

Crise na Bioética: decadência e ressurreição

Manoel Antonio Albuquerque

A crise atual da Bioética mostra um declínio e um renascimento. O artigo discorre sobre a possibilidade, as dificuldades, os recursos e as vitórias da formação de uma ética científica. Resume os critérios e procedimentos necessários.



Manoel Antonio Albuquerque

Ex-presidente da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL), da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) e da Academia Sul Rio-Grandense de Medicina

Unitermos:

Capacidade jurídica, consentimento informado, autonomia

A crise atual da ética, tanto nas ciências biológicas como em toda a conduta humana, tem duas tendências opostas: demonstra grande falência e promissores indicadores de recuperação. Confiamos que o melhor seja a substituição das bases dogmáticas pelas científicas.

Aristóteles escreveu, dentre muitas obras fundamentais, um livro sobre física e outro sobre ética. Dois mil anos depois, o de ética figura nos grandes cursos e na melhor literatura; o de física, imaginem ...

Por que esta diferença de progresso de dois ramos da cultura humana? Dentre muitas explicações, resumimos as principais: a) as "leis" da física seriam mais simples, uniformes e verificáveis, os conceitos e as palavras mais confiáveis, intercambiáveis; b) os físicos, quando querem influir sobre os fenômenos, se valem escrupulosamente das leis que descobriram nos mesmos ou em similares; c) os éticos pretendem ir mais longe: avaliar, julgar, modificar as leis que descobrem. Não satisfeitos em descobrir o que a sociedade "acha certo", querem "achar o que a sociedade, ou determinada cultura, deveria achar".

Sob outro ângulo, poderíamos falar em dificuldades

metodológicas, perturbando o avanço da ciência que nos ocupa: 1- A imprecisão e variabilidade dos conceitos; 2- A constante evolução e transformação dos fenômenos a observar; 3- A dificuldade na obtenção de dados confiáveis; 4- A variabilidade nos meios de comunicação entre observadores; 5- Grandes interesses, explícitos e ocultos, influem na pesquisa; 6- O comprometimento pessoal dos investigadores.

A transformação do mundo na chamada "aldeia global" e a comunicação eletrônica instantânea colocou em confronto todas as "morais", e religiões que as "inspiravam" e fiscalizavam, lançando dúvidas e desmoralização sobre todas. Hoje, os entendidos chegam a afirmar que "não há meio objetivamente válido de preferir entre crenças, valores e juízos básicos, conflitantes, entre pessoas e culturas".

Para sair desse caos mais aparente do que real, se percebe que há denominadores comuns e amplas áreas de acordo geral, e que a distinção entre "certo" e "errado" depende "da opinião da maioria da sociedade, em seu tempo e circunstâncias".

No momento atual, a ética se revitaliza, entra nas preocupações universais. Faz pouco, a ética – teoria da moral – era ocupação exclusiva de filósofos e teólogos, que achavam que os problemas éticos não eram abordáveis com as ferramentas da lógica e da ciência.

Essa situação mudou nos últimos anos: cientistas e filósofos começaram a interessar-se pela ética. Passou-se a considerar o discurso ético como sujeito digno de análise lingüística

(sintática, semântica e pragmática) e também metodológica. Não há motivo para deixar que os parâmetros da conduta social constituam monopólio de mentes ilógicas e anticientíficas.

Oscilando de um extremo a outro, as sociedades contemporâneas cultivam dois discursos aparentemente contraditórios: a revitalização da moral e sua decadência, ilustrada no aumento da delinqüência, nos guetos onde reina a violência, a droga, o analfabetismo, a nova grande pobreza, a proliferação dos delitos financeiros, os progressos da corrupção na vida política e econômica. Agora, a imprensa difunde amplamente e comenta, transformando a Bioética em assunto da sociedade.

"Um ideal agrupa os espíritos e reanima o coração das democracias ocidentais neste final de milênio: a ética" (Lipovetsky). Depois de uma dezena de anos, o efeito ético segue ganhando força, invade os meios de comunicação, alimenta a reflexão filosófica, jurídica e deontológica, gerando instituições, aspirações e práticas coletivas inéditas.

A revitalização dos valores e o espírito de responsabilidade estão evoluindo para serem o imperativo número um da época. Os laços entre estes dois pólos não faltam, já que a efervescência ética pode ser interpretada como reação à decrepitude dos comportamentos, como recuperação das consciências confrontadas com a engrenagem da irresponsabilidade liberal e individualista.

Nossa época não restabelece o reino da 'antiga e boa moral', mas 'se livra dela'.

