética, a moral e a lei atribuem ao ser humano em sua forma de nascituro.

A distinção é fundamental. Não chego ao nível da relacionalidade, com outros efeitos, aos quais fazia alusão o doutor Kottow. É a inserção dele com sobrevivência e desenvolvimento no corpo da mulher ao qual se destina, apto a lhe dar condição humana. Seja qual for a forma do recebimento voluntário do embrião – produção independente, criação heteróloga, quer com ou sem anuência do marido ou do companheiro –, a transferência para o útero feminino é a pedra de toque da aquisição da condição humana pelo embrião, extintos os efeitos de sua criação artificial.

Antes dessa etapa, à luz da lei, conforme lançada no Código Civil de 2002 e na conformidade dos conhecimentos hauridos no Direito (aqui também considerados sob a ótica da ética e da moral), e até que se complete, o embrião é produto de pesquisa ou atividade científica, disponível para a transferência ou para livre disposição.

Embriões excedentes

Pelas mesmas razões aqui expostas, a disposição quanto aos excedentes, desde que haja a concordância dos que forneceram elementos para sua criação, será tanto ética quanto legal.

Por mais de uma vez tem sido sustentado que o embrião é um ser humano em formação. No mundo religioso há discussão sobre se teria alma, enquanto criatura de Deus, aguardando a continuidade de seu processo de desenvolvimento.

Embora as convicções religiosas mereçam respeito, estamos diante de algo inteiramente novo, que as religiões tiveram de enfrentar ao longo dos séculos, conforme demonstraram Copérnico e Galileu.

Podemos, porém, raciocinar o contrário. Se forem para ser guardados, por quanto tempo o será? Em que condições? Sob a responsabilidade de quem? Para que fim? Quem responderá pelos respectivos custos? Há equipamentos compatíveis com o número infinito de embriões que, em breve prazo, seriam conservados, considerando os mais de setenta anos de vida média que o ser humano integral vive hoje, também no Brasil?

Além desses elementos de natureza objetiva, há outros de natureza subjetiva. A decisão sobre o embrião cabe a quem o produziu. Quando não houver disponibilidade para a preservação por prazo indeterminado, a obrigação não pode ser transferida ao Estado, pois significaria sobrecarregar toda a sociedade por motivos que não são dela (mas só daqueles juridicamente envolvidos na criação).

Quando o próprio casal produtor do embrião se desinteressar pelo desenvolvimento dele, em laboratório, a lei não poderá o obrigar. Em situação de filho vivo, ao contrário, tratar-se-ia de uma forma de “desistência do poder familiar”, na linguagem do Código – também aceitável na leitura do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Não se pode perder de vista que, criado o embrião, ele deve ter destino específico consistente, assegurando a reprodução daqueles que por ele se interessaram, para resolver problemas de sua paternidade.

Esperma: o gerador de tudo?

Mas não é só. Cabe recordar uma das alternativas mais curiosas do passado relativamente recente, quando se enunciavam opiniões de que o esperma masculino era verdadeiramente o “gerador de tudo”. O “onanismo” da referência bíblica (masturbação) era considerada conduta

homicida, conforme destacou o doutor Siqueira. É um exemplo muito característico da permanente transformação dos costumes e das avaliações jurídicas e éticas.

À vista de tudo, segundo convicção que não resulta apenas da lei, mas também dessa realidade científica que o jurista deve avaliar, a disponibilidade dos excessos de embriões produzidos fora do destino original que para eles se criou é plena e irrestrita – reconhecida, talvez, certa imprudência daquele que gera embriões desnecessariamente. Será bom que possam ser usados em pesquisa médica ou em outros progressos da Ciência. Mas se não forem e simplesmente forem descartados, repito, não haverá infração do ponto de vista jurídico e segundo minhas convicções éticas. Nem se tratará de matar um ser humano. Será menos do que a lei tolera, em vários países, na pena de morte; na eutanásia; no induzimento do suicídio e em outros mecanismos dos quais o Direito se serve.

Voltando sempre de trás para frente. As leis protegem os filhos, e a Constituição do Brasil, nos Art. nº 226 e nº 227, até cria normas específicas, caracterizando, por exemplo, que a união estável (inserida na estrutura jurídica brasileira) é aquela entre homem e mulher.

No Código Civil brasileiro de 1916, quando se tratou do casamento, não houve necessidade alguma de admitir que o casamento era entre homem e mulher, porque era impensável que não fosse assim. O mesmo ocorreu no projeto anterior, de Teixeira de Freitas, o qual fez alusão à legitimidade da família pelo casamento. Esse projeto, aliás, não foi aproveitado no Brasil, mas acabou inspirando Velez Sarsfield no Código Civil argentino.

O embrião na união estável

Como se viu, o Art. nº 1.597 presume a paternidade do filho concebido na constância do casamento, ao incluir disposição igual quanto à união estável. Ora, a Constituição acolheu a união estável entre homem e mulher, os quais, ao gerarem filhos, assumem responsabilidades iguais às definidas especificamente no *caput* do Art. nº 227 da Carta, relativas à vida, à saúde, à educação, ao conforto e à sobrevivência das crianças, em vigorosa simetria com a previsão para o matrimônio legal.

Não há, na lei civil, norma própria da união estável quanto ao nascituro, em omissão extensível ao embrião. E por que não há? Novamente motivada pela lenta caminhada do Direito, incompatível com a velocidade das criações científicas especialmente na segunda metade do

século XX. Nesse perfil, estão desde as criações de técnicas de reprodução até, no futuro, o útero artificial e a clonagem, nos moldes previstos por Aldous Huxley em seu *Admirável Mundo Novo*.

Na união estável os problemas do reconhecimento de filho, pelo pai, dependem de prova cabal da existência da convivência no momento da concepção e o comparecimento de ambos os pais, no serviço do registro civil da pessoa natural. O ajustamento desses conceitos já vem evoluindo: em reprodução assistida, por exemplo, o processo consiste em incluir a prova documental do acordo entre os companheiros (sobretudo para a reprodução heteróloga), com o objetivo de impedir que a vontade manifestada seja negada depois do nascimento.

[MARCO SEGRE]

Quero dar uma contribuição, a partir de uma lembrança pessoal de cerca de quinze anos atrás.

Num congresso de Bioética, quando se discutia qual era o exato momento do início da vida, fiz uma intervenção, mostrando a dificuldade, o caráter aleatório e “arbitrário”, como definiu o doutor Kottow, da demarcação do momento do início da vida.

Ao que um colega médico questionou: “Mas como, doutor? É claro que a vida começa na concepção”.

Naquele momento comecei a pensar: Por quê? Só porque ele quer? Por que a religião conservadora assim o deseja? Por que é dogma?

“Não, mas a Ciência prova!”. Sabem: não prova nada. A Ciência prova que, no momento da concepção, há uma mistura de DNAs. Isso se sabe cientificamente. Mas a Ciência e a crença andam por caminhos completamente diferentes.

Então, se quisermos utilizar esse momento da junção dos DNAs como caracterização de início da vida... É questão realmente de fé, vinculada à linha absoluta, como definiu o doutor Kottow.

Chega o momento em que se tem de fazer opções, respeitando-se uns aos outros, já que, em Bioética, uma das idéias fundamentais – não diria princípios, não gosto deste termo – é o respeito à crença e às posturas dos outros.

Se a vontade é continuar entendendo que a vida começa no instante da concepção e que, portanto, a partir desse momento, o pré-embrião ou embrião (são denominações que se prestam apenas para diminuir os sentimentos de culpa, quando se extingue esse material) já é ser humano, então

é preciso parar de realizar reprodução assistida. É questão de opção.

Como disse o doutor Ceneviva, a moral vigente e a legislação ou se ajustam a esses novos avanços da Ciência e da Tecnologia, ou realmente param. Estaciona-se.

[PLENÁRIO]

Pergunto à José Eduardo Siqueira.

O senhor citou um projeto que, entre outros pontos, não preserva o anonimato dos doadores de gametas ou de espermatozóides.

Sabe-se que com o Projeto Genoma e o avanço de uma série de pesquisas, cada vez mais vai se conseguir determinar certas doenças como câncer de mama, por exemplo, nos filhos dos pais “genéticos”.

Não seriam cerceados desse direito os indivíduos gerados a partir de gametas doados, se não pudessem conhecer a identidade dos verdadeiros pais?

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Essa questão toca o dedo na ferida.

Na realidade, o anonimato cria situações favoráveis para que casais tenham filhos. Além disso, a doação anônima – que já é fato universal – permite que o indivíduo faça um ato altruísta, isto é, doar parte dele para que um casal alcance a felicidade de ter filho.

A Suécia tornou obrigatória a revelação. Logo que isso ocorreu, o número de doações caiu de maneira dramática!

Entretanto, sua questão é absolutamente correta. E é por isso que se vive um dilema: de fato, a Bioética está refletindo permanentemente sobre as implicações da quebra do anonimato. O indivíduo, que nasceu de doador cujo gene alterado possa levar a doenças, tem o direito de saber disso?

Pode existir uma saída, caso os laboratórios criem um meio de se identificar precocemente se o doador apresenta alguma patologia transmissível geneticamente.

[PLENÁRIO]

Questões como a última nos interessam bastante, já que fazemos parte do Ministério da Saúde, programa Saúde da Mulher, e somos freqüentemente solicitados a emitir pareceres em projetos de lei.

A respeito desse assunto, existem três ou quatro (projetos de lei) circulando

na Câmara e no Senado. O mais discutido é de autoria do senador Lúcio Alcântara. Alguns pontos, os quais foram tocados aqui, merecem discussão ampla por parte das sociedades médicas e científicas que lidam com isso.

Uma questão é a da relação entre a Ciência e a legislação: na realidade, a segunda vem para legitimar um ato que a sociedade – ou, pelo menos, a maior parte dela – já está aceitando.

O processo de evolução da Ciência é muito rápido. A preocupação é com leis que tentam atingir todos os aspectos de determinado fenômeno, como é o caso da reprodução humana. Um tipo de lei que pretenda decidir desde quem tem direito a se submeter à reprodução assistida, até o que se vai fazer com os pré-embriões, etc.

A lei (considerando-se o projeto de Lúcio Alcântara) congrega aspectos bastante retrógrados, como a obrigatoriedade de “casal legalmente constituído ou formalmente constituído, para que seja admitida a realização da fertilização ou da reprodução humana”.

No entanto, não é isso o que acontece na Natureza. Explicando: hoje, qualquer mulher independente pode sair e voltar grávida, sem que seja necessário que esteja formalmente unida a alguém. Por que, então, na reprodução humana assistida, ela seria obrigada a estar casada?

Trata-se de aspectos importantes para discussão, porque as pessoas que estão preparando as leis nem sempre – ou nem sempre interessa a elas – trazem uma visão da realidade.

A questão de quem “tem o direito ou não” de fazer é importante. A lei até permite, mas só depois de provada a infertilidade. Por que uma pessoa precisa provar sua infertilidade para se utilizar uma técnica médica reconhecida?

Com relação a essa lei (e a outros projetos de lei), vale lembrar um aspecto que deveria estar bastante assegurado – e não está: a garantia de que a população que vai se utilizar da técnica tenha conhecimento real dos riscos e benefícios inseridos.

Muitas vezes nós, profissionais de saúde, (e outros também envolvidos nesses processos) não passamos as informações adequadamente, com o intuito de conseguirmos sucesso em nosso procedimento. Chegamos a infringir algumas regras. Não se pode expor a população a um risco maior do que seria num processo natural – ou, pelo menos, se deveria esclarecer a população sobre tal risco.

Bom exemplo é o número de embriões implantados: quanto maior a vontade de que a técnica dê certo, maior o número de embriões que se

implanta, e maiores os riscos do imputados àquela paciente.

Gostaria de parabenizar ao Conselho por estar discutindo um tema tão importante, já que temos de andar juntos e fornecer elementos para nossos legisladores estarem trabalhando. Esses elementos têm de “casar” com o que a sociedade deseja, e com o que as sociedades médicas, o conhecer médico e o saber científico podem promover.

[PLENÁRIO]

Com relação ao Projeto 90, que está no Senado.

Realmente, prima pela exigência de que a reprodução assistida seja feita por casais constituídos, embora permita também (salvo engano) aconteça na situação de concubinato, isto é, entre pessoas não legalmente casadas, mas que estejam vivendo juntas. E, talvez, com razão.

Existe um projeto de lei diferente, na Câmara dos Deputados. Não prevê que a fecundação artificial ocorra em casais constituídos. Então, a mulher poderia ter esse benefício sem que tivesse companheiro. Ao que parece, o “espírito da lei” em permitir que o filho saiba quem é seu pai biológico visa a respeitar um direito dele próprio. Ou seja, se não contar com a figura de um pai, ainda que afetivo, poderia buscar a identidade do biológico, pelos meios médicos.

Qual o papel do pai nesse tipo de fecundação assistida? Na minha opinião, em termos éticos, o pai é necessário. Então, o objetivo da lei seria exatamente este: mostrar que o filho realmente tem necessidade de pai e mãe. Ou a missão é exclusiva da mãe? Qual é, então, na discussão ética, o papel do pai?

Um comentário sobre o Projeto de Lei nº 90 (de autoria do senador Lúcio Alcântara e que tem como relatores os senadores Roberto Requião, na Comissão e Constituição e Justiça/CCJ, e Tião Viana, na Comissão de Assuntos Sociais/CAS), toca em dois pontos: primeiro, a reprodução assistida é um “cancro” e que, ainda assim, é preciso legislar sobre isso; segundo, vivemos – e isso é uma crítica – em sociedade ainda patriarcal. Não se deveria, em tese, discutir eticamente o papel do pai em reprodução assistida?

[WALTER CENEVIVA]

Na reprodução assistida, o pai é um mero fornecedor de esperma, de sêmen, para vir a ser aproveitado na produção de um embrião. Não há outra participação, senão essa. Pode ser o marido da mulher em quem vai ser instalado

o embrião ou alguém totalmente estranho a ela. Ser alguém da escolha dela ou não; e até permanentemente ignorado – isso o Direito ainda não sabe resolver. Porque, seja qual for a natureza da inserção desse pai no processo científico, aquele filho será ou do marido daquela senhora (o qual, na forma da lei, é “o pai que se presume pai”) ou de alguém que ela indicará como tal ou que ela não indicará e que será pai incógnito.

Trata-se de uma filiação que não é nem legítima nem ilegítima (porque a Constituição proíbe qualquer distinção quanto à filiação), mas será filiação. Houve um pai que se perdeu no tempo e na falta de conhecimento sobre quem ele era.

Portanto, em termos científicos, na reprodução assistida, o papel do pai sempre se resumirá ao fornecimento do sêmen. Desse momento em diante, seu papel será o da participação na educação, na convivência com o filho. Será o papel clássico do companheirismo com a mulher, da recíproca responsabilidade na criação e no desenvolvimento de um novo ser, útil para a sociedade e nela integrado para o progresso.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Existe o caminho inverso e complicado: a possibilidade do doador reivindicar o filho para ele.

[MARCO SEGRE]

A importância que se atribui ao vínculo genético – quem vem da Medicina Legal conhece a importância que tal vínculo ganha durante uma perícia de investigação de paternidade – volta-se rigorosamente ao direito de herança.

Espera-se que, dentro de alguns anos ou algumas décadas, válido seja realmente o vínculo relacional, como afirmou o doutor Kottow. Que se dê o valor ao pai e à mãe afetivos e não se continue cultuando essa “DNAtria” em que o DNA determina tudo.

[MIGUEL KOTTOW]

Qual é o papel do pai em reprodução “natural”?

Primeiro, o pai está exatamente na mesma situação que a mãe. Ou seja, em algum momento assume a relação. É o que eticamente se espera. Só não tem a obrigação biológica de estabelecer o momento. Mas supõe-se que deseja gerar vínculo como a mãe.

Segundo, se partirmos do ponto de vista ético, não há diferença entre ser mãe e ser pai. Ambos têm função. A ausência de um pai é simplesmente uma ausência, como seria a da mãe. Não se trata de um “não existir”.

Atualmente, há muita discussão sobre os direitos da mulher. Isso ofuscou um pouquinho a existência do homem. Ele se sente necessário? Deixa seu sêmen, pode ir, não interessa mais. Aqui, tudo termina.

Mas a realidade é que existe uma série de experiências que indicam, por exemplo, que gravidez desejada e feliz é mais eficiente biologicamente do que gravidez não-desejada. Se esse argumento é válido – e tem sido válido por muito tempo –, então, a gravidez produto de violação, de estupro, não tem futuro feliz e seria pouco desejável.

Com base nesse mesmo argumento é considerado desejável, para a maturação de um filho, que ele conte com mãe e pai. Que existam figuras materna e paterna. Há, portanto, uma função incontestável do pai, no desenvolvimento de uma criança. Indispensável ou não, mas com certeza há.

Terceiro, do ponto de vista estritamente biológico: tenho o direito e a obrigação de cuidar da minha participação genética no novo ser, já que eu participei com a metade do gene. Por que não? Vai haver uma sociobiologia entre o pai e filho, tanto quanto há entre mãe e filho. Se a mãe cuida da criança, porque o pai não pode fazer o mesmo? Dessa forma, também biologicamente é válido.

Quarto, se queremos fomentar a igualdade social entre homem e mulher – porque a igualdade moral obviamente existe –, é lógico que ambos também compartilhem do nascimento de um novo ser e de sua educação. Não faz sentido que a mãe assuma toda a responsabilidade e o pai não.

Por conseguinte, social, genética e afetivamente, independente da lei, a presença e a assunção da paternidade estão perfeitamente claras.

[PLENÁRIO]

Sou ligado à Unifesp/EPM e, há uns dois anos, tive a oportunidade de escrever num jornal sobre embriões congelados. É realmente estarrecedora a distância entre o que pensam os legisladores e os médicos da prática do dia-a-dia.

Esse substitutivo do senador Lúcio Alcântara, na verdade, é modificação daquele do Roberto Requião, que já modificou o projeto do senador Tião Viana. Mas todos são muito parecidos. Nesse substitutivo é permitido, sim, o congelamento de gametas.

Há questão de uns oito meses fui procurado por uma aluna da Faculdade de Medicina do ABC, que queria fazer um projeto para bolsa de estudos (sobre Bioética) do Cremesp. Então, resolvemos formular algumas perguntas sobre o destino dos embriões congelados, endereçadas a quatro grupos: alunos de Medicina; médicos; casais que permitiram o congelamento de embriões e casais que tinham feito tratamento, mas não tinham embriões congelados.

Durante o nosso pré-projeto, entre as perguntas julgadas pertinentes, estiveram: *Você sabe o que a ética médica diz sobre o destino dos embriões congelados?* Dos médicos entrevistados, 100% disseram: não sei. Dos alunos, 2% sabiam qual era o destino, do ponto de vista ético, pelo menos, seguindo as normas éticas do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Existiam ainda outras questões, como: *O que você faria com embriões excedentes? Descartaria? Doaria para pesquisa ou para outros casais? Congelaria por tempo indeterminado?* Dos alunos, 47% disseram que descartariam. Dos médicos, 40%. Viu-se que o descarte dos embriões *não* foi encarado como processo não-ético: é consequência de determinado tratamento que ainda hoje não é totalmente dominado, mas que, seguramente, vai evoluir. Aliás, o próprio número de embriões transferidos já está caindo.

Ao examinar na Internet o grupo de estudo dos legisladores que fizeram essa possível lei (de Lucio Alcântara), verificamos que não existe um único médico que conte com prática em reprodução assistida razoavelmente conhecida. Observa-se que a norma do Conselho de 1992 é muito mais atual que o projeto de lei em curso.

Ninguém do grupo sabe sobre as limitações de, por exemplo, se congelar um óvulo. Os espermatozoides são congelados desde a década de 40 passada. De lá para cá, obviamente, se tentou congelar óvulos também. Só que houve o Congresso Mundial de Fertilização *In Vitro* em Buenos Aires, em março de 2002, que divulgou que, em mais de cinquenta anos, não existem quarenta crianças nascidas de congelamento de óvulos.

Então, o clamor da sociedade e das entidades é necessário, para que nossos legisladores olhem os anseios da população com um pouco mais de benevolência.

[MARCO SEGRE]

Certamente aos Conselhos de Medicina cabe o papel de carro-chefe do trem da mudança. Pelo menos, da discussão por eventual mudança. Mas

não podemos nos esquecer de que existem os *lobbies* em cima do Congresso Nacional que dificultam muito. Vamos à palavra final dos participantes.

[MIGUEL KOTTOW]

Em primeiro lugar, não sei se vocês têm noção de que há concordâncias, explícitas e implícitas.

O doutor Ceneviva afirmou algo muito categórico (e muito de acordo com o que penso): os embriões obtidos *in vitro* são seres humanos a partir do momento em que são implantados. Mas quando se implanta? Quando a mulher pede que se implante.

O que acontece na fertilização artificial é que a relação se inicia muito antes, quando a mulher se decide a fazer “todo o necessário para...”.

Assim, o embrião *não* é ser humano até o momento em que a relação pode produzir efeito, isto é, no momento da implantação.

E quanto ao (embrião) que fracassa? De qualquer maneira, a relação iniciou-se. No fundo, está se utilizando não o critério absoluto ou o evolutivo e, sim, o critério relacional.

É muito similar ao que foi afirmado no debate: descartar embriões é simplesmente descartar subproduto técnico, na medida em que se entende que são todos seres que não chegaram à possibilidade de relação, portanto, não têm o *status* que adquiririam se fossem implantados.

Outro ponto, talvez um pouco mais complexo – pelo menos, vai ficar enunciado – é que, com certa frequência, se confunde a “ética da situação” com a “ética da lei”. Essa lei à qual o doutor Siqueira estava mencionando apresenta problemas que, provavelmente, advêm do fato de ser imperfeita eticamente. Mas são problemas que não têm muito a ver com a ética do que está se legislando; se é ética ou não a fertilização assistida.

O fato é que estão sendo impostas certas normas que parecem atravessar os processos técnicos gerando, possivelmente, sofrimento, gastos e uma série de complicações. Não definem grande coisa.

A lei, em si, é um processo ético? O que ela está legislando está submetido à moralidade? Nisso é preciso distinguir claramente: frequentemente há regulamentações que, por exemplo, não são éticas, porque atacam onde não devem atacar; não protegem e não direcionam; não têm nada a ver com os processos que estão tentando regulamentar.

