

BIOÉTICA. PERSPECTIVA MÉDICA *

Pelo Prof. Doutor Daniel Serrão
Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto

Senhor Doutor Lopes Cardoso: Foi para mim uma honra inesperada o convite para participar neste Seminário sobre Direito e Bioética, promovido pelo Conselho Geral da Ordem dos Advogados sob a sua presidência, e uma alegria muito grande poder corresponder a esse convite.

Sei que devo a singularidade de ter sido escolhido aos meus companheiros do Centro de Estudos de Bioética, Drs. Jorge Biscaia e António Manuel de Almeida e Costa, a quem agradeço terem-me julgado competente para tratar um tema tão vasto, tão actual e tão rico de sugestões multidisciplinares como é o da perspectiva médica da bioética. Pensava expô-lo em tom coloquial ao sabor do que me sugerissem os tópicos que havia seleccionado. Quando soube, ontem, que o tempo previsto e concedido era de trinta minutos decidi escrever para ter a certeza de que chego ao fim e respeito o esquema do Seminário e o tempo dos outros intervenientes; como manda a ética, a boa ética do trabalho de grupo.

Atrevo-me a definir *ética* como uma categoria do espírito humano que orienta segundo valores o desejo humano e as decisões humanas que ele provoca.

Bioética ou ética biológica é aquele segmento da ética que se refere ao valor *vida humana*.

* Texto de uma conferência realizada no dia 14 de Dezembro de 1989.

A perspectiva médica da bioética há-de ter em conta quando, como e porquê um homem que é médico interfere com o valor vida humana e de que forma este valor orienta e condiciona os seus desejos e as suas decisões, enquanto homem-médico interagindo com outro homem, doente ou não.

Temos assim que para além de situações tipificadas, para as quais existe um vasto consenso, em muitos casos já de amplitude mundial acolhida nas declarações universais de que são exemplo as da Associação Médica Mundial e que se exprime na letra do articulado do Código Deontológico, existem hoje, cada vez em maior número e mais aguda premência, muitas outras que obrigam o médico ao exercício dessa categoria do seu espírito que é a ética, tanto mais nobre quanto é certo que essa categoria é especificamente humana — só o homem decide sobre valores, só o homem pode e sabe dizer sim ou não aos seus desejos.

A actualidade da bioética — este vasto movimento de amplitude mundial que, por exemplo, na Europa, levou o Conselho da Europa a criar o Comité *ad hoc* de *experts* sobre a bioética, o conhecido Cahbi, que já elaborou numerosas recomendações acolhidas pelo Comité de Ministros e pela Assembleia Parlamentar da Europa, e que, em muitos países do mundo, conduziu à criação de Comissões de Ética de âmbito nacional, este vasto movimento de opinião e de interesse ao redor da bioética é uma moda, um *fait-divers*, um êxito do *marketing* de uma palavra bem escolhida?

Será por mera curiosidade que a comunidade científica, como também a comunidade filosófica, a jurídica, a política, a religiosa, a teológica se interessam hoje apaixonadamente pela bioética?

Não é êxito de *marketing*, não é mera curiosidade. É um motivo muito fundo e muito real que tem a ver com o homem novo que está a nascer sob os nossos olhos, ele próprio origem e depois fruto da antropologia da responsabilidade. Deste novo humanismo — que, depois de uma longa batalha dos homens entre si e com os deuses, que começou com o cidadão livre da *polis* há 3 mil anos, passou pelo teocentrismo medieval com o homem como simples criatura de Deus e para Deus, pelo *homo rationalis* do Renascimento, pelo alienado que luta contra a religião e a razão teórica na visão de Marx, pela pessoa portadora de direi-

tos especificamente humanos em Mounier, atingiu nos nossos dias esta fase de pensar o homem como um ser de responsabilidade que antes de tudo o mais se define como o que é responsável pelos outros homens actuais e futuros, assumindo e personalizando a história — deste novo humanismo está a surgir um sentido para a liberdade e um conteúdo para a razão especulativa que passa, em pleno, a ser razão ética.

É a sociedade civil deste novo homem, responsável, que reconhece que a vida humana está em perigo e que sem uma vida humana biologicamente digna o homem não pode exercer-se nem cumprir-se como um ser de responsabilidade. Para o humanismo novo um homem cuja vida esteja biologicamente degradada não atinge o patamar próprio da humanização, que é, volto a dizê-lo, a responsabilidade pelos outros segundo a razão ética.