O movimento pela nova ética leva a que se deixe de considerar a ética como um mostruário de opiniões, arbitrariedades e utopias de pensadores ilustres, e se passe a construir uma ética científica.

Para ser científica, atual, eficaz, a ética deve perguntar: o que há de certo, justificado, contra o modo científico de pensar e agir? Estarão os códigos morais vigentes superados por avanços no conhecimento? Como estão as relações, de fato e de direito, entre a ciência e a ética? O que dizer das acusações de que a ciência se tornou imoral e que a moral é ignara?

É verdade que a ciência é amoral e a moral não pode ser científica? Este é o tema mais atual.

A verdade, contudo, nos impõe a segurança de que o limite entre o científico e o não-científico está na maneira de pensar, na segurança dos raciocínios sobre métodos e planejamento da pesquisa, no escrúpulo quando da verificação dos achados, processamento dos dados obtidos e validação das conclusões.

"Colocando em termos de máxima concisão, Ciência é o empreendimento organizado sistemático de obter conhecimento sobre o mundo e condensar o conhecimento em leis e princípios testáveis" (Wilson EO. *Integrated...*, 1998).

Mais adiante, o mesmo Wilson resume os traços definidores das ciências em geral: a) a confirmação das descobertas e sustentação das hipóteses pela repetição por investigadores

independentes, de preferência com testes e análises diferentes; b) mensuração: a descrição quantitativa dos fenômenos em escalas universalmente aceitas; c) economia de raciocínio, pela qual a maior quantidade de informação é abstraída em uma forma simples e concisa, que pode ser desdobrada para recrear detalhes; d) heurística: a abertura de avenidas para novas descobertas e interpretações; e) finalmente, a consciência, intercambiável explicação causal em disciplinas diversas.

Com a atualidade dos temas ligados à impunidade, convém trazer algo sobre o castigo e seus efeitos.

Quando há sentimento de culpa, a autoridade pode fazer o que os pais chamariam de "chantagem emocional", explorando o medo de ser afastado do convívio, reprovado, não-amado. Há muito desejo de "confissões expiatórias", na busca do caminho do perdão.

A identificação com o agressor pode causar denúncias e traições. Animais punidos logo antes de comer o alimento proibido resistiram mais do que os punidos imediatamente depois. A fome evocava o castigo e produzia a fuga. Qual a vivência mais associada à ansiedade: "estou em vias de roubar" ou "roubei"?

No mundo atual, gasta-se mais energia pedindo castigo para o criminoso do que para a reparação da vítima.

Vejamos agora a tarefa hercúlea e promissora dos que idealizam, constroem e verificam a nova ética científica.

Qualquer ato humano deve ser julgado, com promessa de prêmio ou castigo, durante a vida do autor, pois a morte extingue a punibilidade. Os critérios podem ser esquematizados dentro dos seguintes princípios, também sujeitos à investigação científica:

I- Critério da universalização - como exemplo, temos Kant, que propôs: "agir apenas de acordo com a máxima que se possa desejar transformar em lei universal". Noutras palavras: "não devo furto porque, se todos o fizerem, nem poderei guardar o fruto de meu furto".

Há quem se oponha a leis gerais para atos sempre particularíssimos e irrepetíveis. Os atos, entretanto, não diferem em tudo, guardam semelhanças e coincidências, mesmo em facetas relevantes, essenciais, que permitem aproximar, comparar, classificar e regulamentar. Se assim não fosse, uma geração nada aprenderia das anteriores, estando condenada ao eterno recomeço.

As regras, entretanto, são vivas, nascem, disputam prioridade, sofrem a seleção natural. Sobrevivem e se fortalecem as que parecem levar aos resultados desejados e experimentados como satisfatórios. Morrem as que não o conseguem.

Na história das culturas, moral é gerada no ventre dos problemas. A ética nasce e se desenvolve como resposta e tentativa de solução das dificuldades práticas mais prevalentes. As condutas pessoais e sociais são pensadas, praticadas ou substituídas e tudo passa à memória cultu-

ral para eventos similares futuros. A evolução ocorre quando uma regra cede lugar à outra;

II- Critério da utilidade ou da beneficência - pode ser formulado como a busca da maior proporção possível de bem em relação ao mal, ou a menor proporção de mal em relação ao bem, para o maior número de pessoas e grupos, pelo maior tempo.

A obrigação maior dos homens seria, portanto, elevar a soma de bem no mundo, em relação ao mal;

III- Critério da justiça - é indispensável distribuir o bem e o mal com justiça. Como a lei da igualdade não é "tratamento igual para todos, mas desigual para os desiguais, na medida em que se desiguam", avulta a necessidade de critérios de distribuição de bens e males, passando da justiça "distributiva" para a "retributiva".