Em Bioética estamos tratando de falar dos processos e não da lei que vai regulá-los.

[WALTER CENEVIVA]

Repito que, se eu fosse responder à pesquisa citada nesse debate pelo plenário, tranqüilamente votaria pelo descarte puro e simples dos embriões congelados, porque não atingiram o estágio de seres humanos providos de subsistência. Toleraria a adoção, a utilização desses embriões para experiências científicas – contanto que aqueles que os deram origem assim o autorizassem, já que são os titulares daquele direito.

Agora, vamos esperar que os deputados e senadores atendam aos requisitos dos doutores Siqueira e Kottow, isto é, ouçam os que conhecem o assunto. Sei que pedir é pura perda de tempo, porque não dá voto.

E não se trata de problema brasileiro. Kelsen – o maior pensador jurídico e filósofo do Direito do século XX, – na sua “Teoria Geral do Estado”, lembra que a maior parte dos parlamentares de todos os parlamentos não conhece aquilo que está votando. São inteiramente alheios, porque não está na órbita direta deles. Aquilo que não dá voto, aquilo que não tem pertinência direta com a vida do parlamentar, não interessa. E ele espera que a sociedade interfira.

O doutor Marco Segre salientou bem: são os Conselhos de Medicina que devem atuar, inspirando a sociedade a partir para essa participação efetiva. Todos temos o dever de participar.

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

Tradicionalmente, os Conselhos de Medicina eram vistos como órgãos punitivos, quase medievais. Julgavam para verificar se o médico estava agindo segundo o Código (de Ética Médica) ou não.

A Câmara de Bioética está revitalizando, está trazendo a esta Casa dos Médicos um momento de reflexão, de oxigenação. Está-se cumprindo verdadeiramente o importante papel de mostrar a “outra face” do Conselho de Medicina, que não aquela de ficar verificando o cumprimento ou não dos 145 artigos do código, mas, sim, de fazer refletir.

CLONAGEM

A Câmara Técnica de Bioética e o Centro de Bioética do Cremesp promoveram, no dia 25 de maio de 2002, na subsede Vila Mariana, *Simpósio sobre Reprodução Assistida – Clonagem Terapêutica e Reprodutiva*, coordenado pelo conselheiro Enídio Ilário, e do qual participaram três expositores: Maria Cristina Massarollo, coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da disciplina de Ética na graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); Marcos de Almeida, professor de Bioética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), livre-docente em Ética da Universidade de São Paulo (USP) e membro da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp; e Thomaz Rafael Gollop, obstetra, ginecologista, diretor do Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana de São Paulo e livre-docente em Genética Médica da Universidade de São Paulo. O tema discutido foi *Iremos Ver o Clone Humano, Cópia Genética da Pessoa?* Veja, a seguir, os principais pontos destacados pelos participantes:

[MARIA CRISTINA MASSAROLLO]

A possibilidade de refletir e discutir tema tão polêmico é importante, já que este é capaz de gerar muitos desdobramentos, impasses e dilemas, que deixam bastante perplexos não só o pessoal da Saúde, mas também advogados, outros profissionais e a população em geral. Hoje é possível admitir: clonagem é um dos grandes dilemas de questionamento ético.

Ao falar em clonagem, refiro-me à reprodutiva e à terapêutica.

Em relação à primeira, parece haver maior consenso quanto à falta de justificativa para a sua realização. As tentativas feitas com animais mostram os problemas que ainda existem. Ora, como seriam enfrentados, no caso da clonagem humana? Quantas anomalias ocorreriam? Quantos fetos malformados?

Até chegar-se à ovelha Dolly, inúmeras tentativas foram realizadas e vários monstrinhos devem ter nascido! E no caso da clonagem humana? Além da insegurança; da iatrogenia (*em definição, alteração patológica provocada no paciente por tratamento médico inadvertido ou errôneo*); dos problemas decorrentes, é preciso levar em conta os conflitos sociais de interesse – já que os conflitos éticos são patentes.

Outra questão relevante refere-se à seleção dos indivíduos: à escolha das características; do sexo; ao caso de haver anomalia indesejável, ainda que não incompatível com a vida, etc. Tudo isso vai ser motivo para descartar? Não estaria implícito o risco de ocorrer novamente a eugenia, tão reprovada? No que a produção de um clone ajudaria a humanidade?

Quanto vai exacerbar as questões de gênero, de racismo, etc?

Também é controversa a clonagem para estudar diagnósticos em embriões. Isto é, alguém faz um clone para verificar as anomalias surgidas em embrião e, a seguir, o descarta. Seria aceitável? Enfim, há, *a priori*, predisposição generalizada para que clonagem humana reprodutiva não se realize. Muitos estudos e discussões precisam ser promovidos.

Tecnicamente clonagem é possível. Então, a resposta à questão inicial é afirmativa: *Iremos, sim, ver o clone humano, cópia genética da pessoa*. Porém, é desejável eticamente? Não se deve limitar a Ciência, mas o uso que vai ser feito dela precisa ser bem discutido.

Nesse campo há idéias ainda bastante equivocadas. Por exemplo, observamos na mídia que muitos relacionam clonagem e imortalidade. Digam-me, qual é esta relação? Enfim, qual é o interesse na clonagem humana?

Outro ponto destacável corresponde à autonomia das pessoas, ao respeito à dignidade dos inseridos no processo – os quais nunca podem ser perdidos de vista –, incluindo os que serão gerados, no caso de clonagem reprodutiva. Se pensarmos sobre a dignidade, no direito do outro, como ficaria a questão do clone? Ele vai ser o quê (*em relação ao doador das células*)? Irmão? Filho?

Não se está gestando um clone, mas o futuro. Decisões tomadas agora vão ter repercussões depois.

Clonagem de órgãos

Ao se falar em clonagem, uma causa de preocupação é que, normalmente, se pensa *lato sensu*: clonagem reprodutiva e terapêutica. Mais ainda, qual é a primeira idéia que nos vem à mente? Clonagem reprodutiva. Essa ênfase chega a impedir ou a dificultar ponderações a respeito da clonagem terapêutica, que promete trazer numerosos benefícios.

Trata-se de algo que ainda precisa de desenvolvimento e investimentos generosos. Basta pensar em termos de clonagem de órgãos. Atualmente a situação é grave, crítica: o número de pacientes que estão aguardando a disponibilidade de enxerto, de órgão a ser transplantado, é muito grande. Quantos não morrem na fila de espera?

Várias possibilidades estão sendo imaginadas e algumas já realizadas, como a do transplante *intervivos*: um paciente são doa a outro, com riscos, órgão – ou parte dele –, o que atenua o problema da demanda. Mas seria muitíssimo bem-vinda uma nova alternativa.

Durante o encontro *Destino de Pré-embriões* falou-se sobre o quanto a legislação é mais “lenta” do que o avanço da Ciência – tendo sido utilizada a comparação: enquanto a primeira vai de carroça, a segunda anda de jato. Na ocasião, como ficou claro, concluiu-se que a clonagem é assunto intimamente relacionado ao início da vida.

A propósito, existem até pessoas que se referem aos embriões utilizados para pesquisa como entidade humana! Por quê? Porque realmente houve mudança no *status* moral dos embriões. Todas essas situações são merecedoras de pesquisas aprofundadas. E, como tais, precisarão ser tratadas e apreciadas pelas comissões envolvidas em pesquisa. Digo isso como membro de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Não a limites. Sim ao debate.

Muitos cientistas não querem que haja limitação alguma para o desenvolvimento das pesquisas. Realmente não se pode limitar, mas é preciso discutir. O tema não pode ficar só a critério de cada um, ou dos interesses específicos, seja de cientista, seja de interessados em ter seus clones.

Vê-se na mídia que as pessoas que querem fazer seus clones comumente são homens. Ou é um milionário – não se sabe de onde – ou um cientista que quer ser clonado. Não conheço relato de alguma mulher que gostaria de ser clonada. Enfim, por que o querer ser clonado? Talvez exista um pouco de vaidade.

Conheço uma frase bastante apropriada à clonagem, (do escritor francês François Rabelais, 1494-1553): *Ciência sem consciência é somente a ruína da alma.*

[ENÍDIO ILÁRIO]

Nossa primeira participante levantou um tema candente para pesquisa: as mulheres têm muito menos desejo de serem clonadas do que os homens. Quem são, pois, os narcisistas da história? Dizem que o clone é sonho erótico de todo narcisista.

[MARCOS DE ALMEIDA]

A questão “Quando começa a vida?” foi tratada exaustivamente pelo doutor Miguel Kottow, no encontro *Destino de Pré-embriões*. Mesmo assim, convém salientar novamente alguns pontos, pois ela é extremamente complicada. À primeira vista, é puramente filosófica. Com o passar do tempo, verifica-se que a pergunta quer ser respondida e há uma série de inconvenientes e complicações em torno dela.

Quando se diz “começo da vida”, não se trata de *lato sensu*: é impossível ser demarcado. Quando começou? Não se sabe quando teve início nem quando acabará. É preciso, portanto, estreitar a questão: quando começa a vida de um novo ser humano? Se partirmos do ponto de vista estatístico, verifica-se que, na maioria das vezes, a união do óvulo com o espermatozóide não é coisa alguma: em cerca de 70% dos casos não acontece absolutamente nada.

Em segundo lugar vem o aborto espontâneo, o qual sequer é percebido pela mãe. Apenas em terceiro lugar é que aparece a criança. E o problema não pára por aí.

Por que pode não surgir uma criança?

Porque pode acontecer algo “diferente”. Por exemplo, as células são indiferenciadas até o 14º dia. Mesmo que passem do período da mórula (*agregado de células, proveniente da segmentação do óvulo fecundado*), quando chegam à fase de blástula (*forma inicial embrionária em que existe agrupamento de células em determinado pólo da estrutura e outro que se dispõe um pouco mais na periferia*) continuam indiferenciadas e totipotentes.

Portanto, são células capazes, cada uma por si, de reproduzir um novo ser humano. Só que, se houver prevalência do crescimento das células do embrioblasto, vai-se ter como resultado uma criança. Mas se, por alguma razão, houver prevalência do crescimento das células do trofoblasto, vai-se ter como resultado ou uma mola hidatiforme – tumor benigno –, ou um coriocarcinoma – tumor maligno.

Ao que parece, nenhuma dessas duas coisas podem ser consideradas como tendo qualquer espécie de valia.

“Pá de cal”

Voltando aos tipos existentes de clonagem. Como afirmou a doutora Maria Cristina, é preciso estabelecer distinções bastante claras entre os tipos de clonagem, porque a clonagem é a *pá de cal* definitiva às pessoas que asseveram que o momento do início da vida é exatamente a partir do instante da fecundação.

Se a clonagem humana for obtida algum dia – e não estamos muito distantes disso, não há nenhuma razão para que não ocorra –, o instante do surgimento da nova vida deixará de ser a fecundação – simplesmente porque, se não há espermatozóide, não existe fecundação. Com isso, volta-se àquela constatação feita no encontro *Destino de Pré-Embriões*: nesse procedimento, o homem passou a ser totalmente dispensável na produção de outro ser humano.

Então é preciso fazer distinção entre clonagem embrionária, que é um procedimento particular, e clonagem com DNA adulto, a transferência nuclear.

Outra distinção, em se falando de clonagem terapêutica e clonagem reprodutiva. A clonagem embrionária consiste em deixar a célula se dividir em duas – ou, nessa fase, fazer artificialmente a separação entre alguns elementos daquele pré-embrião e produzir dois seres, em vez de um. Um será a cópia do outro.

Aliás, a natureza é o grande agente clonador da humanidade: uma em cada 79 gestações bem-sucedidas é representada por gestação da qual surgem gêmeos univitelinos – e o clone nada mais é do que um gêmeo univitelino.

Porém, se for produzido a partir de clonagem com inserção de DNA de adulto, ou seja, com transferência nuclear, esse clone será irmão gêmeo daquela pessoa, só que virá muito tempo depois, com uma série de diferenças, entre as quais as causadas por condições gestacionais e contextos sócio-ambientais diversos. Julgar que será “cópia carbono” é absolutamente falso, um pensamento típico dos “essencialistas genéticos”, adeptos da idéia de que a genética determina tudo.

O processo

Como se realiza o processo de clonagem pela transferência de núcleo? Há um óvulo com núcleo haplóide (*que possui a metade do número somático de um número de cromossomos típico dos gametas normais*), que é removido. Dentro desse óvulo sem núcleo coloca-se ou um núcleo diplóide (*que tem dupla guarnição cromossômica*) de célula somática ou a célula inteira, passando-se a ter óvulo com núcleo diplóide.

Portanto, não há necessidade do embrião: neste instante pode-se produzir estimulação química ou elétrica e daí advém um óvulo, que começa a se comportar como se tivesse sido fecundado sem tê-lo sido, porque não existe o espermatozóide.

Eis alguns pressupostos para se entender melhor o que está sendo exposto. Por si só, a vida não tem importância moral, é abstração: só passa a ter significado quando alguma coisa se “adere” a ela, que passa a conferir-lhe a importância que tem. Vida, por si só, é mero pré-requisito. O que tem importância é a vida de homem, de animal, de planta (esta última, conta com importância relativa).

Então, a pergunta a ser feita não é “quando começa a vida de um

novo ser humano?”. A pergunta fundamental é “quando a vida de um novo ser humano começa, de fato, a ter importância moral?”.

Linha divisória: arbitrária.

Até então se estabeleceu uma linha divisória arbitrária – correspondente ao critério evolucionista. Arbitrária, porque alguns podem dizer que a vida começa a partir do momento da fecundação; da duplicação das células ou no instante em que estas, de fato, começam a se fundir, horas depois; na ocasião da nidação (*o embrião se fixa no útero da mãe*); ao aparecerem os primeiros neurotransmissores perceptíveis na célula; assim que a criança começa a se mexer...

Enfim, pode-se escolher inúmeros critérios para traçar essa linha. Pelo fato de a Biologia não nos informar precisamente quando realmente um ser começa a se tornar pessoa, faz-se necessária uma escolha arbitrária.

Aliás, se resolvermos nos apoiar na Biologia, todas as escolhas serão arbitrárias.

Até outras escolhas são arbitrárias! Quando começa a maioridade penal no Brasil? Aos 18 anos. Não é uma escolha arbitrária? Por que 18 anos? Por que dizer que, se alguém cometer delito com 17 anos, 11 meses e 29 dias de idade, será inimputável, face ao que está preceituado em vários artigos do Código Penal Brasileiro? Pelas infrações que cometeu, é sujeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente, mas não ao Código Penal. Só que se fizer a mesma coisa no dia seguinte, passa a ser integralmente imputável.

Assim é ao se perguntar: Quando começou a Idade Média? Com a queda do Império Romano. Quem afirmou isso? Os historiadores escolheram arbitrariamente, mais uma vez, a ocasião que lhes pareceu mais conveniente para traçar uma linha separando a Idade Antiga da Idade Média. Não que antes dessa linha já não houvesse manifestações de vida medieval. Já havia, permanecendo até depois do término da Idade Média. Há pessoas até hoje que têm pensamentos nitidamente medievais, mesmo em pleno terceiro milênio!

Portanto, o que é necessário saber não é quando a vida começa, mas, sim, quando passa a importar moralmente. Questão correlata: saber não quando a vida termina, mas, sim, quando cessa sua importância moral.

Por si só, a vida não tem importância. Exemplo: posso ser submetido a uma incisão no hipocôndrio direito. Do meu fígado, ter removidas algumas células hepáticas, mantidas crescendo em meio de cultura, em la-

boratório, por dias e até meses. Pergunta: É vida? Biologicamente é. E mais: é vida humana. E mais: é minha! Tem as minhas informações de DNA. Esta conduta, eventualmente, pode ter alguma importância terapêutica para mim. Mas a questão fundamental é: qual a importância moral dos meus hepatócitos crescendo em meio de cultura? Nenhuma.

Manipulação genética também é algo que já começa a ser possível praticar.

Há um dito latino que é regra de ouro em ética: *abusus non tollit usum*, ou seja, “não é por causa do abuso que se vai abster de usar, que se vai impedir alguém de usar. Que se use, mas não se abuse”. É o critério da prudência, da cautela, do cuidado, mencionado no encontro *Destino de Pré-Embriões*. Só que não se deve deixar de avançar, em nenhuma hipótese.

O que há de propriamente errado com a clonagem humana?

Todos sabem que mais de oito anos se passaram desde o surgimento da Dolly. Ela nasceu em julho de 1996 e o anúncio foi feito em fevereiro de 1997 (*lembrando: o Simpósio foi realizado em 2002*). Rapidamente isso foi ultrapassado por vários outros anúncios de clonagens de animais, como aquele promovido nos Estados Unidos, pelo centro Regional de Pesquisas sobre Primatas, em Beaverton (Oregon), que clonou um macaco.

A possibilidade de clonagem de um ser humano passou a assustar o homem. Muita gente começou a clamar que os legisladores banissem a clonagem, desde que não se pudessem predizer as conseqüências. Isso, diga-se de passagem, sempre acontece com todas as grandes descobertas da Ciência e da Biologia, visto que nunca se pôde predizer as conseqüências. Exemplo disso vem de Galileu.

Sabe-se que Bill Clinton, ex-presidente dos Estados Unidos, resolveu banir a pesquisa em clonagem humana – mas ele não podia ir além do banimento da clonagem feita com as verbas governamentais, financiadas pelo IFCH (*Institute for Community Health*). Ou seja, não conseguiria proibir os institutos particulares de fazerem o procedimento.

Boa parte de políticos, escritores, intelectuais, e, espantosamente, alguns bioeticistas tomaram posições francamente contrárias a qualquer pesquisa em clonagem. A despeito de todos esses “brados retumbantes anticlonagem humana”, ninguém apresentou argumentos minimamente racionais ou razoavelmente claros do porquê a clonagem humana é antiética.

O que exatamente está errado? Está errado *a priori*? Qual é o princípio que a clonagem viola? Mentir, invejar, matar? A grande verdade é

que a maioria dos argumentos contra a clonagem nada mais é do que aquele velho refrão dos obscurantistas: “Se Deus quisesse que o homem voasse, teria lhe dado asas”. Atualmente afirmam: “Se Deus quisesse que os homens clonassem, teria dado-lhes esporos (*células capazes de geminar; originando novo organismo*)”.

Hoje se está vendo que o homem voa. Certamente o homem vai conseguir clonar. A reflexão e a razão ética exigem muito mais do que simplesmente esses tipos de refrões velhos e surrados.

O que seria um clone?

Vejam o caso dos gêmeos idênticos: um ser humano completo compartilha dos mesmos genes com outra pessoa. Jamais alguém considerou a gemelaridade imoral. Naturalmente, os gêmeos clonados não teriam a mesma idade. Mas é extremamente incongruente, até pelo mais elementar dos raciocínios, alegar que diferença etária possa apresentar qualquer problema ético ou conferir ao clone *status* moral diferente.

Engelhardt (H. Tristram Engelhardt Jr., bioeticista norte-americano) disse que os clones deveriam ser tratados da mesma forma que gêmeos univitelinos: seria antiético tratar um clone humano como qualquer outra coisa que não fosse ser humano. Se esse princípio for observado, desaparece essencialmente qualquer problema ético da sociedade secular: não há razão moral intrínseca para que não se faça clone.

Parcela ponderável da população pertence à categoria de pessoas que já nomeei como “essencialistas genéticos”, adeptos da idéia de que os genes determinam quase tudo o que uma pessoa é. No entanto, um clone viveria em mundo e ambiente diferentes daqueles do seu predecessor genético. Ademais, com experiências de vida inteiramente diversas. Necessariamente, sua mente seria “configurada” de modo muito diverso.

Afinal de contas, até os gêmeos idênticos que crescem juntos, no seio de uma mesma família, têm a mesma carga genética, são indivíduos distintos, com diferenças de personalidade; individualidade; identidade e dignidade.

E mais: se nos pautarmos pelo rigor científico, um clone que cresce a partir de DNA de uma pessoa, inserido na célula nuclear de outra, ainda teria fatores maternos advindos do DNA mitocondrial. Além disso, dessemelhanças fisiológicas entre o útero original e o útero hospedeiro adicionariam novas diferenças ao desenvolvimento desse clone. Então, jamais, em qualquer sentido, sob qualquer ângulo de onde quer que se

olhe, um clone poderia ser cópia carbono de seu predecessor. Pensar o contrário é embarcar na canoa furada dos “essencialistas genéticos”, ou dos “reducionistas genéticos”.

Narcisistas clonados

O que dizer do rico idiota, tão narcisista que gostaria de se clonar, para deixar todos os bens para si mesmo? Sua intenção falharia de pronto, já que seu clone não seria a mesma pessoa que ele é. Poderia até ser idiota, mas outro idiota. A própria ação do rico idiota já não seria sem precedente, pois, hoje em dia – e há muito tempo –, os ricos (e outras pessoas) se esforçam para deixar os bens aos filhos quando morrerem, não somente porque estão ligados a eles por laços genéticos, mas principalmente por laços afetivos. E esse tipo de princípio não seria diferente, em relação aos clones.

Outros se preocupam com um hipotético cenário em que os clones seriam criados para fornecer partes sobressalentes, órgãos e tecidos não rejeitáveis pelo sistema imunológico do seu predecessor. A criação de um ser humano não deve acontecer para fornecer peças de substituição. Concordo. Para isso, a resposta é simples: é preciso tratar os clones como pessoas. Ninguém pode remover à força os órgãos de um gêmeo, para dar ao irmão dele. Por que se poderia fazer isso com clones?

Provavelmente, a tecnologia da clonagem permitirá aos biotecnologistas criar animais capazes – e, aqui, já se entra na clonagem terapêutica – de desenvolver órgãos humano-compatíveis, para fins de transplante. Isso em uma primeira etapa. A clonagem será realizada também para criar animais que produzam substâncias terapêuticas valiosas, tais como hormônios, enzimas, proteínas, etc.

Um desses indivíduos que alardeiam o pavor da clonagem considerou “repugnante que o governo japonês esteja permitindo que células humanas sejam implantadas em óvulos fertilizados de animais, para fins de pesquisa”. Assegurou que essas pesquisas sinistras poderiam levar “à criação de nova raça de criaturas subumanas, possivelmente meninos-porcos ou meninas-macacas”.

