

ATUALIDADES

Marco Segre

A Secção Atualidades objetiva pôr o leitor em contato com situações questionáveis, singulares e até mesmo humorísticas, sob o enfoque ético. Os relatos desta Secção serão sucintos e diretos. Igualmente, serão noticiados cursos, seminários, simpósios e congressos, no Brasil e no mundo, concernentes à Bioética.

Uma revisão de um conceito de bioética

Tenho defendido, durante os últimos anos, uma visão construtiva e subjetivista da bioética. Isto é, a partir do momento em que todo ser humano tem condição de pensar e de sentir, pode (se quiser) estabelecer parâmetros morais sobre qualquer situação existencial. Mais simplificada, a condição de eticidade não pode prescindir da possibilidade de escolha do sujeito ético, informado mas não condicionado pelos parâmetros morais já construídos por outrem, sejam legisladores, profetas ou *entidades divinas*. Daí as diferenças entre ética (EC: Ética Crítica, dos italianos), moral (MSC: *Morale del Senso Comune*, também dos italianos), religião e lei (a primeira, "vindo de dentro", e portanto autônoma, e as outras "vindo de fora", conseqüentemente heterônomas). Assim sendo, perdem valor os *princípios da bioética* (Beauchamp, Childress), porque, enquanto princípios, são regras, vindo elas de fora - embora, aparentemente, deixem a religião de lado, não logrando, entretanto, afastar-se das *virtudes* (Pellegrino) ao referirem-se à beneficência e à não-maleficência (afinal, que diferença há entre as duas? O que é, e para quem é, o *bem*, e, identicamente, o *mal*?)

Tenho dito e escrito que só considero *apriorismos*, em ética, a capacidade de *perceber* as próprias emoções (quaisquer que sejam), sentimentos e crenças, bem como de saber hierarquizar valores com relação a sentimentos conflitantes (por exemplo, no caso do aborto a pedido da gestante, o que vale mais, a morte fetal (sentimento negativo) ou a coação da mãe a manter um feto que ela não aceita (sentimento também negativo)? E, ainda, a sinceridade e a *coragem* de assumir a escolha das próprias posições.

Faço agora uma autocrítica, ou melhor, uma complementação dessa reflexão. A bioética construtiva e *autonomista* tem mais pressupostos do que os já citados. Que a aproximam, talvez, da *bioética das virtudes* (Pellegrino), e, certamente, da *bioética dos cuidados* (*bioethics of care*, de Gilligan e Bauer), esta última baseada na *empatia* (profissional de saúde/usuário das atenções). Explico porque: há, no ser humano, sentimentos os mais variados, *construtivos* e os *destrutivos* (evito propositalmente os termos *bom* e *mau*): alteridade, solidariedade, compaixão, respeito, bem como ódio, inveja, desejo excessivo de poder, etc.). Tenho como certo que, nessa hierarquização de valores, proponho tão somente os que correspondam a sentimentos construtivos, excluindo dessa avaliação o ódio, o autoritarismo, a discriminação de pessoas, etc. Esclareço que não se trata de mero raciocínio *utilitarista*, isto é, decorrente apenas da visão de que a desarmonia entre indivíduos enfraquece a comunidade, mas, também, de uma percepção muito mais profunda (embora, talvez, com significado semelhante) da ligação de cada um de nós com o próximo, e com o *macro* em que vivemos. Concluo que, *nesta bioética sem princípios* (princípio = regra), há, entretanto, sentimentos (ou tendências? ou pulsões?) construtivos, e *que vêm de dentro*, sejam eles autonomistas ou beneficentes, inerentes à nossa condição de seres humanos.

Questões de reprodução humana

Davis DS. *Legal trends in bioethics: reproductive issues*. *Journal of Clinical Ethics*, 1998; 9:210-11.

Uma criança californiana, "possuidora" de cinco pais, por pouco não foi considerada "legalmente órfã". O bebê Jaycee nasceu porque Luanne e John Buzzanca lograram obter um embrião, produzido por duas outras pessoas e implantado no útero de mulher não aparentada com qualquer dos quatro. Um mês antes do nascimento da criança, John pleiteou a dissolução de seu casamento com Luanne e requereu que nem ele, nem ela, fossem considerados pais do futuro bebê. Ainda que Luanne se considerasse mãe da criança, John lutou para que não se reconhecesse qualquer vínculo com o *futuro*, visando livrar-se de qualquer obrigação financeira. Nem a mulher que "ofereceu" seu útero para a gestação, nem seu marido, nem os pais genéticos da criança demonstraram qualquer desejo de acolhê-la.