Quais méritos e virtudes justificam a desigualdade da distribuição? Inteligência, trabalho, honestidade, doença, riqueza, posição social, raça, amizade...? Mesmo a máxima irrefutável de Marx - "A cada um conforme suas necessidades e de cada um conforme suas capacidades" - pode ser de difícil aplicação social. O que pensar do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) ou, mesmo, das diferenças entre camadas sociais?

A maioria das normas foram inculcadas pela educação, geradas em fatos passados onde pensamentos, desejos e crenças levaram a decisões ignorando o que sucede agora.

A comunidade admira quem se conduz por moral intrapsíquica e despreza quem se submete a comandos externos. Nem sempre a moralidade de um indivíduo corresponde aos interesses e mesmo direitos dele e dos seus. Como a língua, o Estado e a religião, a ética precede ao indivíduo e tem origem e funções sociais diversas do que ele sabe ou quer.

Mesmo assim, toda a noção de moral pressupõe um sentimento comum a toda a cultura que recomenda certos atos à aprovação geral e condena outros, de forma superior a pessoas, grupos e gerações. De certa maneira, se pode imaginar que o egoísmo é considerado, na maioria das culturas, como a essência da imoralidade, pois a ética contrapõe interesses individuais e coletivos, imediatos e duradouros. A adoção de um caminho moral pode levar a sacrifícios e fazer com que a pessoa, no sentido "não-moral", tenha uma vida menos boa. Por vezes, a preocupação maior é com o cultivo de certas qualidades, como honestidade, escrúpulo, bondade, temperança, etc. Por vezes, importa mais "ser do que fazer";

IV- Princípio da liberdade - toda a moralidade exige liberdade de quem age e é julgado. As ações humanas, suas decisões e execuções não obedecem a causas necessárias e suficientes, mas a fatores, radicados dentro e fora do homem, no passado, no presente e no futuro, que as tornam mais prováveis. O observador também deve ser livre, bem informado, imparcial e disposto a universalizar.

O erro é admitido desde que o autor possa:

a) não ter percebido todos os dados relevantes da ação; b) enganar-se, honestamente, sobre o que era seu dever; c) o cumprimento do dever acarretaria sofrimento intolerável.

No entanto, é importante evitar exageros, reconhecendo que a moralidade é feita para o homem, e não o homem para a moralidade.

Generalidades

A aplicação destes critérios básicos requer exame do contexto, começando pela situação universal neste alvorecer de milênio até características fundamentais do trabalho dos profissionais de saúde, especialmente o médico e, em particular, o psiquiatra. Todos somos inteiramente dedicados à saúde da humanidade. A remuneração, financeira ou não, é consequência, não condição. Retribui-se o serviço, não o resultado.

Recentemente, pelos interesses das seguradoras de responsabilidade civil, gerando a "medicina defensiva", passou-se a considerar nossa profissão como "de resultados", aplicando-se a ela o código do consumidor – condição a que foram delegados os pacientes e suas famílias.

A dignidade e a honra da profissão constituem direito tanto dos que a praticam como dos que precisam de seus serviços e de confiar neles. Selecionar o ingresso na profissão, fiscalizar a atividade dos participantes e excluir os indignos, depurando os quadros profissionais, é obrigação coletiva indelegável mas não deve tropeçar em raciocínios e práticas corporativistas.

Não são raras obrigações conflitantes, onde direitos e deveres se contrapõem, entre si e com outros, inclusive de outras pessoas, físicas e jurídicas. Pode haver conflito entre a lei, a moral, o interesse, a força, a ciência, a administração, etc.

Em todos os casos, é mister sopesar a importância relativa, as circunstâncias e a urgência de cada exigência, como um verdadeiro paralelogramo de forças.

Talvez seja a dificuldade destes raciocínios e decisões que explique a preferência de muitas pessoas pelo princípio da obediência, que transfere a responsabilidade para leis, instituições ou autoridades.

O trabalho a regulamentar

I- O objetivo primordial e básico dos médicos brasileiros, individual e coletivamente, é o pleno exercício da Medicina em benefício do País, do presente e do futuro.

II- Todas as atividades médicas visam precisamente promover, conservar e recuperar a saúde das pessoas e das coletividades.

III- O fim, portanto, a ser buscado consiste em proporcionar ao maior número possível de brasileiros, de hoje e de amanhã, o máximo possível de bem-estar físico, mental e social.