O próprio Fukuyama, celebrado autor de *O Fim da História*, em recente conferência, alertou que o “nietzschiano desejo de poder da humanidade tentar-nos-ia a criar escravos subumanos”. Sugeriu que a biotecnologia poderia ser usada para criar chimpanzés escravos com inteligência de garotos de doze anos. Mas isso seria o maior dos absurdos e de uma total

impossibilidade! Um chimpanzé teria habilidade para fazer determinados tipos de tarefa? O que dizer de uma criança de doze anos? Quem já criou filho que passou por essa faixa etária, sabe que não é fácil controlá-lo.

Essas visões são amedrontadoras, mas seriam críveis?

O que esses obscurantistas estão fazendo é a representação torta do que, na realidade, são experiências que visam a produzir benefícios terapêuticos para as pessoas – e não à criação de seres humanos animalizados ou animais humanizados.

Alguns pesquisadores estão adicionando o núcleo de células humanas em óvulos enucleados de vacas e porcos, com o propósito de criar pequenas esferas de células chamadas blastócitos, das quais esperam extrair células-tronco. Tais células seriam induzidas a se transformarem em tecidos diferenciados, posteriormente transplantados para regenerar órgãos lesados de pessoas doentes. Por que usar óvulos de vacas e porcos? Simplesmente porque eles são muito mais disponíveis, estão mais à mão do que óvulos humanos. Ora, se o tecido transplantado puder ser criado desse modo, ajudará milhões de pessoas.

Em outra linha de pesquisa, os biotecnologistas estão acrescentando alguns genes humanos ao genoma de animais, como porcos e vacas, de modo a criarem tipos especiais de proteína. Por exemplo, vacas produzindo insulina humana em seus leites.

Nos dias atuais, produz-se insulina humana acrescentando-se genes humanos, responsáveis pela produção da insulina, em cultura de bactérias. Antes que essa técnica fosse desenvolvida, uma combinação de insulina de porco e de boi era usada para tratar diabetes. Essa insulina era extraída de bois e de porcos de matadouros públicos. O que seria melhor? Produzir insulina humana a partir do leite de rebanhos limpos e controlados nos pastos de Minas, de Mato Grosso, do Rio Grande do Sul, ou a partir dos seus pâncreas, em matadouros públicos?

Por que esses intelectuais que são visceralmente contra a clonagem – inclusive, torcem para que jamais dê certo – não se sentem ultrajados pelo fato de os pesquisadores “humanizarem” as bactérias, adicionando a elas genes humanos? Talvez porque alguns deles sejam diabéticos e já se beneficiem desse avanço.

Os pesquisadores também estão tentando acrescentar em porcos alguns genes humanos para que, eventualmente, sirvam de doadores de órgãos – como coração, fígado – aos homens. Os conservadores descartam

tais pesquisas, alegando que os animais seriam “açougues vivos” de órgãos e tecidos. Segundo esse tortuoso senso de moralidade, se os animais forem açougues vivos para o fornecimento de bifes e costeletas, não há problema nenhum; mas se puderem ser biotecnologicamente alterados pelo acréscimo de alguns poucos genes humanos para fornecer fígados e corações salvadores de vidas, aí a Ciência teria ultrapassado a linha da danoção eterna.

Os intelectuais conservadores confundem “ser humano” com meramente possuir DNA humano. Tratam o DNA humano como algo sagrado. Só que o DNA é apenas a substância química, na qual o código digital de como fazer proteínas está inscrito. Não é nada mais, nada menos que isso. O ser humano é muito mais do que simplesmente a receita de como fazê-lo.

Outro argumento comumente utilizado é o de que a clonagem poderia tornar-se prática tão freqüente que comprometeria a biodiversidade, pon-do em risco a sobrevivência humana. A analogia citada é aquela que acontece com grupo de fazendeiros que adotam o mesmo tipo de planta híbrida. Se o híbrido for altamente suscetível a uma doença em particular, toda a colheita estará contaminada. Só que tal alerta pode ter validade em agricultura, em pecuária, mas é altamente improvável e matematicamente impossível de ocorrer com a humanidade – a menos que haja a probabilidade de serem produzidos milhões de clones de uma única pessoa.

A diversidade genômica ainda será a regra para a humanidade. Afinal de contas, continua sendo muito mais fácil e agradável a reprodução pelo método tradicional do que a fertilização *in vitro* ou mesmo a clonagem.

Finalmente, a biotecnologia não é diferente de qualquer outra tecnologia. Aos seres humanos deve ser permitido experimentá-la, de modo que se adestre o seu manejo e se encontrem seus melhores usos. Aprendam a utilizá-la, com os erros e os abusos. Tentar adivinhar, além de insensato, é exercício de futilidade. Nenhuma pesquisa pode ser considerada de pronto como “antiética”. Poderá sê-lo, na dependência do modo – ou propósito – com que foi utilizada.

Acredito que tenha demonstrado, pelo menos, que qualquer proibição absoluta a essas novas descobertas da Ciência é moralmente injustificada, subversora da dignidade humana e – pior que tudo isso – espiritualmente opressiva, além de teologicamente herética. Por que, então, esse impulso de banir a clonagem humana é tão forte?

Na verdade ainda não se foi capaz de superar a saudade da Inquisição. Somos povos pós-modernistas, vivendo já no terceiro milênio, mas com

brutal nostalgia da Idade Média. No fundo, ainda desejamos que o Estado tenha o poder de inquisição para forçar a “boa moral” pública sobre todas as pessoas, quer elas queiram, quer não. De maneira simplificada é o que se poderia denominar de “banzo inquisitorial”.

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Concordo com a exposição do doutor Marcos de Almeida. A minha exposição visará a estimular tal pensamento. Embora tenha sido convidado como geneticista e médico, vou fazer análise um pouco mais sócio-política.

Em 1997, houve uma reunião em Genebra, patrocinada pela ONU, na qual estive presente ao lado de representantes de 187 países. Discutimos o que deveria ser feito com a clonagem humana. Foi extremamente interessante, porque havia pessoas da África que não entendiam muito bem a situação – já que, de forma geral, julgavam a discussão bastante distante de seus problemas. Demonstravam-se ultrajados pelo fato de não se abordar problemas como Aids, de estarem sendo desperdiçados dinheiro e energia.

Nessa época, o governo Menem – possivelmente, sob a influência da Igreja Católica – tornava a Argentina o primeiro país latino-americano a proibir legalmente a clonagem reprodutiva.

Qual foi a conclusão dessa reunião em Genebra? Decidiu-se por algo que se ouve muito pouco em Ciência: que se fizesse “moratória” – termo odiado em economia, mas que, em nossa área, eventualmente pode ser aplicado. Significa: que se adiem permissões e proibições, até que se possa conhecer a dimensão dos riscos. Parece posição extraordinariamente prudente.

Recentemente, participei de outro encontro com proposta semelhante. Deste, participaram também um conselheiro do Cremesp; uma geneticista e um rabino ortodoxo, bastante contrário à clonagem terapêutica. Para nosso espanto, dias depois, vimos publicado, no *Washington Post*, posicionamento contrário ao que havia dito o religioso em São Paulo – matéria esta refletindo opiniões de rabinos ortodoxos de Nova York. Ou seja, bem mais liberais em relação ao assunto. No rabinato, ao que parece, existem correntes distintas: ou muito conservadoras ou mais liberais.

Nessa mesma reunião estava presente um grupo de mães de crianças portadoras de doenças genéticas para as quais não se oferece nenhuma perspectiva de tratamento, como determinadas distrofias musculares e doenças degenerativas, que levam à vida vegetativa e à morte precoce. Ao final dos debates, essas mulheres se levantaram e fizeram um apelo que

mexeu com a cabeça dos presentes: *se a clonagem permitir uma luz terapêutica para os nossos filhos, estaremos enxergando a única forma válida de ajudá-los.*

Do ponto de vista científico, por que se justifica a clonagem terapêutica, oriunda de células de embriões humanos? Porque elas são células com potencialidades amplas e que poderão originar células de sistema nervoso, músculos, etc. Assim, poderão regenerar tecidos danificados por alguma doença. Convém lembrar ainda que, conforme a apresentação do doutor Marcos de Almeida, podemos pegar células diferenciadas, como ocorreu no caso da Dolly, “desprogramar” a diferenciação e fazer com que elas se retransformem em células capazes de se dirigir em sentidos diferentes.

Embora todas as células do nosso organismo possuam todos os cromossomos, exceto as células reprodutivas, certos genes no fígado estão ligados, permitindo que o órgão realize seu trabalho. Na pele, esses mesmos genes estão desligados. Portanto, o sistema de funcionamento do genoma humano está adaptado à função de cada tecido.

As células do embrião têm capacidade totipotente, o que lhes possibilitaria, acredita-se, vantagens na produção de órgãos, tecidos e determinadas substâncias, para o tratamento de doenças. É uma perspectiva extraordinariamente positiva, que vem sendo muito bem desenvolvida.

Do ponto de vista de clonagem reprodutiva, vou citar dois exemplos, um que estive na mídia recentemente – sobre o qual não tenho posição formada, mas estou me questionando –, e o outro que vivi e que não tem validade nenhuma, – a famosa história da minha experiência, a qual não serve para nada – mas que já foi presenciado por todo mundo que lida com reprodução assistida.

Países da Europa desenvolvida preocuparam-se em proibir reprodução pós-menopausa. A França chega a ter lei específica para isso. Alguns anos atrás acompanhei a situação de uma mulher de 53 anos de idade que, em acidente de carro, perdeu seu único filho de 19 anos. Muito religioso, o casal consultou a opinião de rabinos e acabou fazendo reprodução assistida com óvulo-doação.

Hoje, tem uma menina, nascida quando ela tinha 54 anos. Não há, como disse o doutor Marcos de Almeida, nenhum dilema moral nessa questão. Existe, sim, um problema humano muito sério. Jamais me passou pela cabeça dizer a essa senhora: “Escute aqui, você tem 54 anos, é uma reles menopausada e moralmente não pode mais engravidar, porque a natureza não o quer”. Completo absurdo! Considero que regras fixas

nesse território são problemáticas, haja vista que os vários enfoques aqui apresentados me encantaram, e eu seguramente aprendi muito.

Dificuldade de lidar com as diferenças

Um dos pontos que faltou acrescentar é a enorme dificuldade que o ser humano tem de lidar com as diferenças, com o pluralismo, com o novo. O novo assusta todo mundo. A primeira reação racional do ser humano que pensa é negá-lo – isso não serve, isso não é bom! Como o refrão citado pelo doutor Marcos de Almeida: “Se Deus quisesse que o homem voasse, teria lhe dado asas”. E o homem voou. Inicialmente, isso era algo que assustava muito. Certa vez, o doutor Nilson Donadio citou a reação das pessoas que se locomoveram nos primeiros trens: acreditava-se que era péssimo para o ser humano andar a cinqüenta quilômetros por hora, pois ele “não resistiria”.

A Ciência oferece milhares de exemplos que mostram como o novo é inicialmente rejeitado e causa enorme aflição: melhor é proibir, é banir, é “vamos fazer de conta que isso não existe”. Que se tente olhar um pouquinho o outro lado, correspondente aos possíveis benefícios!

Qual é uma das questões com as quais a sociedade humana – inclusive, a sociedade brasileira – tem dificuldade de lidar? Separar Estado, Ciência e Religião. São três entidades que, com alta frequência, caminham em tempo e com entendimento completamente diferentes.

Via de regra, a Religião não admite de maneira alguma a interrupção de gestação. Já os Estados têm legislações adaptadas às suas necessidades sócio-econômicas: por exemplo, os indivíduos não têm filhos por imposição. Não há mulher que tenha sido mãe porque o Estado obrigou.

Embora sejamos um Estado teoricamente laico, a Constituição mostra na primeira página “sob a proteção de Deus”. Portanto, os ateus que contam, pelo último censo, em torno de 17% da população já estão fora da Constituição, pois, para eles, um livro que começa dessa forma passa a ser altamente questionável. E são cidadãos brasileiros, que devem obedecer à mesma legislação que os seguidores das diversas correntes religiosas.

Mídia despreparada

A mídia pode representar um problema, estar sob a influência de diversas variáveis. Exemplo: o que uma rede de televisão fez com a questão do clone foi absurdo, pelo tipo de discussão que promoveu na socie-

dade, uma vez que transmitiu para a população que assistiu a novela a idéia de que “clone” é um indivíduo idêntico a quem lhe deu origem, sem personalidade própria.

Já foi demonstrado aqui que não será assim. Será indivíduo geneticamente idêntico, mas não terá o mesmo pai e mãe; será criado em outra época; vai sofrer influências completamente diferentes. O que a imprensa passou quando foi anunciado o nascimento de Dolly? Que poderiam “ser feitos três Einsteins, três Michael Jacksons ou três Madonnas”, tanto faz.

De forma alguma! Num primeiro instante, mesmo os jornais de países desenvolvidos fizeram abordagens completamente inadequadas. E no Brasil não tem sido diferente: chega a ser caótica a divulgação deste questionamento!

A clonagem terapêutica certamente servirá para tratar doenças e trará benefícios médicos, morais e éticos para os seres humanos. As religiões aceitarão a clonagem com a mesma resistência que tiveram com reprodução assistida ou planejamento familiar.

Nas minhas falas, sempre argumento, para quem disser ser católico apostólico romano: “Por favor, não faça sexo antes do casamento; não use método artificial de planejamento familiar; tenha o maior número possível de filhos; não se divorcie jamais. Seja totalmente coerente e não parcialmente coerente. Ou pior, coerente só quando lhe convém...” E é dessa forma em quase todas as religiões.

Não tenho absolutamente nada contra elas. Provavelmente eu seja uma das pessoas mais ecumênicas que existem. Respeito o islamismo, judaísmo, cristianismo... Respeito o indivíduo ateu também, porque ele deve poder exprimir seu livre-pensamento.

Do ponto de vista religioso, a questão da clonagem envolve aquilo que foi brilhantemente exposto hoje: partindo-se do princípio de que a vida se inicia com a reprodução sexuada dos seres humanos, a reprodução não-sexuada vai contra um dogma da Igreja Católica – o que gera a reação *nem vamos discutir; é proibido, porque não sabemos resolver a questão*. No entanto, o que estou colocando depois do ponto-e-vírgula é que – obviamente – o pensar da hierarquia católica não consegue (nem deve) ser verbalizado, porque vai desorientar o rebanho. Por ser problema que a Igreja não pode responder, isso questiona todo o seu poder e também o de outras correntes religiosas.

Portanto, é preciso cuidado quando se afirma: temos de proibir a

clonagem reprodutiva. Dentro de dez, ou até cinco anos, em casos excepcionais, talvez seja tão aceitável quanto a reprodução assistida.

Como geneticista, devo dizer que, neste momento, temos duas grandes preocupações sobre a clonagem reprodutiva. Primeira: como essas células serão reprogramadas, se se originarem de células somáticas já submetidas ao processo de envelhecimento? Esse indivíduo vai sofrer envelhecimento precoce? Dolly mostrou que a questão não é fantasiosa: é até bastante presente. As dúvidas que os geneticistas têm acerca da clonagem reprodutiva estão se evidenciando.

A segunda questão refere-se ao dilema que surge no caso de obtenção de um embrião humano, vindo por reprodução assexuada e com um único lote de cromossomos de mesma origem: já existem várias doenças degenerativas graves descritas no ser humano, acompanhadas de retardo mental, as quais se manifestam pela presença do mesmo par de cromossomos que vêm da mesma origem parental.

Ou seja, todo ser humano possui 23 cromossomos do pai e 23 da mãe. Se um desses pares, por exemplo, apresenta simultaneamente dois “cromossomos 15” num bebê que nasce com vida e os mesmos provêm da mãe, essa criança vai ter uma doença muito grave chamada Síndrome de Prader-Willi, que permite sobrevivência prolongada em condição muito ruim.

Cromossomos de mesma origem

O que há de acontecer se os 23 pares, todo o lote de cromossomos, tiver a mesma origem? Essa questão ainda não está resolvida na espécie humana. Portanto, a dúvida que foi exposta pela doutora Maria Cristina não é tão irreal. É preciso saber se esses indivíduos estão predispostos ao envelhecimento e às doenças genéticas. E não adianta dizer: *Eu tenho certeza de que vai ser um doente mental*. Não se sabe. Não se tem certeza de nada. É preciso ir com muito cuidado.

Recentemente, os jornais divulgaram a história de um casal homossexual de surdas-mudas que resolveu gerar uma criança surda-muda, porque ela se adaptaria melhor à comunidade em que as mães vivem. Como geneticista não tenho posição formada sobre esse assunto. É complicado, fez-me pensar por semanas. Mas preciso ser pluralista para admitir que alguém pense diferente de mim e opte por, premeditadamente, gerar uma criança deficiente – já que se adaptaria melhor em determinada comunidade.

Prefiro não ter essa resposta. Se, neste momento, a procurasse angustiadamente, certamente seria precipitado.

[ENÍDIO ILÁRIO]

Eis algumas questões para contribuir com o debate. Recentemente, a imprensa publicou o seguinte texto: “A clonagem de seres humanos para fins reprodutivos é insegura e deve ser proibida, conclui o Painel da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos. Uma pequena porcentagem das tentativas é bem-sucedida. Muitos clones morrem durante a gestação, mesmo em estágios mais avançados; os clones freqüentemente nascem com deformidade (s) e os procedimentos podem oferecer sérios riscos às mães”.

“No entanto”, acrescentam os mesmos especialistas, “essa proibição não deve se estender a clonagem de embriões destinada a produção de células-mãe (*células-tronco*), a serem usadas no tratamento de doenças graves. Ou seja, a clonagem terapêutica”.

Por fim, o painel sugeriu que a segurança reprodutiva fosse avaliada de cinco em cinco anos e que a prática fosse proibida, durante esse período. Enfim, uma espécie de moratória. Completa o painel, “nenhum cientista ou médico responsável irá empreender a clonagem em seres humanos. No entanto, nenhum sistema voluntário que venha a ser estabelecido para restringir a clonagem reprodutiva será totalmente eficaz”.

Embora com um evidente aspecto de fanfarronice, o médico italiano Severino Antinori é um clássico exemplo dessa impossibilidade. Possivelmente seja blefe, mas, sem dúvida, ele representa uma tendência: é como caminha a Ciência. Impossível refreá-la.

Esse painel americano não abordou aspectos éticos, religiosos ou sociais, deixando a outros tais discussões. Nós somos os outros. Embora haja cientistas na Mesa, somos da Câmara de Interdisciplinar de Bioética (do Cremesp) e avaliamos que tal pluralidade de concepções, de noções, de referenciais éticos, morais, culturais é fundamental para o debate bioético.

Outro item está relacionado ao genoma humano. Iniciado em 1990 com duração prevista de 15 anos, o Projeto Genoma Humano foi concluído em 12 de fevereiro de 2001. (*Os cientistas*) pensavam encontrar cem mil genes na espécie humana e descobriram que são uns 30.000. Uma lesma tem 18.000; uma mosca da fruta, 13.000; o ser humano, 30.000. Esperava-se a revelação do segredo vida, da “receita de bolo” do ser humano.

Muitas pessoas ficaram desapontadas com a indefinição. Confesso

que fiquei profundamente feliz com a “decepção”, não dos idealizadores, mas dos otimistas que esperavam que a espécie humana fosse explicada por um seqüenciamento de genes. Ou seja, o ser humano é muito mais do que os 30.000 genes seqüenciados no Projeto Genoma Humano.

Pode-se falar em expressão de genes, na questão do ambiente, etc. O ser humano, realmente, tem múltiplos condicionamentos culturais, ambientais – sabe lá mais que tipo de condicionamento – e não apenas genéticos.

[PLENÁRIO]

O doutor Thomaz Gollop falou do medo, até visceral, que a sociedade médica e a sociedade em geral têm das novas técnicas. Recordo o nascimento dos primeiros bebês de proveta na Santa Casa. Deveríamos esconder? Publicar? Eu não dormia até que eles completassem o primeiro ano, pelo menos, até que andassem.

Quando apareceu a ICSI (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides), comecei a aplicá-la também. Voltou o medo e a insônia. Até onde eu estava provocando problemas? Até onde a criança nascida dessas novas técnicas – daí o medo – poderia processar os médicos e os respectivos pais por, eventualmente, haverem nascido *handicapped* (*deficiente, em inglês*)? Temos de assumir essa possibilidade. Não interessa o conceito evolutivo, absoluto ou relacional. Importa é que quando a mulher, o homem, o médico fazem alguma coisa, tenham a consciência da intenção.

Dirijo-me às pessoas que são religiosas – sou muito religioso. Quando discuti com Dom Luciano, ex-presidente da CNBB, lembrei-lhe de que o Papa, ao nascer a Louise Brown, afirmou: “Se os médicos tiverem boa intenção, têm mérito diante de Deus”. A religião, o Papa disseram isso! Depois, o resto é realmente política.

Quando me for permitido tecnicamente e me for prioritário, eu mesmo farei um clone. Todo mundo fará. No momento, entretanto, prefiro popularizar a reprodução assistida, sem preocupar-me com aquilo que é procedimento eletivo, como é o caso de transferência de citoplasma. Sugiro, então, que pensem numa mesa-redonda para discutir e democratizar as técnicas de reprodução assistida, e não que sirva para incentivar mais a mídia a desenvolver aquilo que é exceção. Importa é o que o povo tem acesso.

Voltando à pergunta. A questão, talvez, devesse ser dirigida a um advogado. Entretanto, de alguma forma, todos advogamos, todos somos “políticos”

quando aplicamos a Medicina. Como ficaria a parte legal, se uma criança nascesse propositalmente surda, utilizando reprodução assistida?

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Não sou jurista, mas diria que temos alguns precedentes. Há questão de alguns anos, fiz o parto de um casal homossexual de mulheres, que teve fertilização assistida. Nasceram gêmeas. Penso que, se estou preocupado com o bem – e essa é uma união que se estabeleceu e que resolveu assumir a educação daquelas crianças – não vejo absolutamente nenhum problema quanto ao direito de sucessão, ao patrimônio, ao pátrio-poder. Nada dessas coisas.

Quando a revista *Realidade* publicou matéria sobre Louise Brown, mostrando uma ilustração com uma isolete com placenta grudada nela e um bebê dentro, trouxe a inscrição: *As mulheres serão dispensadas*. Até agora, não foram. Quero dizer, os homens tampouco o serão.

Nesse tema, mais um aspecto instigante: vivemos um momento extraordinariamente complexo da história do mundo. Voltamos a uma situação que não vivi, da qual tive apenas notícia: o macarthismo norte-americano.