A primeira Corte de Justiça, que julgou o caso, concluiu estarrecedoramente, que a criança *não iria* ter pais.

Em instância superior, entretanto, a decisão foi: *Faça-se justiça partindo do seguinte*. *Jaycee nunca poderia nascer caso Luanne e John não tivessem procurado um ovo (fertilizado) para ser implantado em um útero "substituto" (surrogate)*". A Côrte decidiu manter a mesma regra que torna um marido pai de uma criança gestada

por sua mulher, com o seu consentimento; em inseminação artificial, portanto, esta regra seria aplicada, no caso em análise, para ambos, marido e mulher. Assim, Luanne foi atendida no seu desejo de ser mãe legal da criança, e John obrigado assumir a responsabilidade legal (paterna) que queria evitar. (*Buzzanca x Buzzanca*, 72, Cal. Rptr. 2d 280- 1998).

[Ainda bem.]

Suicídio Assistido

Kuczewski MG. Physician assisted death: Can Philosophical Bioethics aid social policy? Cambridge Quartely of Healthcare 1998; 7:339-47.

É-me difícil associar-me às ponderações de alguns filósofos, como as expostas por Mark G. Kuczewsky, com louvável espírito crítico, sobre as diferenças entre "suspensão de tratamento" (eutanásia ativa) e "morte assistida" (eutanásia passiva). No contexto do "pavor" de assumir que um médico possa, em certas circunstâncias, associar-se ao desejo de seu parceiro doente, de abreviar a própria vida, muitos pensadores recorrem a "ginásticas de moralidade", até mesmo surpreendentes.

Conta-nos o autor uma "obra-prima" de reflexão bioética ao referir a comparação do médico, ante um paciente terminal, com um comprador de rifas para "ganhar um automóvel". A coisa vai por aí: todo mundo, possivelmente, gostaria de ganhar um automóvel; já comprar alguma rifas, dentre centenas, seria um ato tendente a alcançar o objetivo (embora se possa justificar ser a rifa em proveito de uma associação beneficente). Finalmente, comprar metade das rifas significaria intencionalidade manifesta de ganhar o veículo.

Assim, quem suspendesse o tratamento (não comprou a rifa) seria equiparável ao primeiro cidadão; quem ministrasse um hipnoanalgésico com o pretexto de sedar a dor (droga que pode matar) estaria na situação do segundo, sendo semelhante à prática da eutanásia ativa a compra de metade das rifas (ou, até, de todas elas). Essa forma de análise moral, cheia de firulas, é apenas decorrente do medo de se assumir que se quis antecipar a morte de um doente. Aceita-se, ou não, a prática eutanásica! Mas tenha-se como norte que a bioética não é brincadeira!

Dilemas éticos em neonatologia

Hefferman P, Hellig S. Giving "Moral Distress" a Voice: Ethical Concerns among Neonatal Intensive Care unit Personnel. Cambridge Quartely of Healthcare Ethics 1999; 8:173-8.

Minha primeira preocupação quando *salvamos* um bebê de 23 semanas de gestação, de "peso muito baixo ao nascer" (very low birth weight - VLBD), é: "saberemos quando parar" por se ter a situação tornado fútil? Habitualmente, a resposta é *não*. As enfermeiras sabem perceber a "futilidade" horas antes dos médicos, e dias antes das famílias. Não posso censurar as famílias - elas confiam no desconhecido e estranho mundo da alta tecnologia -, mas quem atua nos cuidados de saúde tem a obrigação de *não produzir dano*. O problema, devido aos nossos equipamentos de alta tecnologia, é que não somente prolongam a vida, mas também *prolongam a morte*. Não estou afirmando que nunca deveremos salvar os bebês "VLBD". Referem-se alguns eventos milagrosos. Mas necessitamos de algumas diretrizes para serem seguidas, e da *decência de parar, antes de causar dano*.

Este depoimento de um enfermeira de 30 anos, que já trabalhara durante 14 anos em uma unidade de terapia intensiva neonatal, repassa bem a idéia da angústia, perplexidade e frustração dos que atuam junto a pacientes terminais. A neonatalidade *desses pacientes* agrava o sofrimento dos "cuidadores". E eles, como sempre, procuram regras para se sentir seguros. Existirão essas regras?