IV- A obrigação da classe médica de dar o melhor de si para a realização desta finalidade não

exclui o dever de proclamar que a mesma não depende exclusivamente dos médicos. Exige decisões, esforços e sacrifícios de todos os responsáveis pelos destinos nacionais.

V- Sem fugir à sua responsabilidade, e até no exercício dela, a classe médica deve exigir que os méritos pelas conquistas e a condenação pelos fracassos recaiam sobre os verdadeiros responsáveis, para julgamento futuro.

VI- A saúde é muito mal distribuída, tanto sob o ponto de vista geográfico como pelas diversas camadas socioeconômicas da população.

VII- Os recursos, materiais e humanos, são muito inferiores às necessidades e à demanda tanto pela insuficiência de renda *per capita* do brasileiro como pela aplicação noutros setores improdutivos e, ainda, por falta de planejamento unitário e desperdícios na execução.

VIII- Todos os planejamentos, orientações e execuções de assistência médica devem ser feitos com a participação efetiva e decisiva de médicos, e estes devem pautar suas decisões pelos preceitos técnico-científicos, éticos e associativos.

IX- O ônus financeiro da assistência médica não pode recair sobre os profissionais da medicina, mas ser distribuído eqüitativamente, de acordo com a capacidade aquisitiva, sobre todo o povo, porque a medicina é uma profissão e não uma atividade caritativa.

X- O trabalho médico deve beneficiar apenas a quem o recebe e a quem presta e a doença

não pode, jamais, ser um bom negócio para ninguém, mesmo que os lucros sejam políticos ou eleitorais. A única forma de intermediação admissível é a do Poder Público, através do seguro-saúde obrigatório.

XI- A pessoa do médico é fator essencial mas não exclusivo da assistência médica que exige pessoal paramédico, estruturas administrativas, instalações, equipamentos e produtos farmacêuticos.

XII- A formação de novos médicos, sem prejuízo do objetivo maior que é o aprimoramento dos padrões técnicos, científicos e morais, deve regular-se pelas efetivas necessidades e demanda e não pelas pressões de candidatos a vestibulares ou magistério, ou pelos interesses locais, políticos ou financeiros, de fundação de novas universidades. Antes de fazer novos investimentos na formação de médicos, é preciso assegurar trabalho útil e remunerado aos já formados, para evitar o desperdício de manter na inatividade, na busca de emprego, os que já têm condições para prestar os serviços necessários.

XIII- Que este emprego seja conseguido em função da habilitação profissional, independentemente de qualquer influência, compromisso ou condição pessoal, política, religiosa, ideológica ou racial.

Os autores

Há milênios, o médico integra os papéis de cientista, sacerdote e líder social:

a) A ciência cresceu mais do que nunca, fez progressos tão surpreendentes que o público se acostumou a esperar milagres dos médicos e decepcionar-se quando não os tem. A mídia exagera tanto os sucessos como os fracassos;

b) As religiões, comparadas, na mídia globalizada, se desmoralizaram mutuamente. Com elas perdeu prestígio também a Ética e a Medicina. Surgiram as medicinas "alternativas", ou melhor, "alternativas à Medicina", com engodos de toda a sorte, imitando os procedimentos médicos;

c) As lideranças sociais e políticas também decaíram, levando a categoria médica em sua *débaclê*. Mesmo assim, os médicos ainda desfrutam de prestígio universal, superior a políticos, juízes, policiais, empresários e muitas outras categorias.

Em síntese: é decisivo saber o que é e como funciona o grupo de profissionais de saúde, suas inserções sociais, os papéis do grupo e de seus integrantes, relações com demais grupos.

Mudanças no trabalho

A informatização, tanto para registro de informação e seu processamento como para prontuários e uso pessoal, impôs mudanças que ainda estão no início mas terão grandes conseqüências.

1- O trabalho em equipe, com psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e tantos outros trabalhadores da saúde mental, obrigaram o

psiquiatra a sair de sua torre de marfim e aprender a trabalhar cooperativamente.

2- O ingresso das mulheres na medicina e na psiquiatria surgiu aos poucos mas de forma crescente e grande influência.

3- Os movimentos sociais de nossos dias também tiveram grande impacto na prática da especialidade. A violência generalizada nos fez pensar e os formadores de opinião, líderes e jornalistas nos cobram explicações e soluções. Os papéis sexuais, na sua evolução atual, influíram até onde não seria de esperar: DSM-III-R e CID-10.

4- O diagnóstico e tratamento das drogadependências adquiriram importância inédita, que não pára de crescer.

5- As universidades, sociedades psiquiátricas e hospitais tem-se preocupado crescentemente com a formação de especialistas, mestres e doutores na área.