Acompanhamos uma reedição piorada do macarthismo pós-guerra: os Estados Unidos tentando influenciar o mundo inteiro e *ai* de quem tentar divergir de suas opiniões! Isso vale até para os próprios norte-americanos. É um erro pensar que todo mundo daquele país está de acordo com o que o governo faz pelo mundo.

Também não é verdade que a Igreja Católica Apostólica Romana é monolítica, pensa de uma única forma. O Vaticano gostaria que fosse assim, mas não é: existem vários cardeais e mulheres muito religiosas, que pensam de maneira muito diferente em relação a vários dogmas – e nem por isso deixam de ser católicos.

[PLENÁRIO]

O senhor hoje foi contratado para atacar a Igreja Católica?

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Não. Vamos separar bem as coisas. Tenho o mais absoluto respeito pelo cristianismo. Critico o poder de instituições no mundo inteiro – formadas, seja por fundamentalistas islâmicos; por fundamentalistas judeus; radicais católicos –, que não permitem às suas populações dialogarem e têm dificuldade de aceitar posições divergentes.

Não fui contratado para nada: minha posição não é de desrespeito às religiões, mas, sim, de questionamento ao poder que as instituições têm. Chamem-se Vaticano, Parlamento israelense ou governo Bush.

[ENÍDIO ILÁRIO]

Hoje, havia sido convidado para compor a mesa um especialista em Direito que, por problemas de última hora, não pôde comparecer.

Aspectos relacionados ao chamado Biodireito – que, na verdade, é a Bioética no Direito – seriam fundamentais nesse debate, com relação a temas como o direito de herança, etc.

[MARIA CRISTINA MASSAROLLO]

Gostaria de esclarecer a minha posição. A Ciência não deve ser limitada em seus avanços. Deve, sim, haver muita precaução contra o abuso desses avanços.

Uma situação que preocupa, também apresentada pelo doutor Gollop, é a do casal homossexual com deficiência auditiva que quer um filho do mesmo jeito. É capaz de gerar um grande dilema. De um lado, está a autonomia das duas. De outro, o fato de querer um filho deficiente auditivo.

O doutor Gollop julgou que não seria problema, se não existissem riscos médicos. Porém, como ficariam posteriormente os riscos psicológicos e sociais para a criança que vai nascer? A própria sociedade está preparada? Neste sentido, meu dilema é: e o direito e a autonomia do outro que vai nascer?

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Volto à questão da democracia: é muito perigoso generalizar. Existe um estudo muito bem feito na França mostrando que as crianças que chegaram aos dez anos de idade, criadas por casais homossexuais, não demonstraram maior ocorrência de problemas na esfera emocional, em comparação a filhos de casais heterossexuais.

Existe, pois, um tanto de ditadura da heterossexualidade. E preconceito: por que um casal homossexual não poderia criar bem uma criança e esta ser equilibrada? Não é preconceito dos heterossexuais achar que isso está, necessariamente, fadado ao insucesso? Os trabalhos não mostram isso.

Ao nascer Louise Brown, havia esta discussão: “a criança vai ter dramas psicológicos porque a mãe não é a mãe, é um tubo de ensaio”. Pri-

meiro, a criança não é feita em tubo. Segundo, ninguém até hoje provou que bebês obtidos em fertilização assistida tivessem, no futuro, problemas emocionais diferentes das outras pessoas.

Retomando: é preciso tomar cuidado para não transformar dúvidas e incertezas em argumentos que são falhos, no sentido de impor proibição. A dúvida exposta é válida e eu a respeito. No entanto, não se deve colocar uma dúvida como algo que fundamentalmente necessite de uma proibição.

[MARIA CRISTINA MASSAROLLO]

E o caso da deficiência auditiva?

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Não tenho posição: seria preciso ficar discutindo sobre deficiência, por horas. Minha convivência na vida profissional com tantos casais que têm gestações desejadas e têm o infortúnio de diagnóstico de anomalia me surpreende cada dia mais. Esse drama na cabeça das pessoas é muito complexo. Hoje sou muito mais cuidadoso do que quando me formei, porque tenho dimensão muito mais ampla desse drama.

Dessa forma, há situações sobre as quais eu tenho perguntas, mas não tenho respostas.

[PLENÁRIO]

Eu sou filósofa, por isso o tom desta minha intervenção. A questão da origem da vida chamou-me a atenção, pois no subtítulo do programa, apesar de vir entre aspas, está “Se não se pode brincar de Deus”.

Apesar de sermos um Estado laico, já partimos do pressuposto de que tudo vem de Deus. Então, não se pode determinar quando começa a vida humana? A vida humana começa, primeiro, no Bem. O Bem... o rastro de Deus, de que falaram. Pode ser justamente aqui que se encontra a divisão entre a Filosofia e a Teologia: estamos no rastro de Deus. Isso não pode significar que estamos sempre separados de Deus, com a possibilidade de perguntar se o Todo Poderoso existe ou não?

Mesmo se eu for católica apostólica romana e diga um “sim”, irão perseguir-me as perguntas: *Mas até quando? Como? Por quê?* Os judeus ortodoxos, os rabinos, no exemplo citado, deixam a discussão em aberto, porque é a possibilidade de viver separado. Já em uma cultura tradicional cristã, temos a necessidade de fundamento *em baixo dos pés*, o qual

possa dar garantias para nossas definições.

Definindo o ponto da origem da vida, pode-se dialogar. Dessa forma, a Ciência, a Ética, a Religião ficarão tranqüilas. Não vamos, entretanto, conseguir definir nada. Na realidade, minha intervenção não é bem pergunta, é uma reflexão: É possível uma relação desinteressada, fora dos dogmatismos?

[JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA]

(Estava na platéia e decidiu expor sua visão sobre a questão.)

Minha primeira reflexão se destina àquele caso apresentado, sobre o casal de lésbicas que resolveu ter um filho surdo.

A literatura em Bioética apresenta casos como os de um adulto com grave defeito, nos Estados Unidos, que processou os pais pelo fato de não ter sido abortado. Na França, recentemente, um casal que teve um filho defeituoso processou o Estado e ganhou, porque não fora alertado pelo médico, de maneira satisfatória, da possibilidade de interromper a gestação. Portanto, essas questões estão avançando do ponto de vista legal.

Segundo, estamos cometendo o mesmo equívoco que cometemos em Bioética em relação à eutanásia. Sou médico desde 1967 e, das pessoas que tive oportunidade de acompanhar, apenas três pediram: *Eu quero morrer; ajude-me a morrer*. Isso é algo excepcional. O freqüente – infelizmente, não se coloca em discussão – é a distanásia, ou seja, o “tratamento inútil”, a conduta de permanecer com futilidade terapêutica, que acontece em todos os lugares do Brasil e do mundo. No entanto, centra-se a discussão na eutanásia e não se discute a distanásia.

Lamentavelmente, o mesmo ocorre com a clonagem. Todas as vezes que se aborda o tema, 2/3 do tempo é gasto com clonagem reprodutiva. Pouco se trata de clonagem terapêutica, absolutamente essencial.

Terceiro, uma provocação. A Bioética vive de contestar, colocar o contraditório. O caso exposto pelo doutor Gollop é muito complicado, do ponto de vista ético. Ao nos curvarmos diante do desejo de um casal de surdos e fazermos discriminação negativa, não privilegiaremos o direito da criança. Não se pode simplesmente considerar a decisão autônoma dos adultos, se isso significar prejuízo à vida da criança, impondo que viva com sérias limitações numa sociedade. Ela não vai pertencer àquele casal e, sim, à sociedade.

A Ciência é obrigada a curvar-se diante da autonomia do casal? Vou

usar uma palavra forte, mas pode ser que seja verdadeira: trata-se de autonomia que manifesta egoísmo, ao dizer: “Ele vai viver na nossa comunidade pequena, é aqui que vai viver bem, não vai sair desse pedaço”. Na realidade, aquele ser é da sociedade, é ser humano, é ser biopsicossocial, espiritual, muito maior. Portanto, é complicado atender a esse tipo de pedido.

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Minha resposta é simples: Concordo.

Continuo, porém, tendo algumas dúvidas em relação a isso. Seguramente votaria contra. Entretanto, garantiria uma certa abertura para discutir o tema.

[PLENÁRIO]

Sou geneticista e quero colocar alguns pontos sobre clonagem e reprodução assistida, nessa discussão bioética.

Falou-se aqui de prioridades, quantidades e qualidades. Eu levanto a questão do número de pessoas que usam a reprodução assistida e que vão usar a clonagem, em relação às outras que não contam com qualidade de vida – correspondente à grande maioria da população.

Não seria o ideal promover a Educação, para que se pudesse melhorar a qualidade de vida das pessoas que não precisam de reprodução assistida ou clonagem, mas, sim, de prato de arroz e feijão, casa para morar? Falou-se de Estado, Ciência e Religião. Estado: não tem interesse nenhum nessa população desprovida, porque teria de haver distribuição de renda. Ciência: o cientista vai fazer pesquisa. Dependendo do tipo, não vai conseguir verba. E sabe-se que a pesquisa científica na área da Educação recebe bem menos verba do que na área de biotecnologia. E a Religião: discutir política na religião? É complicado....

Portanto, penso que a discussão deveria ser endereçada para a melhoria da qualidade de vida maioria.

[MARCOS DE ALMEIDA]

Não fomos os organizadores do evento: fomos convidados para falar especificamente sobre clonagem. Ficamos nisso. Óbvio que, se formos pensar de forma ampla, seria preciso definir prioridades. Ninguém discute que existem outras questões neste Brasil, que são muito mais importantes.

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

Concordo com a colocação e acrescento uma velha indagação: Por que o Brasil faz transplante hepático, se a imensa maioria morre de desnutrição? Resposta: O País *precisa* continuar fazendo, desenvolvendo a sua Ciência e tendo áreas e setores específicos, que tornam a Medicina mais sofisticada.

O dilema não está em se fazer reprodução assistida ou medicina fetal. Está em: se neste País fosse investido metade do que é desviado em Educação e Saúde, provavelmente a maioria dos problemas estaria resolvida. Portanto, a solução não está em cercear a Ciência e não fazer coisas mais elaboradas, e sim, no contrário.

O projeto genoma foi muito sagaz em nosso país: optou por entrar na área da agricultura e resolver o problema do cancro cítrico e vários outros. Não quis competir em áreas onde é mais difícil ao Brasil entrar.

Há cientistas muito bem informados, e a Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) tem mérito nesta questão, orientando para onde se pode ir. O problema não está nisso: consiste em reequacionar os bens da sociedade, fazendo com que se voltem à população. O Brasil é um país absolutamente capaz de fazer muito mais do que está fazendo.

[MARCO SEGRE]

Quero responder á indagação quanto às prioridades na reflexão e discussão da Bioética. A Bioética abrange tudo. Pode-se fazer macrobioética, direcionada ao social; Bioética voltada à ecologia do planeta, relacionada à nossa própria sobrevivência e persistência na Terra. Pode-se fazer a Bioética que trata de situações novas produzidas pela Ciência e pela Tecnologia, como reprodução assistida e clonagem, por exemplo.

A prioridade da discussão de um ou outro tema poderá até ser política. O mais importante é que se discuta em um determinado momento em função da situação da nossa sociedade.

Por exemplo, o mais recente congresso mundial (*realizado em outubro/novembro de 2002, em Brasília*) teve como tema *Bioética, Poder e Injustiça*. Sem dúvida, isto aponta que existe uma preocupação referente à desigualdade social, por parte dos interessados neste tema – o que não significa que não devamos estar atentos para as situações novas já mencionadas.

Existe grande mérito na discussão sobre os avanços da Ciência e da Tecnologia. Se fizermos uma leitura profunda, trata-se de um dos grandes “medos” do homem. O pensador Levy, em um artigo, referiu-se jus-

tamente a esse medo: falava da nossa visão narcísea e antropocêntrica.

Se verificarmos todas as etapas da evolução do homem em milhares de anos até o presente momento, acharemos que as mudanças foram boas, porque foram naturais: pelo menos supostamente, não fomos nós que interviemos diretamente, provocando-as.

Mas quando pensamos em situações em que um homem possa interferir, tendo como norte os seus valores (dignidade humana; respeito à individualidade, etc), nos sentimos ameaçados. Para dizer a verdade, não vejo aberração nenhuma na intervenção. Pode-se até gerar um híbrido: não há porque temer, desde que este tenha qualidade de vida, desde que o norte da sociedade esteja voltado para aquilo que consideramos “bom” (porque, *a priori*, o Bem e o Mal não existem).

Então, por que temer o clone?

Não se trata, porém, de propor liberdade sem restrições. Tipo, “Vamos fazer clones a valer, aconteça o que acontecer!”. Como bem afirmou o doutor Kottow, a evolução científica deve ser acompanhada sempre de cautela e vigilância.

Concordo com o que o doutor Gollop expôs sobre os obscurantistas. Quem sabe daqui alguns séculos tenhamos um consenso maior, embora o homem, olhando-se no espelho, se veja completamente diferente do que nos vemos na atualidade.

[ENÍDIO ILÁRIO]

As colocações do professor Segre sempre enriquecem. A elas, acrescento uma questão. Esses novos espécimes, os clones, serão da responsabilidade de quem, se já não precisam de pai, nem de irmão? Qual será a base da família e da sociedade?

[MARIA CRISTINA MASSAROLLO]

Gostaria de acrescentar algumas dúvidas. Quem vai ser exatamente um clone? Quem vai ser seu pai? E a mãe? Quais serão os seus direitos? Num debate do qual participei, houve uma pessoa que afirmou que talvez seja preciso mudar a questão do direito da família.

[PLENÁRIO]

Sou advogado, defensor de vínculo patrimonial no Tribunal Eclesiástico, trabalho com o Código Canônico, e – fazendo brincadeira com um

dos palestrantes – não tenho a mínima saudade da inquisição.

Foi levantada a possibilidade de algum processo de filho contra pai e até contra o Estado.

Não há resposta fechada, mas um “vislumbre” de resposta.

Existe a Lei de Biossegurança (Lei nº 8.974) que vigora desde 1995 (*N. da R.: durante o fechamento desta publicação foi aprovada a Lei 11.105, sobre Biossegurança, que permitiu a manipulação de células embrionárias para fins de pesquisa e terapia*).

A Lei nº 8974 estabelece a responsabilidade civil das empresas de Engenharia genética, abrindo uma exceção para o Direito. Porque a regra no Direito é exatamente a intenção, um caráter subjetivo: somente se poderia entrar com processo contra um médico se ele tivesse a intenção de causar algum dano.

Ocorre que essa lei de Biossegurança determina para as empresas de engenharia genética o que se chama de “responsabilidade objetiva”, ou seja, se a criança (produzida por reprodução assistida) futuramente provar que houve dano causado pela conduta da referida empresa – e se houver inter-relação entre a conduta e o dano – esta será responsabilizada, independentemente de culpa ou da intenção (se consegue caracterizar a intenção da empresa como pessoa jurídica). Vai ser condenada a ressarcir ou a indenizar o dano.

Quando se tratar da pessoa do médico, parece que a questão muda um pouco. No entanto, se alguém for dono de empresa de engenharia genética, cuidado!

[PLENÁRIO]

Sou pediatra e trabalho com oncologia e hematologia, no Hospital das Clínicas de São Paulo.

As apresentações foram brilhantes, mas o que incomoda um pouco é o fato de parecer que as pessoas sentadas nesta mesa têm uma opinião muito bem formada: na minha visão, seria melhor que deixassem para nós o benefício da dúvida. Deveríamos receber a mensagem assim: “o assunto é muito complexo, vai demorar muito tempo para ser resolvido, não sabemos o que vai acontecer...”

O doutor Marcos de Almeida, por exemplo, fez apresentação brilhante, mas parece que na cabeça dele está tudo absolutamente resolvido. Que ele chega à noite e dorme tranqüilo quanto à sua opinião científica

sobre o assunto. Pessoalmente é claro que ele não vai querer lesar o ser humano, fazer algo ruim. Porém, como formador de opinião (tanto de médicos quanto de não-médicos), deveria se colocar no lugar das pessoas que estão escutando algo como “você que não aceita a clonagem são todos uns atrasados, querem a Inquisição”.

Como já disse, óbvio que ele não deseja prejudicar ninguém. Mas e os outros que virão? E os interesses econômicos que estão envolvidos?

Estamos numa época de total liberdade. Você pode ter a religião que quiser: há quem acredite em gnomo, fada, duendes, etc. Um homossexual pode ter filhos. Todo mundo é livre. Por que, então, há posições tão reacionárias? Medo do desconhecido? Por isso proibir?

Penso que a posição reacionária do governo norte-americano é tipicamente ligada ao pavor e ao pânico de algo que eminentemente vai acontecer. Isso é típico de terceiro milênio: posições altamente antagônicas à modernidade.

Sou contra proibir e favorável ao desenvolvimento tecnológico – já que trato de crianças com câncer e quero mais é sua cura. A bioengenharia e a citogenética vêm ajudando doentes com os quais lido no dia-a-dia.

Entretanto, pelo mesmo motivo, sou contra a colocação de opiniões tão “bem formadas”, pois não irão corresponder à realidade. Vou continuar com muita dúvida.

[MARCOS DE ALMEIDA]

Primeiramente, não durmo tão bem como você imagina! Sou uma pessoa que enfrenta profundas angústias, inquietações, dúvidas... No entanto, toda vez que surge algo novo é inevitável que apareçam dois grupos. É quase uma regra.

Existe o grupo do “eu também”: *eu também quero fazer clonagem*. Aparecem Zavos (*Panayiotis, cientista greco-cipriota*), Severino Antinori e outros que falam: “oba! oba!”

O outro é formado por uma grande parcela de pessoas que, *a priori*, são contra. Não só são contra, como começam a supor todos os efeitos que ocorreriam e, então, começam a torcer para dar errado.

A postura correta é nem oito, nem 80: por que não ficar nos 44? Portanto, que se adote atitude de cautela, de precaução, de cuidado... Usando, porém, aquela frase: *abusus non tollit usum*. Não se deve imaginar que algo, quando for usado, porventura estará isento de quaisquer efeitos secundários. Isso não acontece.

Exemplo próximo de nós é o da energia nuclear. Quem começou a trabalhar com ela não o fez visando a malefícios para a humanidade: pensava nos benefícios. O problema não foi físico, nem biológico, nem químico: foi político. Sabe-se o nome de quem jogou bomba atômica em Hiroshima e Nakasaki: chama-se Harry S. Truman, então presidente dos Estados Unidos da América. Logo, o tirano surge antes e faz mau uso (*das novas tecnologias*) depois.

Se formos verificar o que estava previsto nos livros de ficção científica – *Admirável Mundo Novo*, *Fahrenheit 451*, *1984*, e *Laranja Mecânica* –, notaremos que não há um único exemplo histórico demonstrando que uma nova descoberta da Ciência, aprimorada pela tecnologia, por si só, tenha suscitado o surgimento de tiranias. Estas são inteiramente independentes das novas conquistas.

[PLENÁRIO]

Concordo com a colega oncologista: durante este evento, só ouvimos afirmações, como se clonagem já fosse algo decidido. A mesa deveria levantar reflexões, mesmo que filosóficas, porque estamos aqui para suscitar questões e não com o intuito de tomar decisões.

Por exemplo, a afirmação: os laços afetivos do clone não seriam diferentes, em relação aos dos humanos “normais”. Parece que isso é algo já decidido!

Na minha opinião, os laços afetivos seriam, sim, diferentes.

O doutor José Eduardo abordou o caso daquele rapaz que queria processar o pai, porque não deveria ter nascido. Imaginem o que os clones fariam! Os que compõem esta platéia, bem como os participantes da Mesa são pessoas que não são clones. O mesmo ocorre com aquelas que falam sobre aborto: são indivíduos que nasceram, não os que não conseguiram nascer.

O doutor Marcos de Almeida disse que a natureza descarta os fetos malformados. Só que a natureza guarda um “segredo”, o qual ainda não conseguimos descobrir. Isto é, os motivos que a levaram a descartar aqueles seres. Como o homem vai saber quais os parâmetros empregados?

Se considerássemos apenas os aspectos técnicos, tudo seria muito mais fácil. “Por meio da técnica, tiraríamos o núcleo e colocaríamos outro. Administraríamos uma descarga elétrica...”. Não há segredo. Mas, sozinha, a técnica não é capaz de produzir o ser que está nascendo.

Quando se fizer clonagem terapêutica vai ser preciso notar ainda que o embrião do qual se tira a célula totipotente também tem importância. Não se pode esquecer de que faz parte de planejamentos éticos de qual-

quer intervenção em Medicina, de um trabalho científico, apontar qual vai ser o benefício futuro para o ser que está sendo utilizado. Além disso, nunca se pode fechar qual é o momento exato em que o feto adquire um *status* moral. Ninguém sabe.

[MARCOS DE ALMEIDA]

A própria Natureza faz o descarte, não havendo nenhuma interferência das pessoas naqueles casos citados por mim. Deles, 70% não resultam em nada. Outra parcela termina em abortos espontâneos e, finalmente, em terceiro lugar, o surgimento de crianças.

Eu nunca disse que a responsabilidade por reconhecer a importância moral de um ser seja da pessoa que está analisando a situação (*por exemplo, um feto será abortado ou utilizado em pesquisas?*). Cada um estabelece a linha divisória na qual acredita que o ser humano adquire *status* moral, pois ela é – e sempre será – arbitrária.

Não há nenhum meio de se demonstrar claramente que a linha escolhida é a “certa”, porque a Biologia não nos dá esse tipo de informação. Não afirma: *aqui não tem nada e daqui por diante passa a ter*.

Por isso, quem tem sua própria convicção, deve agir de acordo com ela. Se achar que a importância moral da vida começa a partir do momento da concepção, precisa agir de acordo com tal idéia.

[PLENÁRIO]

Quer dizer que a Igreja Católica pode colocar a linha onde julgar que deve? Pode defender sua posição?

[MARCOS DE ALMEIDA]

Qualquer um pode defender a posição que quiser.

Em que a senhora se baseia? (*referindo-se a participante que fez a pergunta*). Eu me baseio numa crença, naquilo que o doutor Kottow classificou como um “artigo de fé”. Então tudo pode. Por isso, deve prevalecer o chamado princípio da tolerância, em que se toleram as várias posições.