Qual a causa deste alerta que mobiliza por todo o mundo as maiores energias criadoras dos homens, agita os governos, preocupa os cientistas e atrai a atenção e o interesse de todos os meios de comunicação de massa?

Essencialmente está no progresso das ciências humanas e sociais, de cuja reflexão brotou o novo humanismo, e no progresso espantoso dos conhecimentos da biologia geral e humana e da expansão das tecnologias que tornaram possível a aplicação do saber biológico aos homens concretos do nosso tempo, ao homem em situação.

Como são principalmente os médicos que estão capacitados para mediar esta intervenção das tecnologias biológicas sobre o homem concreto assistimos no nosso tempo a uma espantosa demonstração, agora ao nível colectivo, do mecanismo de amor/ódio descrito por Freud. Os homens e a sociedade civil em geral amam os médicos, porque eles lhe trazem apoio e ajuda, salvam as pessoas de morrerem de apendicite aguda ou de broncopneumonia, mas odeiam os médicos, porque eles são senhores da vida e da morte intervêm activamente no corpo do outro, tiram ou substituem órgãos, mantêm artificialmente funções vitais, como a respiração, a alimentação, a circulação do sangue, e decidem arbitrariamente sobre a morte corporal.

Como resposta a esta situação psicológica ambivalente de amor-ódio, a sociedade civil, não podendo invocar a norma jurí-

dica, porque este universo da biologia moderna passou tão rapidamente do plano da investigação científica ao plano da utilização no homem que o Direito ainda não pôde aperceber-se de quais são os bens e/ou os valores que lhe compete proteger e a situação é de vazio jurídico, não podendo invocar a norma religiosa, porque ela própria se assume como sociedade civil e não sociedade teocêntrica, não podendo invocar a norma moral, porque as situações novas, exactamente porque são novas, estão fora dos costumes e do seu referencial, a sociedade civil pede à ética — e a meu ver muito bem — a sua intervenção para que a vida humana seja protegida e exige aos médicos e aos biólogos que avaliem os seus desejos e as suas decisões segundo a bioética, ou seja, segundo um segmento da ética geral, categorial, no qual a vida humana é o primeiro de todos os valores.

Assim se abre um riquíssimo campo de reflexão para biólogos, médicos, moralistas, eticistas, teólogos e juristas, pois todos eles, num ou noutro aspecto são peritos em humanidade, são *experts* em vida humana — esse valor supremo que a nova sociedade civil, a sociedade do novo homem responsável e preocupado com os outros, quer que seja respeitado acima de todos.

Sartre num dos seus textos mais mal-humorados escreveu que o inferno são os outros. *A contrario sensu*, antecipava a verdade do homem novo; visto o argumento pelo estrabismo sartriano, diria que é tão importante e tão decisivo para que eu seja eu a preocupação com os outros que este é o meu inferno, no sentido em que é a minha principal obrigação.

Não é fácil abarcar, em toda a sua complexidade, tudo o que se pode entender por vida humana, minha e do outro — por isso afirmei que aqui se abre um riquíssimo campo de reflexão multidisciplinar de que este Seminário vai ser um claro exemplo.

Eu, médico, posso dizer se um coração se contrai ou não — mas é isto vida humana? Posso saber se um cérebro responde a estímulos — mas é isto vida humana? Posso avaliar a operacionalidade do sistema imunológico — mas é isto vida humana? Posso numa situação de esclerose sistémica progressiva aperceber-me, apesar da paralisia muscular total, de um projecto de vida num olhar de quem ainda lê os sinais do mundo exterior — mas é isto vida humana?

Quando a sociedade civil nos convoca a todos nós, com especial dureza aos médicos, para que respeitemos como valor supremo a vida humana, que paradigma de vida humana está em causa? É o do *homo culturalis* moderno e só esse? Não é vida humana a daquele que não sabe ou já não pode guiar o seu carro, pilotar o seu helicóptero, descodificar a mensagem do seu telex pessoal computadorizado?

Não é vida humana, digna de ser vivida, a que ainda hoje persiste nos sistemas culturais dos aborígenes da Amazónia ou dos pigmeus da África Central?

Seguramente que a sociedade civil, ao alertar para o perigo que ameaça a vida humana não estava a limitar-se à úlcera gástrica que perfura ou à artéria que subitamente se oblitera; estava e está a referir-se a um valor complexo que é biológico mas não é apenas biológico: é cultural, é social (ou melhor societário) e é religioso e tem uma dimensão dinâmica que é a história passada e a história do devir — e todos estes componentes se associam e interpenetram para constituírem o valor bioético do que chamamos vida humana. Como afirmei um dia, referindo-me à teoria dos estratos de Nicolai Hartmann, «sem matéria não há vida biológica, sem vida biológica não há actividade psíquica, sem actividade psíquica não há universo espiritual e cultural. E fora do universo espiritual e cultural o sentido ético dos actos humanos é uma afirmação sem conteúdo, um *non-sense*, um falso problema».