6- O número de pesquisas e publicações também tem crescido, embora não na mesma proporção nem de forma a distinguir o Brasil no cenário internacional.

7- A Ética, no âmbito das ciências da saúde mental, também tem sofrido impactos e progressos. Os fichários informatizados, a assistência massificada, os exames invasivos, as esperanças do público no progresso da Ciência e o número maior de praticantes da especialidade estão produzindo mudanças cujos resultados ainda não foram analisados.

Contexto do trabalho

A – Universo

Vejamos também algumas características do mundo atual que influem diretamente na saúde, sua produção, manutenção e recuperação:

Maior esperança de vida (mas não para todos).

Melhor qualidade de vida para privilegiados e maiores privações para grandes populações (o psiquiatra é um interlocutor privilegiado de ambas as populações: conhece com mais realismo, sofre mais e se sente mais impotente).

Poderoso impulso das telecomunicações.

Nova atenção ao ambiente.

Renascimento das artes e dos esportes, inclusive em grandes espetáculos.

Liderança crescente das mulheres.

Era da Biologia: clones, genética na produção agrícola e industrial.

Grandes progressos médicos, neurológicos, psicofarmacológicos e psiquiátricos. Infelizmente, ainda confunde *hard* com *software*.

Maior acesso das populações aos cuidados de saúde. Distribuição com critérios alheios às necessidades (região, posses, proteção, etc.).

A Psiquiatria tem feito pouco para tornar-se mais acessível.

Novos estudos epidemiológicos, estratégias assistenciais e gerenciamento de serviços para maior e melhor cobertura populacional.

Necessidade de novos estudos epidemiológicos: psicopatologia, motivações para tratamento.

Inventariar recursos materiais, humanos e teóricos mais necessários.

Busca de novos conceitos, como instrumentos mais aptos e eficientes para investigar, classificar e tratar.

Estabelecer e desenvolver classificações de saúde, tão necessárias como as de doenças. Saúde não é um estado unitário e homogêneo para ser tratado num só grupo e com apenas uma palavra.

A informática, a serviço da investigação e da administração, trará grande aumento da eficácia dos meios já disponíveis. A análise custo-benefício é cada vez mais imperiosa.

B – Específico:

Os fenômenos atualmente em desenvolvimento continuarão a marcar a sociedade do próximo milênio: multidões tomam conhecimento, pela mídia instantânea, dos recursos disponíveis para os privilegiados; crença nos progressos da Ciência e da Tecnologia; lutas políticas e sindicais para aumentar a abrangência populacional da assistência médica; novos planos de saúde, privados e governamentais;

conscientização dos trabalhadores de saúde da necessidade e da justiça de atender a todos. Praticamente, a consequência foi a "invasão" dos serviços médicos por pessoas que antes não os freqüentavam, os pobres e discriminados. Houve grande mudança no clima dos hospitais e, principalmente, dos ambulatórios, em especial os de atenção primária e comunitária.

Muitos profissionais de saúde, sem excluir os médicos, não estavam preparados e reagiram com preconceitos pessoais e sociais. Recrutados, em sua grande maioria, dentre as categorias socioeconômicas privilegiadas tendiam a tratar os novos clientes como se fossem inferiores.

Direitos dos pacientes

a) O direito à vida não é absoluto nem ilimitado (guerras, condenações à morte, legítima defesa); não é compacto, polarizado entre o sim e o não (mutilações, injúrias físicas e psíquicas, doenças, privações de liberdade), nem se limita à pessoa-alvo (parentes, amigos, colegas, empregados e empregadores, bem como a sociedade como um todo, também têm direito àquela vida);

b) O direito à verdade, embora partindo do evidente propósito de toda a comunicação (transmitir informações válidas), não inclui toda e qualquer verdade, mas apenas as que trouxeram mais bem do que mal ao paciente, em suas circunstâncias intrapsíquicas e interpessoais. O paciente, a família e outros cir-

cunstantes têm direito apenas às verdades de que necessitem e possam suportar. "Verdade" no singular é maneira dogmática de pensar. Para o cientista existem tantas verdades quantas afirmações coincidentes com o fenômeno;

c) O direito à justiça implica na posse de todas as coisas que, por natureza, lhe pertencam, como a assistência à saúde, de maneira consciente e competente. A abrangência destes limites deve ser definida: restringir-se aos recursos médicos "disponíveis" (em muitos casos a disponibilidade é zero) ou depender dos recursos econômicos do paciente, do empresário do "seguro-saúde", do Poder Público, da ciência atual, etc.