[PLENÁRIO]

Fiquei bastante satisfeita com o desenrolar dessa última rodada de questões que valorizou a vida, na qual foi acrescentada a tolerância sobre a qual o doutor Marcos falou.

Sou médica e trabalho desde a década de 70 em endocrinologia da

reprodução e endocrinologia do desenvolvimento. Portanto, minha grande experiência de vida refere-se a pessoas com problemas genéticos, basicamente, os relacionados aos cromossomos sexuais.

Percebi que nada é fechado: a Bioética é a ciência das conseqüências do ato médico. Logo, cada indivíduo merece um estudo especial, um respeito particular. Embora o doutor Gollop diga que a experiência individual não valha, quando olhamos retrospectivamente, percebemos que vale e muito.

O segundo comentário refere-se ao início da vida.

Durante anos, assessoriei um grande número de casais inférteis por problemas hormonais. Diferentemente de hoje em dia, existiam poucos endocrinologistas ou ginecologistas atuando em reprodução assistida. Lembro-me de um casal que precisava mudar-se para a Europa e esperava ansiosamente pelo desenvolvimento de uma blástula (*forma inicial embrionária*). Havia real comprometimento com ela. Era impressionante: marido e mulher compareciam religiosamente à clínica, para ver como estava indo. Penso que não importa se serão implantadas quatro ou oito células: merecem respeito e com elas tenho um compromisso.

Reitero o que alguns já disseram: é preciso estabelecer compromisso com aquele “indivíduo” que vai ser implantado, bem como é necessária responsabilidade por esse ato médico.

[ENÍDIO ILÁRIO]

Já que se falou em blástula, as estimativas do número de células de um recém-nascido giram em torno de 26 bilhões, e de um adulto, cerca de 50 trilhões. É uma diferença astronômica de certa forma, mas é preciso perguntar se números podem ser responsáveis por caracterizar a personalidade ou a identidade de um ser humano.

[PLENÁRIO]

Brilhante a colocação do doutor Gollop a respeito das mães que viam na clonagem uma forma de permitir “uma luz terapêutica aos seus filhos”.

Não sou católica, mas convém apresentar um fato: Certa vez, fui convidada a participar de um congresso – um seminário católico –, promovido pelo clero da minha cidade, São José do Rio Preto, justamente para discutir reprodução humana. Falaram ainda um profissional da área jurídica, um da área médica e um bispo católico. Pudemos comprovar que os religiosos estão muito preocupados!

Participo com um sacerdote da Comissão Regional de Bioética e Biodireito local. A ansiedade dos religiosos é de informar aos seus fiéis quais as posições jurídica e médica referentes à reprodução assistida e, depois, formar uma opinião coerente.

Como já se falou, todos têm liberdade para decidir. A preocupação dos católicos não é de serem ou não favoráveis aos avanços, mas de se posicionarem quanto aos projetos que estão em andamento. E isso é muito válido.

Quanto à intervenção de um participante que dizia “sentir falta de advogado na Mesa para que algumas questões relativas ao Direito fossem esclarecidas”, quero dizer que sou advogada e, ainda assim, enfrento os mesmos dilemas. Por isso, estou aqui.

A Comissão de Biodireito da Ordem dos Advogados do Brasil está discutindo todos estes temas – reprodução humana, clonagem e diversos outros –, a fim de que se consiga chegar a um consenso que nos permita dar respostas satisfatórias. A OAB criou várias comissões regionais em cidades do Interior e estamos pleiteando uma lei que venha ao encontro das expectativas da maioria – principalmente da classe médica que trabalha com reprodução.

[THOMAZ RAFAEL GOLLOP]

A clonagem está “andando” no Brasil, por haver sido transformada em um assunto extremamente ligado à mídia. Por exemplo, na área de reprodução assistida, o descarte de embriões é um problema que há muitos anos precisa ser normatizado. Entretanto, não há preocupação com isso, já que o tema não chama tanto a atenção quanto à clonagem.

A legislação referente à clonagem está avançando rápido, justamente por causa do tipo de abordagem que a imprensa faz em relação a ela. De novo a mídia, o político, interferindo em condutas.

Voltando ao assunto clonagem terapêutica – porque, pelo menos, parte da platéia parece muito mais preocupada com clonagem reprodutiva, tema de novela, mas muito mais distante (*Na época deste evento, a rede Globo de televisão transmitia a novela “O Clone”*).

Suponhamos que um casal, certo dia, resolvesse congelar um de seus embriões que sobrou de um processo de fertilização *in vitro*. Tempos depois, marido e mulher decidem se separar e, portanto, perdem o interesse por gerar filhos em comum. A célula primordial desse embrião pode, eventualmente, ajudar no tratamento de outra criança “viva” que sofre de doença grave.

Pergunto: Há problema nisso?

Aqui, é preciso destacar que extrair uma célula totipotente de embrião não lhe causa danos. Então, não está sendo “desrespeitado” o direito de ninguém e, sim, promovida a vida de um indivíduo que necessita desse recurso.

[PLENÁRIO]

Sou advogado e presidente de Comissão Regional de Bioética. Trabalho para uma clínica de reprodução humana em São José do Rio Preto.

Atualmente, há três projetos de lei. Um, do deputado Luiz Moreira, que “copia” a Resolução nº 1.358, do CFM – aliás, Resolução que, por si só, tem embasado decisões jurídicas. Outro projeto, de 1997, foi colocado apenas para provocar discussão, já que seu autor, o deputado Confúcio Moura, afirmou em uma entrevista não ter “nenhum conhecimento na área”.

O terceiro é o do senador Lúcio Alcântara, cujo (texto) original era muito bom. Permitia o implante de até quatro embriões, o descarte, etc. Infelizmente, houve um substitutivo do senador Roberto Requião, aprovado na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), o qual impõe limitações importantes: não permite a criopreservação; o implante de mais de três embriões; a possibilidade de o homossexual ter acesso à técnica, porque o bebê “não teria família”, isto é, não nasceria de união conjugal ou união estável estabelecida em lei.

A preocupação tornou-se maior ainda porque existe outro substitutivo, do senador Tião Viana: é tremendo, no sentido de arrasar a reprodução assistida, pois proíbe criopreservação e permite a possibilidade da transferência de apenas dois embriões. No entanto, oferece um ponto positivo: volta a admitir o que já era permitido, ou seja, o acesso à técnica aos casais homossexuais.

Esse substitutivo está agora na Comissão de Assuntos Sociais e tende a ser aprovado. A classe médica precisa fazer alguma coisa, ao lado da OAB: é preciso batalhar, porque a intenção é eliminar toda uma técnica! No Brasil, ficaríamos “sem uma perna” para caminhar no terreno da reprodução assistida!

N. da R: atualmente tramita na Câmara dos Deputados (Comissão de Constituição e Justiça/CCJC) o Projeto de Lei nº 1155/2003, de autoria de José Aristodemo Pinotti, com o objetivo de definir normas para realização de inseminação artificial, fertilização “in vitro”, barriga de aluguel (gestação de substituição ou doação temporária do útero) e criopreservação de gametas e pré-embriões.

Alguém disse que na França um rapaz processou um médico pelo fato

de haver nascido. O tribunal entendeu que ele tinha razão. Só que, ato contínuo, foi aprovada lei naquele país que proíbe tal tipo de intervenção judicial: já não se pode processar um profissional porque não fez o aborto de uma criança com a possibilidade de se tornar pessoa deficiente.

Quanto ao questionamento referente ao caso de um bebê nascer com defeito resultante do processo de clonagem, penso que hoje isso é tranquilo para a justiça resolver: se o médico agiu e errou na técnica por negligência, fez clonagem sabendo que havia possibilidade considerável de a criança nascer com problemas, vai ser responsabilizado com o pai (se este também foi informado). Desde que hajanexo causal, o médico é responsável.

[PLENÁRIO]

Sou médico e milito há cinco anos na área da reprodução humana. Na minha opinião, até aqui, alguns pontos importantes não foram comentados.

Vê-se muito o afã do médico, do pesquisador, de querer fazer certas coisas avançarem, como foi falado por uma colega. Só que penso um pouco diferente dela: às vezes se avança rápido *demais* e se descamba.

Em 1995, quando nem se cogitava fazer clonagem, houve um processo nos Estados Unidos envolvendo uma série de confusões em relação à origem de gametas doados: o juiz chegou a determinar que, legalmente, o indivíduo não tinha pai.

Isso quer dizer que muitas dúvidas irão aparecer, porque a liberdade do médico é exagerada. Portanto, é natural que essas leis restritivas apareçam. Na Europa, já existem. Lá, a Medicina reprodutiva funciona completamente diferente daquela promovida na América do Norte.

Penso que leis restritivas devem existir, levarão ao nosso aperfeiçoamento, mesmo considerando que são capazes de afetar diretamente a minha área.

Por exemplo, não concordo com a lei quando permite ao médico transferir quatro embriões, porque o custo social de uma gestação quadrigemelar não compensa a ausência de gravidez. Os pediatras sabem das conseqüências de gestações gemelares, nascendo com 28, 29 semanas, com seqüelas graves.

Não que tudo deva ser impedido, mas discutido até alcançarmos um consenso lógico. A Ciência, o pesquisador, devem contar com liberdade. Só que, por ora, não existe estudo que mostre exatamente o prognóstico dos indivíduos nascidos com ICSI, técnica muito recente.

Foi publicado na revista *Veja*, (edição 1.752, de 22/5/2002) artigo citando que o índice de malformações em crianças nascidas da ICSI é três vezes e meia maior do que na população em geral. É preciso, pois, refletir: está sendo colocado em prática algo que foi empiricamente encontrado, sem ensaios randomizados e controlados, e que pode trazer transtornos futuros.

Portanto, minha posição como médico que faz reprodução assistida é diferente da do outro participante, um advogado. As leis restritivas estão aparecendo tardiamente e devem ser encaradas como importantes.

[PLENÁRIO]

Foi mencionada aqui a necessidade de tratar primeiro a fome, antes de se discutir avanços longínquos como a clonagem. Morei durante um bom tempo na Rússia, na Tchecoslováquia, na Hungria e percebi: depois de as pessoas terem a barriga cheia, querem filhos. É uma passagem muito rápida.

Na Santa Casa aparecem várias pessoas que moram debaixo da ponte e querem conceber filhos e têm direito a isso, faz parte da autonomia delas. Não somos juízes para impedi-las. Vêm casais de prostitutas e prostitutas que desejam gerar bebês e que vão continuar na prostituição. Devo ajudá-los? Tudo depende da minha convicção íntima, pois a ética médica permite que apliquemos ou não uma técnica, pois a autonomia do profissional também precisa ser considerada. Se não quero aplicá-la a algumas pessoas, sugiro que procurem outro médico.

Um princípio não citado aqui é de que as aplicações práticas na Medicina têm de passar pela necessidade: o médico não pode fazer nada que não seja necessário ser feito. Não basta ser útil. Qualquer médico, se seu convencimento for calcado no fato de aquilo ser necessário e – não somente útil – àquele casal, se conduz muito bem nas novas técnicas. Que se deixe a pesquisa evoluir, mas quando há aplicação prática.

A ICSI nos Estados Unidos está sendo aplicada como uma técnica experimental. Há uma certa moratória, quero dizer, é usada até que apareçam outras coisas melhores.

A Igreja deve convencer seus adeptos – eu também sou – de que *devemos* fazer isso ou aquilo. Entretanto, não pode influenciar o governo para fazer isso ou aquilo. O governo aplica leis que lhe convêm naquele período.

Na Rússia, em determinada época, permitiram o aborto. Depois não convinha mais, e as leis mudaram.

A lei e a ética médica são coisas diferentes. Foi dito ontem que a lei não segue a ética, freqüentemente desvia-se dela ao seu bel-prazer. As leis dos homens – é princípio básico – sempre precisam copiar as leis naturais. Mas algumas “saídas laterais” são feitas. Nossa autonomia médica permite que se transite ou não dentro de uma técnica, mas não pode impedir sua evolução dentro da pesquisa.

[PLENÁRIO]

Minha pergunta foi mal entendida. Quis me referir às pessoas ignorantes no assunto, que não têm condições de optar. Não sou contra os avanços. Sou cientista, geneticista também. Sei que a reprodução assistida está aí e que vai haver clonagem.

Falo que deveríamos usar nossa inteligência, por sermos privilegiados e termos contado com uma educação. Esta deve se prestar a melhorar a Educação do nosso país e do mundo, a fim de que os ignorantes também adquiram condições de decidir se querem ou não fazer alguma coisa. Para que os que moram debaixo da ponte, desde que queiram, possam se utilizar da reprodução assistida. Por que não?

Deveríamos, pois, conscientizar-nos e melhorar a educação de todos, para que possam optar: “quero ou não quero”. Mas, para isso, eles devem ter prato de arroz e feijão, algum lugar para morar e condições básicas de vida.

Não ponho em dúvida a importância da discussão a respeito da reprodução assistida e da clonagem, visto que é o assunto do momento. É o que dá “Ibope”, o que dá verba para as pesquisas. Se fosse um projeto sobre educação, talvez não recebêssemos verba.

[ENÍDIO ILÁRIO]

Apenas para finalizar, farei algumas considerações.

O debate bioético não tem a pretensão de dar respostas prontas, senão, não seria debate. Certamente este Simpósio serviu para enriquecer e amadurecer essa questão, com a brilhante participação dos expositores e do plenário. Contribuiu para ajudar a amadurecer as discussões, de forma a nos aproximarmos a cada dia mais de um consenso possível em meio a toda essa polêmica.

Em nome da organização, do Cremesp e do doutor Marco Segre, agradeço aos membros da Mesa e às pessoas presentes.

MEIO AMBIENTE

A Câmara Técnica de Bioética e o Centro de Bioética do Cremesp promoveram, no dia seis de dezembro de 2002, na subsede da Vila Mariana, o *Simpósio Bioética e Meio Ambiente: o Desafio da Poluição*, coordenado por Marco Segre, professor titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ FMUSP e conselheiro do Cremesp, e do qual participaram três expositores: Franklin Leopoldo e Silva, professor titular de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP); Luiz Antônio Dias Quitério, engenheiro agrônomo e diretor do Departamento de Controle Ambiental da Secretaria do Meio Ambiente da Prefeitura Municipal de São Paulo; e Helena Ribeiro Sobral, geógrafa, livre docente em Saúde Pública e professora associada do departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Tratou-se da primeira atividade de videoconferência entre o Cremesp e o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR). Veja, a seguir, os principais pontos destacados pelos participantes:

[MARCO SEGRE]

A ideologia que norteou a estruturação deste encontro foi partirmos de matéria conceitual, observação, análise, avaliação, reflexão ética, quanto à relação do homem com o meio ambiente. O professor Franklin apresentará a visão conceitual. Depois, será focado o aspecto pragmático, mais próximo do nosso dia-a-dia, que é o *Desafio da Poluição*.

[FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA]

Minha contribuição consistirá em colocar algumas questões – as quais deixarei totalmente abertas – relacionadas à visão histórico-conceitual sobre o homem e a natureza, o homem e o meio ambiente. Considerarei os aspectos vinculados à ciência e à técnica, os quais têm norteado essa relação, e a exploração racional do meio ambiente.

Do ponto de vista histórico, tomarei como norte um texto muito conhecido, aforismo célebre que pode ser visto como a inauguração dessa relação racionalmente organizada entre o homem e o meio ambiente. Esse pequeno texto é de autoria de Francis Bacon, considerado o pai do pensamento moderno, no âmbito da reunião entre Ciência e técnica – aquilo que hoje entendemos como a “tecnociência”, considerada como a realização da vocação científica da modernidade.

Bacon, que viveu no século XVI, começo do XVII, tem uma série de aforismos sobre o que ele pretendia que fosse a nova mentalidade científica, e um deles, muito citado como diretriz do pensamento tecnocientífico

moderno, nos interessa particularmente. Diz o seguinte:

“Ciência e poder do homem coincidem, uma vez que, sendo a causa ignorada, o efeito se frustra. Porque a natureza não se vence, senão quando nós lhe obedecemos. E o que à contemplação apresenta-se como causa, na prática é a regra”.

Primeiramente, o que nos chama a atenção é que essa relação extraordinária já tenha sido vista com tal clareza no século XVI: entre a Ciência e o poder. O fato é que a compreensão causal da natureza proporciona aquilo que hoje chamamos de seu manejo, ou seja, a maneira como podemos dominá-la. Conhecer a natureza é, portanto, dominá-la, vencê-la, estabelecer o império do homem sobre o mundo natural. Para que cheguemos a implantar esse império, a razão usa o ardil. Primeiro, obedecemos à natureza ou fingimos fazer isso e, por via dessa obediência, terminamos por dominá-la.

Depois que eu, obedecendo à natureza e fingindo segui-la, penetrei nos seus segredos, por assim dizer, aparentemente me submetendo a ela, tenho condições de dominá-la e forçá-la a obedecer às minhas finalidades. Com isso, fujo daquela concepção tradicional que Bacon criticava muito, considerando-a completamente ultrapassada: o conhecimento como simples contemplação da natureza.

A contemplação é substituída por essa prática, essa visão de regras que me permite conhecer a natureza e, entendendo este conjunto de regras – que agora denomino como *a natureza* –, utilizá-la em meu proveito.

A natureza deixa, pois, de ser objeto de contemplação, como era, por exemplo, para um homem medieval – natureza, obra de Deus que merecia ser contemplada –, e passa a ser totalidade funcional, na qual posso interferir a partir do conhecimento das regras dessa funcionalidade.

Esse conhecimento será tanto mais racional quanto mais puder desenvolver o lado instrumental, ou seja, quanto maior for o poder que eu conseguir acumular em relação ao uso que pretendo fazer da natureza.

Conseqüências da dominação da natureza

Passemos do retrospecto desse início histórico – da dominação científica do mundo – para as suas conseqüências. Citaremos algumas delas:

Uma é a idéia de que a natureza existe unicamente para servir ao homem, que seria a causa final do universo. Aquilo que antes era concepção religiosa retirada do relato mítico – em que, no final da criação, Deus

teria colocado à disposição do homem, à disposição de Adão, tudo o que havia criado –, agora passa a ter conotação laica e teórica desse instrumental, do qual o homem deverá servir-se para dominar a natureza, por meio de sua razão.

Esse poder racional de compreender é idêntico ao de submeter e de dominar. O conhecimento torna-se meio para a dominação. Isso se justifica porque a natureza, tanto em sua dimensão física quanto em sua dimensão orgânica, é concebida como maquinário, como uma série de instrumentos que estão postos a serviço do homem, único ser dotado de razão e, assim, com uma espécie de “direito” de fazer uso de tudo isso que aí está.

Tal hierarquia coloca o homem no topo dos seres naturais. Dispensa, portanto, a consideração da questão ética na relação entre o homem e a natureza. Não há propriamente ou não haveria relação ética. A relação é apenas instrumental, de dominação. A natureza é provedora, ou por si mesma ou por desígnio de Deus. Mas temos o direito, que não é ético e, sim, natural e espontâneo, de utilizá-la para as nossas necessidades, ou seja, direito àquilo que será conhecido depois, na linguagem política mais moderna, como “apropriação”. Podemos nos apropriar da natureza e nos servir dela. A tecnologia e o seu progresso contínuo seria testemunha dessa verdade natural. Reforçaria essa “verdade”.

Mais e mais vão se aprimorando esses meios de dominação. Não é por acaso que Bacon viveu no limiar da modernidade, no nascimento do capitalismo. Também não é por acaso que nessa mesma época, séculos XVI e XVII, tenham ocorrido os descobrimentos que foram interpretados como a abertura de novas frentes de exploração, de novas e vastas fontes de recursos que estavam à disposição do homem europeu.

A colonização trouxe consigo, no entanto, questão antes inexistente, quando se tratava apenas da relação teórica homem-natureza. Trouxe a questão ética inerente à degradação de terras que possuíam antes, não donos, mas populações que nelas viviam em harmonia e delas se serviam. A questão ética surge quando confrontamos o intuito dominador do branco colonizador com a relação harmônica que as populações tradicionais mantinham com a natureza. Ou seja, as descobertas, o processo de colonização, mostraram que essa idéia baconiana de domínio da natureza não era apenas atitude científica e técnica que o homem assumia perante a natureza pura e simples. Viu-se claramente que já trazia embutida no seu pretense naturalismo esse anseio predatório, inerente ao processo de

exploração que a colonização então veio acelerar e para o qual veio abrir novas oportunidades.

Dessa maneira, não se pôde mais ocultar a exata simbiose econômica que existe entre a exploração dos recursos naturais e a espoliação dos grupos humanos que dependem deles para sobreviver, no caso as populações que eram habitantes tradicionais das terras descobertas e colonizadas.

Nesse sentido, a época moderna traça na sua história um perfil que podemos hoje com tranqüilidade e sem causar nenhum espanto qualificar como perfil de barbárie, que discrepa de modo drástico do da Antigüidade.

Há, por exemplo, episódio célebre da colonização dos romanos na Tunísia. Nessa época, essa região era um deserto. Os romanos estudaram o meio ambiente tunisiano e descobriram certa relação entre a quantidade, intensidade e periodicidade das chuvas e a fertilidade do solo. Construíram, então, pequenas represas, pequenos açudes, e transformaram a Tunísia num dos lugares mais férteis e que mais contribuíram para o progresso da agricultura na Antigüidade.

O exemplo dos romanos contrasta com aquilo que os ambientalistas chamam de “a erosão sistemática e a desertificação do planeta”, conseqüências da colonização e da exploração que foram levadas a efeito.

Biodiversidade e sociodiversidade

A questão ética ou bioética entre o homem e a natureza está presente na relação entre duas noções ecológicas, que são absolutamente indissociáveis: biodiversidade e sociodiversidade.

A biodiversidade diz respeito apenas aos recursos naturais, à natureza que nós entendemos como recursos. A sociodiversidade fala das populações que vivem – ou viviam – em harmonia com essa biodiversidade, numa relação integrada com a natureza. As duas noções correspondem-se necessariamente, porque a diversidade ambiental está sempre relacionada à diversidade social. Há equilíbrio interativo entre as duas dimensões.

Os exemplos óbvios que podemos dar da perversidade dessa relação são as populações indígenas que se constituem como nações, como culturas, por via de equilíbrio entre conhecimento-uso-troca nas relações entre o homem e a natureza. Nesse sentido, as posturas não agressivas, o manejo equilibrado dos recursos naturais não significam atraso, como comumente pensamos; ao contrário, revelam sentido cultural e ético de preservação e respeito ao ambiente, enquanto contexto e matriz da vida na sua variedade de expressão.