Nós, os médicos, apenas respondemos por um segmento da vida humana, que é o segmento biológico. Mas neste, de facto, levamos a nossa intervenção muito para além das fronteiras tradicionais e não cessamos de pedir mais e mais tanto aos cientistas básicos, em especial da biologia molecular, como aos da biologia aplicada, em especial aos imunologistas, aos quais se pede, como no mito grego, que anulem, ainda que transitoriamente, os sinais da diversidade humana de modo a que a quimera possa ser real e que as transplantações de órgãos se façam sem restrições, como aos das tecnologias de imagem e das tecnologias de intervenção, prevendo-se já que o desenvolvimento dos equipamentos para a emissão fotónica em laser permitirá que o mesmo instrumento

transmita a imagem da lesão e a seguir execute a ordem para a destruir.

Sem pretender ser exaustivo vou alinhar os principais campos em que a intervenção médica se mostra hoje particularmente perigosa quer pela sua agressividade, quer pela profunda alteração que produz no padrão estrutural e biopsíquico, quer ainda pela perturbação que introduz num acontecimento outrora natural, que é a morte, e que hoje está abusivamente medicalizado em muitas situações concretas.

No capítulo das intervenções agressivas coloco em primeiro lugar a cirurgia. No antigo juramento hipocrático, código deontológico primordial, o novo médico jurava não efectuar nunca a operação da talha; esta era uma técnica brutal para extracção dos cálculos da bexiga e certamente em casos de retenção urinária e a sua mortalidade era de 100%, claro está; diz-se que, no tempo, os médicos a faziam para ganhar o dinheiro, pois sabiam que o resultado era infausto, mas o doente pedia muito e o médico fazia. A introdução deste assunto no juramento foi a fórmula usada pela sociedade civil da época para constranger os médicos pela via da bioética.

Presentemente a sociedade aceita muitas ou quase todas as intervenções cirúrgicas que a arte médica propõe, mas cada indivíduo tem o direito de saber qual o risco que corre e deve ser ajudado a calcular e analisar com o médico o risco e o benefício. É um direito individual com fundamento bioético.

Coloco em segundo lugar as transplantações de órgãos; depois de um período difícil em que vencia a diversidade dos seres humanos entre si e a força de cada um para rejeitar o que lhe é estranho, uma descoberta casual veio facilitar muito as transplantações. Tendo-se começado com os órgãos pares para utilizar dador vivo de órgão vivo, foi o caso do rim, passou-se para órgãos únicos, coração, fígado e pâncreas utilizando órgãos vivos de dadores mortos. Este novo cenário levanta o problema da definição da morte em paciente com prótese respiratória e/ou circulatória, o problema do consentimento para a doação, o problema da colheita de órgão vivo em doente morto, o problema do risco para o doente-receptor e hoje o problema do custo-benefício — ou seja, questões de bioética, de ética económica e questões jurídicas.

Acresce que muitas destas intervenções cirúrgicas têm um importante componente de improvisação de soluções técnicas caso a caso, o que lhes confere uma vertente de experimentação.

Alguns tratamentos que me dispenso de pormenorizar alteram de forma sensível a forma física e a imagem psíquica da pessoa, quer no campo somático, quer no campo sexual. Bastará lembrar a cirurgia estética — já utilizada para fazer «desaparecer» criminosos ou traidores, — a cirurgia para alteração dos caracteres sexuais secundários com vista à alteração do sexo civil, as medicações para alterar a libido dos transexuais, etc., etc.. Também aqui o direito, a ciência e a ética biológica devem intervir para ajudar o médico a tomar as decisões correctas e para ajudar o doente a aceitar apenas o possível, limitando ele próprio, eticamente, o seu desejo e a sua decisão. Mas é uma área de extrema dificuldade na qual a definição de vida humana se apresenta complexa e com *nuances* imprevistas trazidas pela psicologia da profundidade, pela psiquiatria e, às vezes, pelo direito. São estas situações um campo por excelência para o diálogo ético e para uma jurisprudência aberta, de tipo anglo-saxónico, e não para o legalismo entroncado no direito romano — onde manifestamente não cabem.