Dilemas práticos do profissional

1- Quais os critérios para selecionar tipos de assistência à saúde (primária, secundária e terciária), de pessoas e grupos que a receberão ou prestarão, e quem os estabelece e modifica?

2- A morte vem apresentando problemas novos e facetas novas de velhas questões, práticas e teóricas:

a) O direito, a obrigação e a proibição de prolongar a vida, pacíficos durante milênios, se transformaram em problema quando referidos a pacientes terminais, cada vez mais numerosos e alvo de interesses tão prementes quanto antagônicos. Ninguém discute o direito a prolongar a vida por meios ordinários, como água, alimento, ar fresco, repouso, sono, trabalho,

exercício, sol, férias, etc. Já os meios usuais entre doentes merecem critérios baseados tanto nas indicações como nos riscos, na disponibilidade, no preço, contra-indicações, etc. Dentre estes, estão drogas, exames, injeções, massagens, imobilizações, amputações, etc.

Muito mais discutível é o grupo dos meios extraordinários, acompanhados de dor severa, perigo, repulsão irresistível, cirurgias, quimioterapias, mutilações, choques, etc.

A maioria dos peritos exigem o consentimento informado de benefícios, riscos e malefícios, do paciente ou seu legítimo representante;

b) Os casos de pena capital servem para meditações sobre a responsabilidade do psiquiatra. Uma pessoa só pode ser executada se entender as razões da pena. No "corredor da morte" existem cada vez mais condenados psicóticos. Será lícito tratar uma pessoa para que seja morta? Se ao psiquiatra é vedado eticamente testemunhar a sanidade mental necessária à execução, poderá trabalhar para justificar o trabalho do carrasco? Poderá tolerar e até ser conivente com "resistências" que mantêm a psicose, único meio de conservar a vida?

Com gravidade muito menor, mas semelhança inegável, encontramos o previdenciário cuja sintomatologia assegura o "benefício" que mantém a ele e sua família. Os imperativos da lei podem opor-se aos objetivos terapêuticos. Quem não conhece os atuais "profissionais da doença"?

c) Os transplantes de órgãos, especialmente únicos e vitais, plantearam problemas novos, teóricos e práticos. O conceito, o momento e o diagnóstico da morte sofreram modificações importantes e a própria morte, antes vista como término e até fracasso de trabalho, passou a ser início de êxitos e salvações.

Está muito atual a discussão sobre as prioridades para o recebimento de transplantes. Fazer lista geral? Julgar a gravidade do caso? Ou a urgência?

Quem são os doadores? Opção em vida ou permissão da família? Medos realísticos e fantasiados. O caso dos médicos que morreram no desastre aéreo.

O conceito de morte antes verificada pela imobilidade, depois pela respiração, mais tarde pelos batimentos cardíacos e agora pelo funcionamento cerebral. Sabendo que o corpo vivo tem muitas células mortas e o morto muitas ainda vivas, chama a atenção a relatividade do momento em que ocorre o fenômeno absoluto e definitivo. Esta origem do conceito de morte cerebral acarretou inúmeras crenças que dificultam as autorizações de doações para transplantes.

3- A violência nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, cada vez mais onipresente, também gera dilemas:

a) procedimentos invasivos (a palavra será "invasivo" ou lesivo?) física ou psiquicamente, ou de efeitos irreversíveis, perigosos ou muti-

lantes podem constituir violência psiquiátrica desnecessária e (ou) leviana;

b) o movimento denominado desinstitucionalização coloca o psiquiatra sobre o fio da navalha: as iatrogenias dos velhos macrohospitais ou os absurdos e injustiças de seu fechamento, com o conseqüente abandono de pacientes e famílias;

c) os progressos da psicofarmacologia chegaram a despersonalizar, mecanizar, burocratizar a terapêutica. Hoje, as terapêuticas são direcionadas a sintomas, perdendo de vista as etiologias, as enfermidades e as pessoas. O aumento da eficácia é paralelo ao dos riscos;

d) os diagnósticos psiquiátricos e mesmo certas terapêuticas podem ter graves efeitos iatrogênicos para pacientes e até seus descendentes.

4- O sigilo é mais importante na psiquiatria do que nas outras especialidades. Não apenas sintomas, mas até sonhos, fantasias, vergonhas, desconfianças são inerentemente confidenciais. Há segredos naturais, prometidos e confiados.

Há segredos do paciente, da família e até do médico. A responsabilidade e a gravidade da revelação depende de suas conseqüências.