Isso não significa, pura e simplesmente, submissão à natureza. Significa relação equilibrada entre a biodiversidade natural e a sociodiversidade cultural. Tendemos, contudo, a entender isso como atraso, porque a oposição rígida que estabelecemos entre natureza e cultura obriga a considerar sempre uma hierarquia. A cultura deve dominar a natureza. Na atualidade, a expressão mais concreta dessa hierarquia é a hegemonia da tecnociência como exploração e domínio organizado da natureza em todos os seus aspectos, incluindo a vida na sua dimensão molecular. Tudo isso, evidentemente, com finalidades mercantis.

Talvez a discussão mais urgente a esse respeito seja a que concerne à propriedade intelectual e ao patenteamento de recursos de informações. Mereceria, decerto, tratamento à parte. A biopirataria, a tecnologia predatória estão irreversivelmente presentes nos países de megadiversidade, como são em geral os países do Sul. É o caso, muito especial, do Brasil.

Vemos, portanto, que as relações humanas de vários tipos que atravessam a relação homem-natureza estão bastante deterioradas, do ponto de vista ético.

As ONGs, os movimentos internacionais, bem como os cientistas e intelectuais têm desenvolvido esforço, mas há grande desproporção entre esse empenho militante e os *lobbies* transnacionais ligados às grandes indústrias, entre as quais notadamente as farmacêuticas. A alienação dos governos locais, nos países que sofrem tais agressões, é notória.

O que se percebe nos últimos anos, entretanto, é uma tomada de consciência mais rigorosa por parte das populações atingidas, principalmente nos países do Sul. Essas populações têm-se organizado, com ou sem o apoio das ONGs, e têm lutado pelos seus direitos. Na verdade, não são direitos dessas populações em particular, mas da humanidade como um todo. O amoralismo que rege a exploração planetária no que concerne ao meio ambiente é apenas a face ecológica do processo de degradação humana, de desumanização, a que todos estamos submetidos. Há um processo generalizado de destituição da humanidade, de instrumentalização, que simplesmente está em progresso e agora atinge dimensões até há pouco impensáveis.

A única esperança está naquelas pessoas às quais o professor Milton Santos, geógrafo recentemente falecido, chamava de “homens lentos”, ou seja, indivíduos e grupos que não se integraram ao ritmo da globalização e do imperialismo tecnocrático que apresenta bem menos disfarçadamente a sua face violenta, militarizada, como temos assistido nos últimos tempos.

O Estado liberal tecnocrático e a tecnociência

De todos os produtos da civilização, há dois de que a civilização moderna mais se orgulha. Um é o estado liberal tecnocrático; outro é a tecnociência. São os dois produtos maiores da nossa modernidade. Ora, nenhum deles tem condições de recompor eticamente o equilíbrio das relações humanas, relações entre o homem e o meio ambiente. Os Estados têm-se mostrado ineficientes na preservação do patrimônio ecológico.

A questão é difícil, porque envolve discussão complexa acerca da propriedade e gestão de recursos. A idéia de lucro máximo em curto prazo, a qual predomina, sobretudo, nos casos de atuação de empresas do Norte nos países do Sul, é fatal para a preservação. O exemplo que tem estado constantemente sob nossos olhos é o das florestas – principalmente no caso do nosso país –, recurso de lenta recuperação cujo manejo exige investimentos que só podem retornar a muito longo prazo. E o resultado é o encorajamento da exploração predatória.

Recentemente tivemos pesquisas com algumas revelações.

Por exemplo, nos últimos trezentos anos – correspondentes, portanto, à colonização –, vimos que 20% das florestas existentes na época das descobertas foram completamente destruídas. Todas as florestas tropicais existentes hoje somam, no máximo, oito milhões de quilômetros. No caso do Brasil, 98% da Mata Atlântica está irreversivelmente destruída.

Situação parecida à das espécies vegetais, cujo desaparecimento acelerado se deve ao aumento da área de cultivo agrícola, à monocultura que exige procedimentos que, em médio prazo, provocam a extinção das espécies antes adaptadas àquele meio, mas que são destruídas porque não são rentáveis. E situação análoga é a das espécies animais.

Quando se examinam as causas da degradação do meio ambiente, inevitavelmente somos remetidos a formas históricas de desenvolvimento econômico, surgidas e aprimoradas na modernidade. A questão, portanto, é ética, em seu sentido muito concreto. Ou seja, a questão é histórica, é política e é econômica, que são os três sentidos que preenchem a significação concreta da ética.

O caso recente do Protocolo de Kyoto revela violência economicista do imediatismo nunca vista. Coisa verdadeiramente insana, de governos e empresas cujo poder não é contestado. Assim, é plausível – e hoje já se fala nisso com tranquilidade, apesar do paradoxo – a hipótese do puro e

simples desaparecimento da espécie humana. Não somente devido à ameaça nuclear ou a acidente nuclear que possam vir a ocorrer, mas de um modo muito regular pela atividade predatória, em estilo *high-tech* (que acelera muito essa atividade predatória), que hoje caracteriza a conduta do homem em relação ao planeta.

Na verdade o ritmo de expansão imperialista do homem sobre a natureza nunca esteve dissociado da questão política ou ético-política da dominação e da exploração. Já vimos que não é por acaso que a modernidade se inicia com os adventos, ao mesmo tempo, da tecnociência e da colonização como exploração econômica.

A vida, patrimônio comum de valor não demarcado, tornou-se recurso, isto é, algo a ser explorado, mercantilizado, e à qual se atribui, então, valor econômico. O patrimônio comum do bioplaneta começa a ser dividido em propriedades. Primeiramente de países, depois de indivíduos, depois de corporações. O que estamos vivendo hoje é talvez a última etapa da colonização exploradora: a vida na sua dimensão molecular, que permite a apropriação de patrimônio que até há pouco não era de ninguém e ao qual não era atribuído valor.

As grandes corporações do Hemisfério Norte estão preocupadas em estruturar juridicamente a questão da propriedade intelectual. Não é pelo saber, pelo conhecimento que isso possa trazer, mas pela propriedade industrial que tal conhecimento vai gerar. Nesse sentido, a OMC (Organização Mundial do Comércio) tem cumprido fielmente o seu papel de gerenciadora da exploração. A colonização do virtual, a colonização da vida na dimensão molecular da informação, esses são os passos que o capitalismo dá na direção do futuro. Com isso completa-se e radicaliza-se a destituição do sujeito.

Esse já viu anulada sua autonomia dos pontos de vista político, social, econômico e cultural. Agora o sujeito está destituído de si mesmo, na estrutura mais íntima da sua própria dimensão vital. O que nos leva a concluir que o avanço da tecnociência é proporcional à regressão ética da consciência que o homem tem de si mesmo, do seu lugar na comunidade humana e da sua relação com o *habitat*.

Portanto, eu diria – o que não é inteiramente verdade, mas para terminar com nota menos pessimista – que não temos aqui tempo para tentar ver quais seriam as possíveis saídas, se é que ainda há alguma, dessa situação que muito sumariamente descrevi.

[LUIZ ANTÔNIO DIAS QUITÉRIO*]

Agrada-nos muito saber que a classe médica passa crescentemente a se preocupar com as questões do meio ambiente e, mais ainda, na perspectiva da ética. Parece-nos ser maneira bastante adequada para olhar esse setor, como o professor Franklin, de maneira muito própria, mostrou na sua exposição.

Vou seguir à risca a metodologia proposta pela organização do Simpósio: partir de conceito mais geral e vir para o mais específico. E vou chegar bem no específico, porque falarei de um caso de contaminação ambiental e do modo com que transcendeu o ambiente de processo de produção – ambiente típico de trabalho, que pode ser visto como saúde ocupacional do trabalhador – e estendeu-se a toda comunidade do entorno. Farei algumas considerações na perspectiva que o professor Franklin expôs, desse futuro que se nos apresenta com a tecnociência mandando em tudo e nos tirando a capacidade de discernimento, em muitos casos.

Falarei sobre o caso de contaminação provocada pela Shell, na Vila Carioca, atual subprefeitura do Ipiranga, no município de São Paulo.

A primeira área que é objeto de nosso trabalho é a base de armazenamento de combustível da empresa Shell do Brasil S/A. Aí existe a chamada BIP I, a base 1, onde são armazenados aproximadamente 60 milhões de litros de combustíveis diversos, de derivados de combustíveis como xileno e tolueno. A segunda área de estudo é a Vila Carioca. Notaremos que tivemos dois casos, estamos tratando de dois tipos diferentes de contaminação.

Toda essa área passou por mudanças importantes nos últimos tempos. Em 1940 havia as Indústrias Reunidas Francisco Matarazzo, sendo que o resto era área totalmente desabitada. Fazia parte de um contexto muito rural neste sudeste da cidade. Em 1954, quatorze anos depois, já se iniciaria o processo de ocupação: instalou-se a Shell e já se teve o início da Vila Carioca. Em 2001, a área estava totalmente ocupada.

A professora Helena Ribeiro, minha mestra em Geografia Urbana na Faculdade de Saúde Pública da USP, onde fiz a minha especialização, já acentuava como fora feita a ocupação urbana do município de São Paulo: de forma totalmente desordenada, não respeitando nenhum tipo de vulnerabilidade, de fragilidade do solo.

Na década de 40, a área era coberta de mata, de várzea. Posteriormente foi totalmente ocupada e urbanizada, tal como está hoje.

*Desde 08/01/2003 até agora, o Dr. Luiz Antônio Dias Quitério atua como engenheiro sanitário no Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O que é o “Caso Shell”?

Iniciou-se em 1993 com denúncia do Sindicato dos Trabalhadores do Comércio de Minérios e Derivados de Petróleo (Sipetrol) e do *Greenpeace* que localizaram e retiraram amostras do solo para análise e encaminharam para o IPT (Instituto de Pesquisas Tecnológicas) e concentrações de chumbo da ordem de 300 vezes o nível máximo permitido.

A denúncia (2)*, então, foi formulada à Promotoria Pública do Meio Ambiente, que iniciou processo de investigação e, num primeiro momento, chegou à conclusão de que aquele chumbo estava no solo em decorrência das limpezas dos tanques de combustível da Shell, os quais, de tempos em tempos, passavam por manutenção. No fundo dos tanques formava-se borra oleosa, fruto da decantação do material particulado do combustível. Era raspado, recolhido e enterrado na própria Base, num tempo em que não existia legislação ambiental e não se preconizava nenhum cuidado mais adequado com esse tipo de material.

Esse material foi sendo enterrado durante muito tempo. Obviamente, foi se espalhando no solo e atingiu até a água subterrânea.

Essa denúncia dá início a procedimento para avaliar a magnitude, isto é, observar em que medida o material se espalhou pelo meio ambiente para além da própria base da Shell. Percebeu-se que, em 1998, cinco anos depois, apesar de novas análises e novas constatações, a empresa não havia tomado nenhuma medida para conter ou mitigar esse impacto.

Naquele ano, a Agência Ambiental do Estado de São Paulo (Cetesb), que havia sido acionada pela Promotoria para acompanhar o caso e exigir as medidas necessárias, fez nova avaliação no ambiente e concluiu que, além do chumbo, existiam também no solo hidrocarbonetos, outros metais pesados e

N. da R. – Quando do fechamento desta publicação, continuava o impasse sobre a contaminação da Vila Carioca: enquanto no texto *Relatório Shell na Sociedade Brasileira 2005/2004*, veiculado no site oficial da empresa (www.shell.com.br) alegava que, “a partir de uma denúncia, a Shell procurou as autoridades e formulou propostas de trabalho para a investigação, o mapeamento e as providências para a recuperação ambiental da área e do seu entorno” e que “permanece empenhada em elaborar os seus procedimentos em consonância com as autoridades competentes, na busca de soluções definitivas para questões ambientais relativas à sua base de distribuição na Vila Carioca, assumindo total responsabilidade por tudo o que for causado por suas atividades, desde que isto seja demonstrado”, os moradores da região, representados pela SOS Vila Carioca Associação de Defesa Contra Contaminação Ambiental, em fevereiro de 2005, divulgaram manifesto, do qual é extraído o trecho: “Ao longo de mais de dois anos de árdua batalha, não temos conhecimento do tipo de obra que vem sendo incrementada no interior da base, quais as medidas de segurança que foram implementadas para o controle do impacto ambiental dessas obras, já que a mesma versa sobre a manipulação de pesticidas, desconhecemos as medidas de controle de estocagem do material que vem sendo retirado do solo, os locais de armazenagem e o destino”.

organoclorados. Os metais pesados são contaminantes dos combustíveis, assim como os hidrocarbonetos. A própria gasolina é um hidrocarboneto. Os organoclorados, porém, não fazem parte de combustíveis. *Quando, então, eles apareceram na água?* perguntou a Agência Ambiental à Shell, que se lembrou de que, naquela mesma área, houvera formulado pesticidas, quando ainda era permitido o uso de organoclorados. Posteriormente foi banido, sendo que parte desses produtos não tinha sido vendida, fora enterrada na área.

Dupla contaminação

Além de hidrocarbonetos e metais pesados derivados do combustível, apontados por análise química, apareceu nas amostras um poluente resultante de outra atividade que, de maneira um pouco “estranha”, a Shell também fazia na área.

Logo, ou a Shell não conhecia bem o que ela fazia naquele tempo, por algumas dessas razões “estranhas”, ou isso estava sendo cuidadosa e sigilosamente guardado como um desses segredos que se espera que, num país como o nosso, não viria à tona tão cedo.

Com base nessa constatação, a Promotoria voltou a exigir, no final de 1998, providências por parte da Shell. Embora tenha sido acompanhada e monitorada de perto pela Agência Ambiental, a indústria continuou não tomando as medidas necessárias. Isso fez com que, em março de 2002, a Promotoria propusesse ação civil pública em que a Shell foi considerada ré ao lado da Agência Ambiental do Estado de São Paulo – essa última por haver sido omissa durante esses anos todos.

Qual é o andamento normal desse tipo de situação?

Um dos instrumentos mais utilizados nesses casos é o chamado Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). A Promotoria abriria ação civil pública e a Shell seria chamada a defender-se. Nesse processo existia a possibilidade de a Shell vir à mesa de negociação, junto a um órgão público e ao Ministério Público. Por meio do TAC, a Shell obrigaria-se a fazer a recuperação e a remediação ambiental da área.

Que isso significa? Teria que assinar um termo, obrigando-se a restituir o ambiente à condição mais próxima do original – se não à própria condição original. No caso presente significaria a remoção do solo contaminado e seu destino seguro, o bombeamento de todo lençol freático, a filtração dessa água e posterior reintrodução da água no local de origem. Essa tarefa consiste, em linhas gerais, na remoção da fase livre daqueles contaminantes no lençol

freático, uma vez que por diferença de densidade esses elementos nem sempre se misturam. E existe tecnologia capaz de fazer isso.

Então a Shell, por intermédio do TAC, que é instrumento previsto dentro da lei da ação civil pública, ver-se-ia obrigada a fazer a remediação, a recuperação do ambiente. Eis, pois, o andamento normal.

Agora o que é que fica fora do TAC? Fica fora, por exemplo, a saúde dos trabalhadores que enterraram os resíduos.

A impressão que se tem é que ou os resíduos foram para o fundo da terra por algum tipo de mágica ou sozinhos, ou que os trabalhadores, ao fazerem essas tarefas, estavam devidamente paramentados, com todos os equipamentos de segurança. Isso simplesmente não aparece nos TACs.

Fica fora também a saúde dos moradores do entorno. Tem-se a idéia de que a Shell continua existindo, no ano de 2002 (*época em que o Simpósio foi promovido*), no mesmo ambiente de 1954 (*quando a indústria foi instalada*), quando eram apenas ela e a natureza, sem o homem no entorno.

Consultei colegas da possibilidade de o TAC incluir a saúde humana. Um especialista no assunto enviou-me, como resposta, um e-mail bem significativo de como a questão ambiental normalmente é tratada. Eis, em resumo, sua resposta.

Com relação ao TAC que vocês querem fazer com a Shell, há duas questões distintas em jogo.

Primeiro: retirar o passivo ambiental para evitar outros problemas. Isso é o objeto do TAC. Segundo: avaliar os danos à saúde para ressarcir as vítimas. É outra questão. Se puserem as duas questões em único processo, haverá problema. São completamente distintas e devem ser tratadas de forma totalmente independente. Aliás, no TAC, o pessoal da Saúde nem precisa “apitar”. O TAC é para recuperar a saúde do ambiente. Não é para recuperar a saúde das pessoas.

Não foi o mesmo entendimento da Secretaria Municipal do Meio Ambiente de São Paulo que, desde o primeiro momento em que se delineou o quadro, exigiu que o TAC a ser proposto para a Shell, no âmbito da ação civil pública, incluísse, sim, a saúde das pessoas – tanto dos trabalhadores e ex-trabalhadores que participaram desse processo, como da população que mora no entorno.

Começou assim nossa luta para transformar um instrumento de ajustamento de conduta, a fim de que incluísse a questão dos moradores do entorno.

Que problemas?

Surge então a pergunta: Mas qual é o problema, afinal, que esse pessoal (que mora no entorno) teve, já que a área era abastecida de água pela rede pública há mais de trinta anos? Ou seja, em teoria, as pessoas não bebem água do lençol freático contaminado.

Não bebem, se ninguém for perguntar. Quando os órgãos de saúde questionaram, descobriram poços artesianos na região. Um deles abastecia um condomínio onde residiam 400 pessoas que, para não pagarem a conta alta da Sabesp, se cotizaram e cavaram um poço. Usavam a água há muito tempo e muitas vezes. Muita gente agiu da mesma forma: é só perguntar, que aparece. É só ter um método, enxergar a coisa como problema, que o problema vai aparecer.

Esse tipo de abordagem fez com que conseguíssemos compreender que o risco ambiental tem conseqüências para a saúde humana.

Para isso, temos que interagir com a Agência Ambiental, com os órgãos ambientais, para que sejam analisados os compartimentos ambientais – água, ar e solo –, e em que medida os contaminantes neles presentes intervêm na saúde das pessoas. Temos que conhecer parâmetros, padrões e as metodologias utilizadas na avaliação de risco ambiental, de modo a abranger a saúde das pessoas. Estamos chamando isso de “subversão ao TAC”.

Uma comissão formada pelas duas Secretarias de Saúde e pelos dois órgãos ambientais (do Estado e o do Município); pelos moradores da Vila Carioca, por meio das suas duas associações; e pela Shell, vem se reunindo para chegar a um acordo que a obrigue a ressarcir ou, pelo menos, a responsabilizar-se pela avaliação do dano provocado à saúde das pessoas. Constatado o dano, a empresa vai ter de pagar pela recuperação possível da saúde daqueles moradores.

É preciso que se diga que nessa mesa de negociação a Shell tem se comportado de maneira bastante distinta de como se portou em Paulínia, onde, conforme os jornais publicaram, deixou muito a desejar, principalmente na questão da ética – entre outros problemas que prefiro não abordar aqui. Quero focar a possibilidade otimista de a tecnociência ser revertida minimamente para a melhoria da qualidade do ambiente e da saúde das pessoas.

Problemas

No entanto, nesse processo, estamos enfrentando algumas dificuldades. Mencionarei pelo menos três:

→ Dificuldade de natureza metodológica. Andamos em campo minado, onde as metodologias não contemplam efetivamente a avaliação de risco à saúde. Temos de “garimpar” metodologias que façam essa ligação, para nós tão óbvia, entre o ambiente doente e as pessoas em processo de ficarem doentes. Encontramos alguma coisa numa agência americana. Assim, já estamos preparando nosso pessoal técnico para entender isso e sermos capazes de fazer a correlação.

→ Dificuldade de natureza política, como gerenciar conflitos, sentar numa mesa com interesses distintos em jogo. A população está sendo bastante bombardeada por informações das mais diversas. Nesse processo todo, não tivemos grande ajuda da mídia – pelo menos, no começo. Recentemente, a *Folha de S. Paulo* citou um toxicologista, chefe no Hospital das Clínicas, afirmando que quem morava na Vila Carioca estava morando em lugar pior do que Hiroshima.

Podemos imaginar qual é a sensação que têm aquelas pessoas ao lerem algo assim e continuarem morando em lugar onde seria necessária a remoção da população, para que não haja dano maior. Isso nos causa grande problema político. Como explicar que existe um processo de avaliação de risco em curso? Mais ainda, como explicar que, embora esteja no horizonte, a remoção da população ainda não pode ser promovida. Porque radiação de fato não acontece lá, pelo menos, por enquanto. Quero acreditar que em Hiroshima o problema tenha sido esse, e não exatamente hidrocarbonetos e metais pesados propriamente ditos.

→ Dificuldade institucional. Fazer o rompimento das baias existentes no setor público as quais se originam de nosso aparelho formador, da academia. Somos formados para entender que ambiente é ambiente e saúde é saúde. São blocos que não se conversam. O setor público absorve isso com muita rapidez, de maneira exemplar.

Mesma língua

É preciso que todos sentem à mesma mesa e falem a mesma língua, o que dá trabalho. As instituições são fechadas e precisam paulatinamente abrir essas informações para possibilitar avaliação mais completa do que de fato está acontecendo.

Atuo na área do meio ambiente, mas minha origem é na Saúde Pública, onde trabalhava em um setor chamado Vigilância Sobre o Meio Ambiente.

Esse exercício todo com relação à Vila Carioca, por exemplo, tem

mostrado que a aproximação do setor saúde com o setor institucional de meio ambiente é absolutamente fundamental. Principalmente na área que se convencionou chamar de “controle ambiental”, onde ocorrem licenciamento, fiscalização e monitoramento ambiental. Aí existem dados e registros sobre monitoramentos, com dosagens e concentrações dos contaminantes encontrados, o que facilita enormemente uma avaliação em saúde, objeto que estamos discutindo aqui.

Repito: a aproximação entre os setores da saúde e do meio ambiente, rompendo os problemas de natureza institucional, é absolutamente urgente. Particularmente no Brasil e mais especificamente em São Paulo, onde, além da Vila Carioca, temos 67 outras áreas com contaminações semelhantes, as quais precisam ser abordadas.

Trabalhar em saúde numa perspectiva ética e eficiente implica ter a interinstitucionalidade e a interdisciplinaridade como pressupostos e a humildade como método de trabalho.

[MARCO SEGRE]

Acabamos de passar da visão filosófica para a visão criminológica. Ou seja, estamos verificando os crimes cometidos contra a população, o que é bastante importante quando se visa a um debate ético: verificar aquilo que é o oposto àquilo que desejamos eticamente.

Agora, com a palavra a professora Helena Ribeiro, que falará sobre o tema *Política Pública, Saúde e Meio Ambiente*.

[HELENA RIBEIRO SOBRAL]

Meu propósito é discutir a relação entre política de saúde e política de meio ambiente.

Originalmente sou da área do meio ambiente, mas atualmente trabalho no departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da USP. Por volta do ano 2000, durante um ano participei de reuniões mensais, em que se tentava estabelecer em documento a política de saúde ambiental para o Ministério da Saúde.

A saúde ambiental foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde com a seguinte definição: é o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, substâncias e condições em torno do ser humano, as quais possam exercer influência sobre a sua saúde ou o seu bem-estar. Trata-se, portanto, da inter-relação entre saúde e ambiente.

Apesar de já existir desde os primórdios da Medicina, na obra de Hipócrates, o conceito de saúde ambiental no setor de saúde ampliou-se a partir da primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. Até então todas as ações ambientais do Ministério da Saúde estavam voltadas principalmente às doenças transmitidas por vetor e por veiculação hídrica. A atuação era feita no meio ambiente.

No entanto, a Carta de Ottawa, assinada nessa ocasião, definiu outras linhas de atuação e, sobretudo, propôs a criação de ambientes favoráveis à saúde, os chamados ambientes saudáveis. A partir daí, várias conferências foram realizadas no mundo inteiro.

Legislação

No Brasil as preocupações com a relação saúde/meio ambiente aparecem também a partir da década de 80.

A Constituição Federal de 1988 expressa essa inquietação em diversos artigos. Por exemplo, no Artigo nº 196, encontramos a definição:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação.

O Artigo nº 225, específico sobre o meio ambiente, diz:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

No Artigo nº 200, incisos II e VIII, a Constituição fixa como atribuição do sistema único de saúde, entre outras, a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, além da colaboração na proteção do meio ambiente – nele compreendido o ambiente de trabalho.

Em 1998, como instrumento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado o projeto Vigisus para a prevenção de doenças. O Vigisus define o papel da vigilância ambiental em saúde e controla os fatores que podem acarretar riscos à saúde.

Mas ao lado dessa evolução da legislação ampliou-se na sociedade brasileira a consciência de que saúde individual e coletiva, nas suas dimensões física e mental, estão intrinsecamente ligadas à qualidade do ambiente. Desde os ambientes de menores dimensões, como lares, escolas,

ambientes de trabalho, até aqueles de maior amplitude territorial, como bairros, cidades, regiões e o próprio mundo – no caso dos problemas globais como efeito estufa e mudanças climáticas.

Essa relação tem-se tornado mais evidente, sobretudo graças à sensível redução da qualidade ambiental verificada nas últimas décadas como conseqüência de crescimento econômico predatório.

Grande parte dos problemas enfrentados na área sanitária resulta da distribuição desigual de renda. Entre eles encontram-se as doenças infecto-parasitárias, típicas dos bolsões de pobreza onde ainda são precárias as condições sanitárias e ambientais: parcela da população é vítima por não possuir renda e alimentação suficientes, condições habitacionais adequadas, vestimentas, práticas de higiene, enfim, um modo de vida adequado.

Isso torna essas pessoas mais vulneráveis às agressões externas ambientais, propiciadoras de doenças. Tais fatores, agravados pela falta de estrutura e de serviços de saneamento nas áreas mais pobres, provocam sobrecarga do setor saúde, com pacientes acometidos por doenças de possível prevenção e, portanto, evitáveis.

Na ocasião em que estávamos fazendo aquele documento mencionado, para o Ministério da Saúde, foi levantado que no País aproximadamente 30% dos leitos do SUS, da rede conveniada, são ocupados por doenças de possível prevenção. Quanto aos gastos, cerca de 20% destinam-se a doenças ligadas à falta de saneamento.

Além disso, também como fruto do modelo de desenvolvimento, coexistem atualmente no Brasil processos produtivos com riscos tecnológicos complexos, como os mencionados pelo doutor Quitério. Esses riscos estão ligados a tecnologias nucleares, químicas ou mesmo a biotecnologias, no caso dos mecanismos geneticamente modificados.

Ao mesmo tempo em que estes afetam o homem, a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde, os padrões de desenvolvimento vêm favorecendo a degradação ambiental, com alterações significativas no meio natural, e a destruição de ecossistemas, que levam a mudanças nos padrões de distribuição de doenças e nas condições de saúde dos diferentes grupos populacionais da nação.

Mudanças climáticas, desmatamento, alterações nos ecossistemas têm levado também a mudanças na distribuição das doenças, no surgimento e na reemergência de algumas doenças já quase desaparecidas.

Concomitantemente a isso, porém, tem havido aumento da esperança

de vida no País. Entretanto, são justamente os idosos e as crianças que constituem os grupos de maior risco para os efeitos negativos da poluição do ar, por exemplo. Essa transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil apresenta-se de modo imperfeito e regionalmente desigual. Caracteriza-se pela coexistência de elevado número de doenças típicas da pobreza, como as infecto-contagiosas, e daquelas típicas de regiões desenvolvidas, como as crônico-degenerativas.

O perfil epidemiológico da morbimortalidade na população brasileira reflete bem o mosaico das situações apontadas acima, traduzindo-se nessa coexistência de doenças da pobreza e de doenças da riqueza, ambas vinculadas aos fatores ambientais. As primeiras, relacionadas à presença de vetores e à veiculação hídrica, por causa de falta de saneamento. As crônico-degenerativas, ligadas à poluição ambiental, à qualidade dos alimentos e ao estresse.

Cresce também a importância dos óbitos e lesões devidos a causas externas, como acidentes e violência, especialmente entre os jovens. Isso pode ser observado por meio de mapas com a distribuição espacial das diferentes causas de óbito em São Paulo.

Em vista dessa problemática na relação saúde e meio ambiente, vou apontar alguns caminhos que têm sido discutidos em âmbito nacional e internacional.

O desenvolvimento sustentável

A proposta de desenvolvimento representa uma das noções mais inclusivas e insistentes no senso comum e na literatura especializada. É até considerada pelos antropólogos como uma das idéias básicas da cultura moderna. Diferentes teorias de desenvolvimento foram criadas a partir da Segunda Guerra Mundial e transformaram o anseio pelo desenvolvimento na utopia central do mundo moderno, herdeira inquestionável da idéia de progresso do século XIX, muito ligada à revolução industrial.

Tanto o capitalismo quanto o marxismo consideraram a proposta de desenvolvimento apropriada.

Hoje, porém, estamos diante de um fenômeno diferente da história, em que é preciso reinterpretar as formas de reprodução da vida de maneira mais radical: daí surge o conceito de desenvolvimento sustentável.

As propostas anteriores de desenvolvimento viam o meio ambiente meramente como recurso; dele extraíam-se as matérias-primas, as fontes

energéticas, ou nele jogavam-se os resíduos, ou seja, a poluição.

Mas com o crescimento demográfico, o aparecimento dos limites e o encarecimento dos recursos naturais – e com a possível escassez de alguns deles, como o petróleo – assomam-se as preocupações com o desenvolvimento e com o meio ambiente.

Alguém já disse que *o ambientalismo e pós-modernismo são dois discursos que entram nessa arena e ganham poder; dada a retirada relativa tanto simbólica quanto concreta do marxismo e do socialismo real como alternativa às visões clássicas de sistemas capitalistas de vida.*

Esse termo – desenvolvimento sustentável – passa a ser a nova utopia ou ideologia, conseguindo estar nos discursos de duas visões opostas de sociedade: o discurso liberal capitalista e o socialista. Além disso, o ambientalismo é divulgado pelos órgãos de comunicação de massa como ideologia cega às contradições de classe, correspondendo a uma das formas mais contemporâneas de movimento social.

O espectro ideológico do ambientalismo

No entanto, o espectro ideológico do ambientalismo é altamente complexo. Há um lado muito ligado ao setor liberal produtivista, preocupado com a manutenção do sistema capitalista: garantir matéria-prima para dar continuidade ao consumo exacerbado.

Há um ambientalismo ligado a questões religiosas. Existe outro vinculado à natureza, o qual vê os animais, os vegetais com direitos iguais aos dos homens. Há um mais ligado aos partidos socialistas, como o Partido Verde Alemão, ou o ambientalismo que os franceses chamam de *rouge-vert* (a coalizão vermelho-verde) –que acabou abrigoando muito dos movimentos da esquerda européia e está preocupado com a melhoria das condições da população como um todo, e não mantendo apenas compromisso com os aspectos de preservação ou conservação da natureza.

O termo desenvolvimento sustentável começou a circular mais popularmente a partir da década de 80, especificamente num relatório das Nações Unidas chamado *Nosso Futuro Comum* (1987). Foi definido como “desenvolvimento que atende às necessidades do presente, sem comprometer a capacidade de as futuras gerações terem suas próprias necessidades atendidas”.

Apesar de esse conceito presentemente receber várias críticas – porque essa definição tem perspectiva harmônica e não conflitiva dos processos econômicos, políticos e sociais envolvidos no drama desenvolvimentista

–, dentro da amplitude desse espectro ideológico, a discussão, sem dúvida, aponta para reeticização do capital, ao incorporar fundamentalmente em seus cálculos a preocupação com as gerações futuras.

Aí, já afloram alguns princípios éticos.

Eqüidade intergerações

O conceito de eqüidade intergerações possui caráter profundamente moral. Não é o tempo da terra arrasada, do “vamos consumir tudo”. Existe uma preocupação diferente. Por outro lado, eu me pergunto, a exemplo de outros: Além desse compromisso assumido com as gerações futuras, como fica o compromisso com a geração presente?

Parte significativa desta geração não tem acesso a ambiente saudável como prega a nossa Constituição ou o próprio conceito de desenvolvimento sustentável: aquele que atende às necessidades do presente. Muitas parcelas da população mundial não são atendidas.

Cito alguns números. A população dos países desenvolvidos representa cerca de 20% do total da população mundial. Consome aproximadamente entre 80% a 86% dos recursos naturais do planeta. Por outra ótica, a da poluição, sabe-se que os Estados Unidos, com cerca de 6% da população do mundo, produzem 1,5 bilhão de toneladas por ano de dióxido de carbono – o principal responsável pelo efeito estufa e pelas mudanças climáticas. Isso significa emissão *per capita* de 5,5 toneladas por ano. O segundo país em poluição por dióxido de carbono é a China, que tem a população de mais de 1,5 bilhão de habitantes e utiliza muito carvão, produtor de dióxido de carbono. A poluição *per capita*, porém, é de 0,75 tonelada por ano. Logo, a poluição gerada pelos Estados Unidos é mais que sete vezes maior em comparação à da China.

Outro exemplo é o consumo de energia de um habitante norte-americano: ele consome o equivalente ao que consomem 900 habitantes do Nepal.

Existe, pois, no mundo, má distribuição dos recursos naturais e produção exacerbada da poluição – sobretudo por aqueles que consomem mais.

Consideremos o caso do Brasil e veremos também que a distribuição dos serviços de saneamento é muito desigual. Cito o exemplo do lixo, quanto aos resíduos sólidos domiciliares: das famílias que recebem até um salário mínimo, 50% não têm lixo coletado diariamente. Assim, o lixo ou é enterrado, ou é queimado, ou é jogado em terreno baldio, rio, lago, etc., ao passo que das famílias que recebem mais de 20 salários mínimos,

só 1% não tem coleta na porta da residência. Portanto, há má distribuição na própria prestação de serviços públicos.

Disparidades regionais

Voltando aos aspectos éticos da saúde ambiental, gostaria de retornar ao início da discussão.

Ao incluir na Carta Magna brasileira a idéia de que a saúde e o meio ambiente constituem direitos do povo brasileiro, não importando a sua classe social, a etnia ou local de vida, as políticas precisariam estar enfocadas na atenuação das disparidades regionais, em termos de salubridade ambiental, de modo que todos os indivíduos partissem de patamar mais homogêneo de fatores de risco ou fatores ambientais de agravo à saúde.

Além disso, o padrão de vida e os valores dominantes centrados no “ter”, característico da sociedade de consumo, mostram que poucos podem responder por boa parte do consumo dos recursos naturais, ao mesmo tempo em que respondem pela maior parte da degradação ambiental, ora em processo. Não é apenas a quantidade de seres humanos que responde pela rápida destruição do planeta, mas também, e principalmente, o seu modo de vida. As crises sociais, econômicas e financeiras, e os conflitos de toda ordem indicam claramente que as dimensões individuais, socioculturais e macroeconômicas de nosso futuro coletivo estão cada vez mais fortemente ligadas. E a relação dos seres humanos entre si e com a natureza conduz o debate em direção à ética.

A ética impõe-se, pois, como pano de fundo, porque estamos colocados em situação na qual é preciso fazer escolhas. Aquelas que privilegiarmos influirão no futuro do nosso planeta, no nosso futuro e no de nossos filhos. O estabelecimento de nova relação precisa basear-se também no reconhecimento da existência e das necessidades dos outros seres humanos. Isso significa encontrar o outro no seu modelo de mundo. É tendo consciência do seu modo de ver e pensar que se estabelece a relação e o encontro de soluções dentro dos princípios de equidade e universalidade.

[MARCO SEGRE]

As preocupações de todos os palestrantes convergem no sentido de tentarmos evitar nossa autodestruição. O debate está aberto, desta vez, com a participação dos colegas do Paraná que estão conosco em sistema de videoconferência.

[PLENÁRIO]

No Brasil tivemos um capitalismo distorcido, no qual instalou-se o sistema neoliberal, a partir de 1990, que leva a basicamente três conseqüências. Primeira: desigualdade nas relações humanas. Segunda: falsa democracia, baseada no voto. Terceira: a perda da propriedade. O Estado progressivamente foi se afastando de seus deveres para com a população.

Pergunto ao professor Franklin Leopoldo: Dentro desse sistema neoliberal que incorre na exploração da pessoa humana, com uma globalização em que cada vez mais se estabelecem distorções e desigualdades, existe possibilidade de ética nas relações da sociedade? Se existe, qual seria? Porque não ficou claro na sua apresentação. Qual seria, pelo menos, uma das alternativas possíveis nessas relações, dentro de tal estrutura social?

[FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA]

Nunca separo a ética da situação histórico-política.

No seu sentido concreto, a ética nunca é conjunto de normas, mas sempre um conjunto de situações. Portanto, quando examinamos conflitos éticos e possibilidades para a solução desses conflitos, temos sempre que examiná-los a partir de determinada circunstância ou conjuntura histórico-política.

Respondendo à sua pergunta, o que vivemos no Brasil, principalmente nos últimos tempos, sob a égide da intensificação da ideologia neoliberal e da conseqüente ausência do Estado – portanto, certa desorganização do capitalismo –, é uma postura política que evidentemente tem a ver com as relações entre o Norte e o Sul, entre os países desenvolvidos e os periféricos.

Sob a ótica política, a ideologia neoliberal não é tão importante. Na verdade, trata-se de um instrumento ético de dominação, ou seja – isto não é novidade nenhuma –, o neoliberalismo e a globalização são figuras avançadas do imperialismo. Portanto vivemos hoje situação de nova configuração de um império que usa a globalização apenas para expandir-se. Do ponto de vista ético, o que temos é a intensificação de uma dominação que sempre existiu no regime capitalista e que tem agora conotação mais específica na sua organização e expansão: pode contar com instrumentos tecnocientíficos de que não dispunha antes.

Assim, do ponto de vista tecnocientífico, militar e da centralização econômica, que caracteriza a globalização, temos evidentemente um

imperialismo, o qual considero sem precedentes. Trata-se da continuação da política colonial que tolhe até mesmo a chance de reação a isso, uma vez que a colonização não é mais explicitamente política e sim totalmente ideológica. Temos a subordinação ética das nações periféricas às centrais, mediada pelos organismos econômicos que controlam a política e os planos governamentais dos países de capitalismo periférico.

Crise política é crise ética. Não porque tenhamos passado da política à ética, mas porque a política se dissolveu. De fato, não temos hoje, nem do ponto de vista nacional – isso se refere a todos os países – nem das relações internacionais, “política”, no sentido próprio da palavra. O que temos são relações de diversos tipos, que passam pela mediação da dominação.

Vivemos, então, um paradoxo. Num mundo em que a política acabou, o que governa as relações humanas? Responderíamos: as relações humanas deveriam ser governadas por parâmetros éticos. Acontece que esses se dessubstancializaram juntamente com a política. A ética não é se não a agregação da história e da política nas relações humanas.

Não vejo pois saída, porque a lição que poderíamos aprender de convivência harmoniosa, tanto no caso das relações humanas quanto no caso daquelas entre o homem e o meio ambiente, vem-nos das populações tradicionais que ou já foram extintas ou estão destinadas à extinção. Sabemos perfeitamente que aquilo que sobrou das populações autóctones em todos os países, inclusive na África onde estão em número mais elevado, está fatalmente destinado à extinção pela fome, pelas doenças e por outros procedimentos modernos de genocídio. Conseqüentemente, não havendo política, não havendo ética, não há nenhuma substância que consiga estruturar as relações humanas.

Os últimos tempos mostram processo acelerado de volta ao mundo da dominação imperial militarizada numa proporção em que não existia sequer no Império Romano, que era uma construção política de dominação altamente militarizada. A violência com que deparamos hoje, relativa aos procedimentos de dominação, escapa a qualquer possibilidade de solução ética, política ou histórica.

[PLENÁRIO]

Não sou médico. Sou especialista em marketing e comunicação, e ambientalista há mais de quinze anos. Fui criador da Fundação *O Boticário de Proteção à Natureza*, presente hoje em mais de oitocentos projetos.

Sou conselheiro aqui no Paraná (*participação via videoconferência*) da Sociedade de Pesquisa em Vida Selvagem e Educação Ambiental (SPVS), ONG especializada em proteção de meio ambiente, além de conselheiro da *The Nature Conservancy*, ONG americana cuja especialidade é comprar áreas para a preservação.

Com isso, juntamos forças e conseguimos, na divisa com o Estado de São Paulo, adquirir mais de 30 mil hectares para a preservação do meio ambiente. Na minha experiência na área de comunicação, vejo a dificuldade que temos em explicar às pessoas o que é meio ambiente e a necessidade de protegê-lo, porque elas não entendem. Utiliza-se discurso muito técnico!

Lido com empresários, professores, biólogos, com crianças e não conseguimos equalizar nossa comunicação. Desastres sempre acabam acontecendo, como o caso típico da Shell. É luta muito árdua e vamos demorar muito tempo (até algumas gerações) para conseguir essa comunicação.

Dirijo-me ao professor Franklin, a pedido de uma amiga ambientalista do Rio de Janeiro, a qual está fazendo um projeto sobre água, cuja apresentação – um artigo – será feita por mim. Dei-lhe o título de *Águas Não Passadas*. Seriam as águas que a nossa geração vai deixar aos nossos filhos e netos.

Parto da seguinte idéia e estrutura de texto: a cultura é a maneira de uma geração, de um ser vivo, passar seu saber, sua experiência de vida neste planeta para outra pessoa. Por isso que se chama “cultura do milho”, por exemplo. Os insetos protegem-se dos inseticidas e transmitem isso aos seus descendentes. Nós, humanos, com toda a nossa sabedoria, não pensamos desse jeito quando se trata de meio ambiente. Sentimo-nos donos do terreno. É o caso dos fazendeiros que destroem café, milho, soja, etc.: acham-se donos daquilo. Erram: estão ali por empréstimo. Não se tem o direito de destruir um rio ou uma margem de rio e passar essa situação para as futuras gerações.

Professor Franklin, com base nessa linha de raciocínio não estaríamos nós, humanos, pecando a esse respeito?

[FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA]

Outro dia, li a entrevista de um cacique ianomâmi que dizia algo muito próximo do que em filosofia caracterizamos como o conceito de “finitude humana”. Em resumo falava:

Somos criaturas efêmeras. Quando passamos pela terra, devemos passar discretamente; interferir o mínimo possível naquilo que nos cerca; tirar

da terra estritamente aquilo que é necessário para a nossa sobrevivência; fazer com que a nossa passagem, que já por si é efêmera, seja também a mais discreta possível e afete o mínimo possível o meio ambiente. Essa é a maneira pela qual conseguimos produzir vida harmônica e morte feliz.

Há muita sabedoria nessa fala. Quando pensamos no meio ambiente (e a professora Helena falou dos diversos ambientalismos), muitas vezes nos esquecemos, por exemplo, de que a Amazônia não é apenas aquilo que por vezes os ambientalistas norte-americanos sentem. Eles vêm de locais superpoluídos e, quando se vêem naquela floresta, sentem-se no princípio do mundo. É comum declararem: “Sinto-me como no início do mundo, quando ainda não havia praticamente habitantes na terra”. Visão bem-intencionada, mas errônea. A Amazônia está cheia de gente. A sociodiversidade que ela tem é tão importante quanto a biodiversidade.

A questão, porém, é a seguinte: de que maneira as populações tradicionais de locais como a Amazônia encaram a sua situação, diante de biodiversidade tão rica? Encaram com discrição. Ou seja, esse sentimento do caráter efêmero do humano não o diminui: ao contrário, coloca-o com a necessária humildade diante de situação que, a bem dizer, é aquela que devemos justamente legar.

O que caracteriza essa situação – sem pensar propriamente nessa questão do legado, porque as populações indígenas não têm urgência de preocupar-se com essa herança –, é que eles naturalmente vêm a si próprios, os exemplos de vida e a maneira de relacionar-se com o meio ambiente, como essa passagem efêmera de uma geração para outra. Essa entrega, esse exemplo de vivência finita do homem no planeta, na sua relação com o meio ambiente, é o que constitui aquela sabedoria que vai se acumulando ao longo das gerações. Isso é para eles a cultura, a riqueza.

Qual é pois a grande diferença em relação a nós? No caso deles, a cultura não se opõe à natureza. Portanto, dificilmente aceitariam que um progresso cultural pudesse levar, por exemplo, à deterioração das águas ou à deterioração de qualquer outro aspecto do meio ambiente. Nós já entendemos que há necessariamente um preço a ser pago pelo progresso da cultura. Esse preço a pagar é certo grau de degradação do meio ambiente, a qual entendemos às vezes como inevitável e procuramos dosar. Partimos dessa perspectiva extrativa e predatória que herdamos da mentalidade colonial européia.