O direito ao segredo não é absoluto, admite exceções, tais como:

a) quando já se tornaram públicos. Mesmo assim, é imperioso evitar palavras e gestos que impliquem em confirmação;

- b) entre pessoas que já o conhecem. É importante não oferecer confirmação;
- c) se a permissão do detentor pode ser presumida;
- d) para preservar terceiro inocente. Caso de crime ou contágio;
- e) pelo bem público, inclusive pesquisa científica (há meios de evitar a identificação);
- f) no caso de incapazes: crianças, doentes mentais, estado de coma, sempre no interesse de preservar a vida e a saúde.

O paciente e sua família têm o direito a toda a verdade que precisam saber, podem entender e assimilar sem dano maior.

5- Os documentos médicos são cada vez mais necessários e perigosos. Grandes arquivos, especialmente informatizados, tornam histórias íntimas acessíveis a muitos outros profissionais. O responsável pela fiscalização continua sendo o médico.

6- As equipes multiprofissionais e interdisciplinares diluíram muitas responsabilidades. Limites entre ação pessoal desligada e mesmo antagônica aos objetivos grupais e ação irresponsável.

7- O autodenominado terceiro pagante se intromete na relação médico-paciente, parasitando dinheiro, autoridade, gratidão e até decisões tipicamente médicas. Por vezes, decidem o tipo de tratamento, sua duração, os recursos disponíveis e até os pacientes e indicações. Podem ser pessoas

físicas ou jurídicas, públicas ou privadas.

8- A pesquisa científica pode ter objetivos que variam entre o progresso da capacidade de conhecer e curar os males humanos até promover ganhos financeiros ou prestígio universitário.

9- O erro médico, tradução da "*malpractice*", está na moda por campanha intencional, destinada a introduzir o seguro específico que vai onerar ainda mais os gastos com a saúde e os proventos médicos. A publicidade aproveita pacientes ou familiares depressivos (17,8%), com depressão maior (11%) ou esquizoparanóides (8%), com má relação médico-paciente em tratamentos iniciais.

As conseqüências daninhas estão chegando ao Brasil, orquestradas por seguradoras interessadas nos ganhos com seguro de responsabilidade civil, na área médica, e podem ser constatadas pelo teor das bulas, praticamente redigidas por advogados pensando em processos futuros. É imperioso não considerar o paciente como adversário potencial.

10- A propaganda se tornou de tal forma presente na vida moderna que invadiu o terreno da promoção de serviços médicos. As pessoas jurídicas se arrogam o pretensão "direito" de fazer o que a ética proíbe aos médicos. Estes correm mais riscos quando entrevistados ou expõem técnicas diagnósticas ou terapêuticas.

Finalizando, a ética se ocupa de direitos e deveres que são inseparáveis e complementa-

res, tanto dos profissionais de saúde como dos pacientes e da sociedade.

O fim maior da ética é ser um meio para tornar mais fácil a busca da saúde e da felicidade do maior número possível de pessoas, hoje e amanhã.

A globalização e o neoliberalismo, bem como o declínio das religiões milenares, trouxeram um afrouxamento dos preceitos éticos.

Felizmente, já se percebe uma nítida recuperação e o surgimento de uma nova ética, mais lógica, científica, livre de dogmas, eficaz, atual.

RESUME

Crisis en la Bioética: decadencia y resurrección

La crisis actual de la Bioética muestra un declive y un renacimiento. El artículo discurre sobre la posibilidad, las dificultades, los recursos y las victorias de la formación de una ética científica. Resume los criterios y procedimientos necesarios.

ABSTRACT

Crisis in Bioethics: decadence and resurrection

The current crisis of Bioethics reveals a decline and a rebirth. The article addresses the possibilities, difficulties, resources and the victories in forming a scientific code of ethics. It summarizes the criteria and procedures necessary.

BIBLIOGRAFIA

Abuderne A, Naisbitt J. Megatendências para as mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

reformulação de conceitos. Temas 1991;21:11-9.

Acioli A. Acordando. Folha de Niterói 1999 20-26 Ago:227.

Albuquerque MA. Papel del psiquiatra en el siglo XXI. Sinopsis 1993;22:37-42.

Albuquerque MA. Bases da Psiquiatria. Temas 1998;27:52.

Albuquerque MA. Risco de suicídio: diagnóstico e manejo pelo não-psiquiatra. Ver Bras Med 1989;46:231-40.