Sua idéia de dizer *águas passadas* – no sentido daquilo que nós recebe-

mos e o que vamos passar aos nossos descendentes – tem justamente a intenção de conter essa “discrição” de que falava o cacique ianomâmi, essa limpeza que caracteriza a nossa passagem pela terra.

Não é próprio do humano deixar muitas marcas. Quanto menos deixar, melhor estará cumprindo sua função relativa a estes seres efêmeros, que somos nós. Como já dizia a mitologia grega “seres de um dia”. No tempo cósmico, somos seres de um dia. Mas nossa capacidade de destruição, apesar disso, é muito grande.

[PLENÁRIO]

Não sou médico, sou engenheiro e, por isso, minha linguagem pode parecer um pouco diferente em relação a dos presentes. Sou quase teólogo e preocupado também com o meio ambiente. Minha colocação vai ser quase uma resposta à posição do professor Franklin sobre “tecnociência”.

Queria apresentar uma experiência tecnológica que está sendo implantada em Lorena, São Paulo, sobre o beneficiamento de lixo doméstico.

Na cidade de São Paulo são geradas aproximadamente 14 mil toneladas de lixo por dia, isto é, trata-se de uma quantidade muito grande, que já conseguiu lotar cerca de sete aterros. No entanto, hoje só há dois aterros funcionando: um deles em Perus – que já está lotando. Também vale mencionar que os moradores dessa região sempre se manifestam, por não aceitarem mais o aterro na vizinhança.

A tecnologia em implantação na cidade de Lorena quer industrializar o lixo doméstico, praticamente dispensando o aterro. Retirado o material reciclável (tudo aquilo que é diferente de biomassa), lida-se com o restante. Por isso, o programa de implantação dessa tecnologia chama-se BEM: “b” de biomassa como matéria-prima; “e” de energia como elemento final, que é o grande objetivo; e o “m” de material, exatamente o meio para obter isso.

As biomassas provêm de inúmeras fontes: do reflorestamento florestal; da usina de cana-de-açúcar; da casca de arroz e também do lixo doméstico, que tem o índice de biomassa correspondente a 60%.

Portanto é boa fonte de biomassa para essa tecnologia. Desses 60%, produzem-se dois elementos fundamentais: furfural, na parte líquida e celulignina, na parte sólida. O furfural é um álcool muito caro, avaliado hoje no mercado em torno de US\$ 1,8 mil por tonelada. A celulignina é um pó combustível para ser queimado em turbina a gás, em turbinas de

avião a jato, para produzir energia. Podemos produzir energia elétrica a 1/3 do custo que pagamos.

Para a cidade de São Paulo, por exemplo, uma usina dessas custaria algo em torno de US\$ 100 milhões. Só que a usina faturaria por ano – sem poluir absolutamente nada e não crescendo também, porque ela não cresce, ela se industrializa – US\$ 400 milhões.

Quem desenvolveu essa tecnologia foi uma empresa que pertence a um grupo bastante forte, dono de petroquímica, banco e agropecuária. Esse grupo fatura algo em torno de US\$ 1 bilhão por ano. Já possui uma planta-piloto funcionando em Lorena. Provavelmente em novembro do ano que vem, essa usina deverá estar funcionando. No primeiro momento, para o lixo. Depois, na seqüência, vai haver a parte da termoelétrica. Num cálculo muito superficial, o lixo da cidade de São Paulo gera algo em torno de 3,3 mil megawatts de energia, capaz de abastecer uma cidade com mais de 3,5 milhões de habitantes.

Com isso coloco a pergunta ao doutor Quitério: Que fazer para essa tecnologia chegar à Prefeitura de São Paulo? Pergunto isso porque já transitei pela Secretaria do Meio Ambiente, pela Secretaria de Obras, pela assessoria direta da prefeita Marta Suplicy e pela Limpurb.

[LUIZ ANTÔNIO DIAS QUITÉRIO]

O caminho para fazer essa tecnologia chegar à Prefeitura de São Paulo é o mesmo que você percorreu.

A Secretaria do Meio Ambiente do Município é o órgão licenciador das alternativas dadas ao destino final e tratamento do lixo. A responsável por deliberar sobre a tecnologia a ser empregada para tratamento dos detritos em São Paulo é a Limpurb. Evidentemente existe necessidade de diálogo entre os dois órgãos, porque vamos licenciar a tecnologia escolhida pela Limpurb – e esse licenciamento é prévio. Ninguém licencia alguma coisa depois que compra. Uma vez comprada a tecnologia, o dano já aconteceu.

Mas na sua fala há algo um pouco paradoxal.

A produção do lixo tem origem no consumo. A professora Helena apresentou, embora de maneira rápida, uma idéia do que significa a comparação do consumo de energia por um americano médio, em relação a 900 habitantes do Nepal. Também, em uma Mesa que aconteceu na Câmara Municipal de São Paulo, o jornalista Washington Novaes mostrou, com números bem claros, que se o consumo médio de um americano for

adotado por metade da população da terra, o planeta não teria recursos naturais suficientes para sustentá-lo.

Portanto as alternativas que se colocam hoje de aproveitamento do lixo estão fundamentalmente calcadas num paradoxo: ninguém vai conseguir produzir menos lixo do que se produz hoje, porque ninguém vai conseguir consumir menos do que se consome hoje. Pelo contrário: quanto mais consumirmos, mais felicidade teremos. Precisamos “ter” para “ser”.

Se partirmos dessa visão, de que não vamos conseguir consumir menos do que hoje, até do contrário (vamos aumentar a renda da população para colocá-la cada vez mais no consumo), tenho certeza de que, cedo ou tarde, essa tecnologia vai ser implantada, seja em São Paulo, seja em Lorena ou em outros lugares.

A questão hoje – e isso não é só no Brasil, na Europa, pelo menos em alguns países do Norte, já está bem claro – é que não se deve consumir tanto como se consome. O planeta não suporta. Quando se fala em lixo, no Brasil, ainda se apresenta a pergunta: onde se vai pôr tanto lixo? Na Europa a idéia é: para que tanto lixo? Quer dizer: para que tanto consumo?

Essa questão é fundamental: ou adotamos políticas visando paulatinamente à minimização da produção do resíduo, por meio das alternativas que vão desde as tecnológicas até fundamentalmente as educacionais e culturais, ou investimos na noção de que não é possível consumir menos. Se esta última for a nossa posição, então, ou deveremos arrumar lugar para enterrar o lixo – o participante bem lembrou, contamos só com dois aterros funcionando em São Paulo: o Bandeirantes próximo do esgotamento, e o São João, no Sudeste, já se encaminhando para o fim, ou teremos de descobrir o que fazer com aquele resíduo.

A alternativa que você colocou é apenas uma delas. Temos conhecimento de outras tantas que vão produzir energia, produzir biomassa, produzir energia a partir da biomassa, etc.

O que me interessa é a produção do lixo. É necessário continuar consumindo nessa intensidade? Desejamos que o brasileiro seja o americano médio? Se quisermos isso, vamos ter de olhar para a Amazônia, conforme o professor Franklin apresentou, como área habitada em processo de intrusão e, portanto, de extinção das populações tradicionais, muito mais rápido do que imaginamos. Se todo brasileiro gastar como o americano médio, vamos tomar conta dos recursos naturais que restam no nosso país, como os americanos fizeram com os recursos naturais deles.

[PLENÁRIO]

Sou de Santos. Primeiramente gostaria de dirigir-me ao participante que mencionou o grupo Boticário. No bairro Bacacheri, em Curitiba, há um grupo do templo da Antiga e Mística Ordem Rosae Crucis (Amorc), onde pensamos exatamente como o senhor falou: o que atualmente possuímos não nos pertence. É temporário. Devemos zelar pelo meio ambiente, a fim de que seja preservado para o futuro e garantido às próximas gerações.

Quando o professor Franklin fala que há pouca vigilância quanto aos desmatamentos e outras depredações do meio ambiente, se falarmos da Amazônia, realmente fica difícil, pela extensão do território. Em São Paulo, entretanto, o Ministério Público é realmente ativo, faz um trabalho muito efetivo, e até “chato” – “pega muito no pé” de quem está subordinado a ele.

Também se impede que se tirem as areias dos rios para a construção civil. Por outro lado, desnecessariamente, o Ministério Público pede processamento criminal de famílias que desmatam 0,063 hectares de terra para erguer sua casinha, construir o seu galinheiro e o seu chiqueiro para a sobrevivência. Isso é justo?

[FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA]

Apesar de concordar com as diligências do Ministério Público, não posso deixar de insistir que não só no caso do Brasil, como nos países da África e os periféricos em geral, é notória a conivência dos governos e da comunidade científica com a depredação da biodiversidade. Há interesses mercantis poderosos, que certamente têm muito mais poder do que aquele sujeito impedido de construir a sua casinha e o seu galinheiro.

Essas megacorporações que exploram não só a biodiversidade, mas violentam a própria estrutura molecular da floresta na busca de informações e de patenteamento, com vistas a futuros processos industriais, têm atrás de si a mais explícita conivência dos órgãos públicos.

A diligência é mostrada em relação ao evento pequeno, ao microevento. Quanto aos verdadeiros interesses predatórios de caráter global, esses evidentemente não são tocados, porque o poder por trás disso é enorme. É até maior do que os próprios países: não há governo do terceiro mundo que consiga enfrentar qualquer corporação média do Hemisfério Norte. Esse caráter meio de “fantoche” dos governos do terceiro mundo – infelizmente é o que temos –, em relação à megadiversidade, faz com que ouçamos sempre o discurso de soberania e, na prática, total subserviência e conivência.

[PLENÁRIO]

Sou físico e especialista em controle de poluição sonora e ruídos urbanos.

A professora Helena falou sobre políticas públicas em saúde versus meio ambiente e expôs dados interessantes.

Antigamente, num discurso um pouco mais acadêmico, erudito, conhecia-se o grau da tragédia dos povos em função do que eles externavam na ópera. Hoje a tragédia de cada povo talvez se expresse em seu grau de civilidade.

A questão do meio ambiente, da qualidade de vida, que é igual a qualidade do ambiente, talvez nos dêem o indicativo desse grau de civilidade.

Por exemplo, no centro de uma cidade de porte e de importância no norte do país, depara-se com muitos urubus. Há esgoto a céu aberto. O povo possui cultura interessante – porque tem ainda muito da cultura indígena –, artesanato muito bonito. Essa sofisticação da simplicidade talvez tenha mais profundidade do que o “eruditismo” da urbanidade.

É cabível, professora Helena, tentarmos entender certo grau de civilidade por meio de questões de qualidade de ambiente, tanto no sentido de administração, como de políticas de exploração ou, como o professor Franklin falou, da mercantilização do meio ambiente?

Isso nos lembra o filósofo Noam Chomsky, Prêmio Nobel, quando fala da América do Clinton e do Bush. Precisamos de um Brasil mais ou menos na linha do que disse o professor Franklin; fazer algo em termos de meio ambiente, nossas *commodities* em termos mundiais, e ver até que ponto nossa civilização brasileira pode ser considerada mais ou menos civilizada em termos do que encontramos em qualidade de ambiente.

[HELENA RIBEIRO SOBRAL]

Realmente nos países mais desenvolvidos, principalmente na Europa, a qualidade de vida hoje em dia é muito mais identificada com ambiente do que com posse de bens de consumo – indicadores sociais utilizados até a década de 80. Se quiséssemos avaliar a qualidade de vida de um grupo, procurávamos levantar se ele tinha liquidificador, máquina de lavar, carros, enfim, bens de consumo duráveis. Hoje em dia isso está deixando de existir.

Há países nórdicos, por exemplo, onde voluntariamente as pessoas optam por não ter carro, ou têm um carro no condomínio, no quarteirão, e o usam quando precisam. Optam por não comprar roupas novas, não

seguir a moda. Exatamente para garantir a qualidade do meio ambiente, a partir da idéia de que excesso de consumo leva a degradação do todo.

Cito duas idéias interessantes.

Já na década de 70 aparece um livro do Celso Furtado que se chama *O Mito do Desenvolvimento Econômico*, em que ele aponta a questão do consumo do norte-americano médio, baseado no relatório do Clube de Roma, que mostrava que o mundo seria inviável se a população continuasse crescendo daquele jeito e os padrões de consumo se fixassem.

Esse mito do desenvolvimento econômico servia mais como uma espécie de “farol” que iluminava aqueles países desenvolvidos e fazia com que eles trabalhassem bastante para, quem sabe um dia, chegarem lá. Hoje em dia todas as teorias de desenvolvimento, que carregam em seu bojo a idéia da sustentabilidade, já levam em consideração ser totalmente impraticável se ter no planeta o mesmo padrão de desenvolvimento do norte-americano.

O que fazer? Pregar para as pessoas ficarem satisfeitas com a sua casinha ou com o seu subconsumo, para outros continuarem consumindo como estão?

Não. A idéia é que haja mudança paradigmática em todos os grupos: os mais ricos optando por não consumir tanto, e os mais pobres, contando com direito a um consumo que lhes garanta vida digna. Para isso é preciso mudar a dinâmica econômica, os padrões, e ter a ética como pano de fundo.

Há um filósofo que trata dessas questões, Edgar Morin. Sua visão, embora no início muito pessimista, aponta para algum otimismo. No seu texto *Agonia Planetária*, em que discute a globalização, fala que essa crise ambiental talvez leve a nova solidariedade universal e que por intermédio dela se consiga chegar ao caminho da paz e da solidariedade, pelo fato de o destino de nós todos, habitantes do planeta, estar de certa maneira interligado.

Como o colega citou, isso ainda não é presente no conhecimento das populações, do conhecimento escolar. Mas é idéia que está sendo bastante difundida, sobretudo entre os jovens.

[PLENÁRIO]

Sou advogada por formação e assessora o diretor geral do Instituto Florestal de São Paulo, da Secretaria do Meio Ambiente, na Gestão de Unidades de Conservação. O que podemos trazer e levar durante um evento como este?

Dirijo-me ao doutor Franklin. Falar sobre meio ambiente é comple-

xo. Não podemos deixar de abordar cidadania, desenvolvimento, subserviência ao capital estrangeiro, falta de políticas públicas, etc.

A integração dos órgãos públicos também é bem complicada. Há muito choque entre eles. A título de exemplo, vou citar um fato: poucos anos atrás, a Secretaria de Segurança licitava uma cadeia na Praia Grande ou São Vicente, sem consultar a Secretaria do Meio Ambiente. A empresa concessionária foi processada, bem como a Secretaria da Segurança, por “conflito de gestão”. Como advogada que sou, senti falta de uma “pitadinha” de norma, durante a discussão.

Além disso, sou do órgão da Gestão das Unidades de Conservação, como a Juréia e o Parque da Serra do Mar, que são de proteção integral, onde a biodiversidade deve ser conservada ao máximo.

Temos até um livro lançado há uns dois anos, que se chama *Conhecer para Conservar*. Entendemos que é muito difícil fazer alguém entender o “porquê” de conservar, sem que conheça o que está conservando. Vejam: às vezes, ao tentar lidar com vegetal ou animal de determinado ecossistema, pode-se desequilibrar totalmente esse ecossistema.

Ao doutor Quitério, gostaria de apresentar uma objeção, a partir do que se falou de exercício de cidadania e do caso da Shell. O TAC, que pode ser feito desde o início do procedimento, no Ministério Público até a ação civil, tende realmente a separar a questão ambiental da Saúde. Até porque, em direito ambiental, existe o princípio da “precaução”: ao estancar o problema que está causando, ele pára de causar o mal e isto, ninguém discute, está totalmente vinculado à questão da saúde. Só que o âmbito das pessoas contaminadas envolve mais o conceito de “cidadania”.

É preciso que o promotor e o juiz, ao julgar ou acusar alguém, tenham base técnico-científica. São homens do Direito. Logo, é preciso que haja laudos médicos e perícias, para constatar até onde os indivíduos foram afetados. Deveria constar do TAC, resolveria a questão ambiental. No entanto, isso não exime de que a questão da saúde que foi afetada continue em processo específico.

Estamos no meio de médicos. Quando os consultamos, já ouvimos algo como: “Seu problema pode ter várias causas!”. É, pois, importante que a causa que tenha chegado a provocar tais males seja aquela advinda, para que o juiz possa ter armas e possa fazer justiça.

Para a professora Helena, queria perguntar uma coisa interessante sobre o consumo.

Um economista norte-americano escrevia claramente em seu livro que o nosso sonho de consumo é ilimitado. Pode-se querer uma casa na praia, um apartamento em Paris ou no Japão, mas, para sobreviver, pode-se definir o limite das nossas necessidades.

O que a senhora acha da maneira de consumir? Por que tantas embalagens descartáveis, tantos produtos similares desnecessários? Um corte nisso seria limitar o direito de escolha do cidadão? Em prol do meio ambiente, que é direito coletivo?

Queria acrescentar mais uma ponta de norma jurídica. “Todos têm o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum e essencial à sadia qualidade de vida...” (Entendo *todos* como *todos os seres vivos*, não só o ser humano, porque no dia em que os outros seres vivos se extinguirem, o ser humano também estará extinto.). É direito fundamental do mesmo jeito. Só que não está no artigo 5º de nossa Constituição, porque é coletivo. O artigo 5º diz respeito a cada um de nós. Entretanto, no artigo 225, que é um capítulo do meio ambiente, trata-se de direito coletivo.

[MARCO SEGRE]

A senhora fez pergunta para cada um dos palestrantes e isso vai ao encontro do meu propósito: dar a palavra a cada um deles no encerramento.

[FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA]

Para manifestar minha concordância quanto à relação entre conhecimento e manejo, darei testemunho de episódio recente sobre a exploração da floresta na Amazônia, no qual as informações eram passadas para a população por meio de assessores norte-americanos que trabalhavam lá e do pessoal das empreiteiras. Eles reuniam a população autóctone e faziam preleções acerca do manejo. É algo como colocar a raposa para vigiar o galinheiro.

Alguém, ouvindo isso meio por acaso, ficou estarecido com o tipo de informação que se passava e denunciou. Realmente, dependendo do tipo de dados que são passados com a intenção de justificar e de dar a base para essa intervenção, podem-se causar danos irreversíveis.

Sem dúvida, em todos os níveis, a educação ambiental é de extrema importância. Enquanto não houver isso, qualquer outro tipo de medida será sempre paliativo. E nesse caso, muito mais fácil de se fazer, porque

quando se lida com populações que já tenham contato direto com a terra e que tenham tradição e sabedoria anterior de convivência harmônica, é muito mais fácil introduzir alguma espécie de técnica que minimamente leve a racionalização daquilo, sem violentar qualquer costume, tradição, etc. Basta seguir o comportamento que aquelas pessoas por gerações foram levadas a adotar. É muito mais fácil do que, por exemplo, ensinar educação ambiental às crianças de cidade grande.

[HELENA RIBEIRO SOBRAL]

Termino falando da questão do consumo, objeto da pergunta.

Nas próprias comunidades já há reação a essa homogeneização do consumo e a uma homogeneização cultural que vem de modelo norte-americano. Alguns filósofos falam da *mcdonaldização* do mundo e da reação a ela.

O McDonald's está entrando em crise em alguns países – não é o nosso caso. Não só o McDonald's, mas o tipo de turismo de massa, em que as pessoas viajam quase sem sair do lugar, indo para hotéis semelhantes, em ônibus climatizados, etc. Os turistas buscam o diferente, o turismo ecológico; histórico; cultural, etc. As diferenças culturais começam a ser valorizadas.

No seio de grupos humanos, vê-se reação até violenta contra essa homogeneização da cultura, processo que Morin chamou de *balcanização do planeta*. Cada grupo étnico rebela-se e quer formar nação, como tem acontecido em alguns pontos da Europa ou do Oriente Médio. Talvez não seja o melhor escopo desta auto-afirmação violenta. Mas a reafirmação, que está acontecendo, das diferentes culturas, é ponto muito importante. Rodolfo Stavenhagen, antropólogo mexicano, fala muito da etnodiversidade que deve ser mantida: cada grupo com seu padrão de consumo; suas preferências culinárias; suas danças; músicas, etc. Está havendo valorização grande desses aspectos, correspondendo a um dos horizontes que se abre.

[LUIZ ANTÔNIO DIAS QUITÉRIO]

Nossa colega falou em separar a questão do ambiente da questão da saúde no TAC. Nossa tentativa vai em sentido contrário: incluir o elemento saúde dentro de instrumento usualmente utilizado para assuntos ambientais. Não tenho condições técnicas ou de conhecimento para alongar-me muito no que a senhora colocou, pois é questão jurídica e não questão da minha área. Mas há algo que disse e que tem de ser usado com

cautela: o princípio da precaução, que deve estar associado diretamente a outra questão, que é a incerteza.

Existem três tipos de incerteza: técnica; metodológica e epistemológica. A incerteza técnica ocorre quando não se consegue dizer alguma coisa acerca do bem ou do mal de determinado evento ou produto, porque não se domina ainda suficientemente a técnica. Com a metodológica ocorre o mesmo. Porém, tanto a certeza técnica como a metodológica você compra, porque ela não está disponível “aqui”, mas está disponível “lá”.

Quando me debruço num caso como o da Shell, não há incerteza e, sim, falta de dinheiro para saber o tamanho do dano. O que se quer fazer é que a Shell pague para descobrir o tamanho da contaminação que atingiu as pessoas; que supere as incertezas provocadas pela ausência de técnica e de metodologia, porque não temos dinheiro para fazer isso, não temos dinheiro para comprá-las.

O princípio de precaução, no entanto, é para ser usado na outra incerteza: a epistemológica, que é quando não se tem ciência que consiga analisar o impacto que algo provoca – como é o caso dos organismos transgênicos, não há ciência capaz de prever o que isso pode causar –; então se adota a precaução. É preciso tomar um pouco de cuidado para não banalizar o princípio da precaução. Nosso entendimento é que, no caso apresentado, as incertezas podem transformar-se em certezas, pois existem técnicas e metodologias suficientemente desenvolvidas para avaliar a magnitude e as implicações do problema. Então quem provocou o dano vai pagar para descobrir o que aconteceu. É nessa perspectiva que estamos acoplando a questão da saúde na história da Shell.