Albuquerque MA. Etiologias em Psiquiatria:

- Apollonio U. *O homem no ano 2000*. Petrópolis: Vozes, 1971.
- Barinaga M. *New insights into how babies learn language*. *Science* 1997;277:641.
- Beck U. *Qué es la globalización ?* Barcelona: Paidós, 1998.
- Behars JO. *Limits of scientific psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 1986.
- Benso H. *The nocebo effect: history and physiology*. *Prev Med* 1997;26(5pt1):612-5.
- Bunge M. *Ética, ciência y técnica*. Buenos Aires: Sudamericana, 1996.
- Cameron OG. *Guidelines for diagnosis and treatment of depression in patients with medical illness*. *J Clin Psychiatr* 1990;51(Suppl 7):49-57.
- Damon W. *The moral development of children*. *Scientific American* 1999;281(2):72-8.
- Del Nero H. *O sítio da mente*. São Paulo: Collegium Cognitio, 1997.
- Detret T. *The future of Psychiatry*. *Am J Psychiat* 1987;144:5.
- Ehlers VJ. *The future of U.S. science policy*. *Science* 1998;279:302.
- Engel GL. *A clinical application of the biopsychosocial model*. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-45.
- Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* 1977;196:4286.
- Fischman J. *Anthropology: putting a new spin on the birth of human birth [News]*. *Science* 1994;264:1082-3.
- Gallistel CR. *Themes of thought and thinking*. *Science* 1999;285:842-3.
- Goldenfeld N, Kadanoff LP. *Simple lessons from complexity*. *Science* 1999;248:87-9.
- Hahn RA. *The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health*. *Prev Med* 1997;26(5 pt1):607-11.
- Hamburg DA. *Foundations and science policy [editorial]*. *Science* 1999; 288:259.
- Hypocrates. *Aforismos*. In: *Enciclopédia Britânica*. 1963. v 2:109.
- Iadarola MJ, Caudle RM. *Good pain, bad pain*. *Science* 1997;278:239-40.
- Khachaturian ZS. *Plundered memories*. *The Sciences* 1997;37(4):20-26.
- Lima CAM, Bertolote JM, Camus V, Wertheimer J. *Organização de cuidados na psiquiatria da pessoa idosa: a segunda reunião de Consenso de Lausanne*. *J Bras Psiqui* 1998;47(6):269-74.
- Lowenstein DH, Parent JM. *Brain, heal thyself*. *Science* 1999;283. Disponível em: www.sciencemag.org/cgi/content/full/283/5405/1126.

Minsky M. *The society of mind*. New York: Simon and Schuster, 1988.

Naisbitt J, Aburdene P. *Megatrends 2000*. São Paulo: Amana-Dey, 1990.

Naisbitt J. *Megatendências Ásia*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

Nesse RM, Berridge KC. *Psychoactive drug use in evolutionary perspective*. *Science* 1997;278:63-5.

Nesse RM. *What good is feeling bad ? the evolutionary benefits of psychic pain*. *The Sciences* 1991;31:30-8.

Nichols RW. *Ethic: smuggle then*. *The Sciences* 1996;36:4.

Perls TT. *The influence of demographic selection upon the oldest old*. *J Geriatr Psychiat* 1995;28(1):33-56.

Ploghaus A, Tracey I, Clare S, Gati JS, Rawlins JN, Matthews PM. *Dissociating pain from its anticipation in the human brain*. *Science* 1999;284:1979.

Pollock GH. *How psychiatrists look at aging*. *Madison: Inst. Univ. Press., 1994. v.2: 265*.

Rothman T. *Irreversible differences*. *The Sciences* 1997;37(4):26-31.

Ruse M. *E.O. Wilson Consilience: the unity of knowledge*. New York: Knopf, 1998: 53.

Ruse M. *On E.O. Wilson and his religious vision*. *Science* 2000;290:943.

Smith R. *The timing of birth*. *Scientific American* 1999;280(3):68-75.

Spiegel H. *Nocebo: the power of suggestibility*. *PrevMed* 1997;26:616-21.

Strole A. *Increased response to a putative panicogenic nocebo administration in female patients with panic disorder*. *J Psychiatr Res* 2000;34(6):439-42.

Wetzler S, Katz MM. *Problems with the differentiation of anxiety and depression*. *J Psychiatr Res* 1989;23:1-2.

Whell W. *The philosophy of inductive sciences*. London: Parker, 1840: 230.

Williams N. *Evolutionary psychologists look for roots of cognition*. *Science* 1997;275:39-40.

Wilson EO. *Consilience: the unity of knowledge*. New York: Knopf, 1998: 53.

Wilson EO. *Integrated science and the coming century of the environment*. *Science* 1998;279:2048.

Yanez Cortes R. *El problema del sujeto y del discurso en una logica de lo psicológico*. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1983;29:96-104.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Rua Mario Totta, 1000
CEP: 91920-130
Porto Alegre/RS - Brasil
E-mail: malbuquerque@via-rs.net*