O terceiro aspecto que suscita a preocupação da sociedade civil é o da medicalização da morte. O êxito espectacular dos médicos na luta contra muitas situações que há bem pouco tempo eram mortais criou nos médicos e no público, ao menos subconscientemente, a noção de que a morte podia ser vencida e que qualquer situação por muito grave que se apresentasse deveria ser tratada intensivamente com o objectivo de impedir a morte.

Este conceito, que se designa actualmente por intensivismo, tem plena justificação em situações especiais como os grandes traumatizados e o enfarto do miocárdio, por exemplo. É inteiramente absurdo no doente crónico que atingiu o estado terminal, que deve ter tratamento dos seus sintomas, mas não um intensivismo dirigido a uma cura já seguramente impossível no estado actual da ciência médica.

Mas aqui é a sociedade civil que impõe esta atitude contra a regra da ciência médica e por duas vias convergentes.

A primeira é a de que se faz crer, certamente com boas intenções, que o progresso da ciência é tão vertiginoso que o incurável de hoje pode ser curável amanhã; e em nome desta utopia exige-se a manutenção de funcionamento artificial do coração e dos pulmões dum paciente em morte cerebral confirmada.

A segunda ocorre particularmente com os doentes terminais hospitalizados; não existindo condições próprias para o atendimento dos doentes terminais em sistema de cuidados paliativos ou continuados, a única possibilidade do médico é usar os meios extraordinários de suporte das funções vitais, mesmo nestes doentes, para não se ver acusado pela Inspeção do Ministério da Saúde de negligência ou de falta de assistência médica à pessoa em perigo.

Não obstante esta medicalização da morte iminente ser em grande parte uma consequência da actual atitude sócio-cultural em relação à morte, o certo é que considerações de origem bioética, religiosa e até económica impõem uma profunda reflexão, também multidisciplinar, sobre esta questão. O aspecto económico é tão relevante que o responsável pelas finanças do sistema de saúde francês afirmou recentemente que, se o uso de meios extraordinários de manutenção da vida, já inúteis e ineficazes, fosse encurtado oito dias, o sistema de saúde da França teria *superavit* em vez do défice actual de milhões de francos anuais.

A prática da distanásia, que os médicos em geral não desejam mas a que recorem como meio de defesa, é uma despeza inútil, é um sacrifício para o doente terminal e retira à morte a sua dignidade natural, desumanizando-a e fazendo com que ocorra, quase sempre, na mais angustiante solidão e no mais total abandono, uma e outro eticamente inaceitáveis.

Outros problemas como os do diagnóstico ante-natal e os da procriação medicamente assistida serão certamente tratados pelos intervenientes nas outras secções deste Seminário.

Que grandes linhas de bioética têm sido apresentadas, nomeadamente nos organismos internacionais vocacionados para a protecção dos direitos humanos? Vou resumi-las nos poucos minutos que me restam, certo de que elas constituem uma excelente base para o diálogo clínico-ético que cada situação deve despertar. Não são normas, nem leis, nem soluções para aplicar. A reflexão ética é sempre um programa aberto onde todas as contribui-

ções são bem-vindas e onde a experiência das situações ajuda à formulação dos pareceres éticos. E onde é possível errar — mas que o erro seja a favor da vida.

Dessas linhas gerais para o enquadramento da reflexão bioética na perspectiva médica, destaco:

1.º — A relação entre o médico e o doente tem de ocorrer num regime de liberdade, sem paternalismo médico e sem submissão da pessoa do doente. Este deve participar no tratamento dando o seu consentimento após informação adequada ao seu nível de compreensão, particularmente nos casos relativos à transplantação de órgãos, como dador ou como receptor, e ao rastreio (este aspecto agudizado com o problema do SIDA).

Ainda neste campo do respeito pela liberdade da pessoa se deve referir o direito à confidencialidade e à vida privada, analisando e pesando, com muito cuidado, onde termina este direito do indivíduo e começam os direitos da sociedade civil.

Também aqui o SIDA e a expansão dos bancos de dados clínicos pessoais e dos registos de cancro estão a exigir legislação adequada para a protecção sigilosa dos dados do indivíduo doente.

A liberdade pessoal, em particular das pessoas que sofrem de perturbações mentais, deve ser cuidadosamente analisada, pois como se assinala numa recomendação do Comité Europeu da Saúde, «as dificuldades de adaptação aos valores sociais, morais, políticos ou outros não devem ser consideradas como uma perturbação mental e não justificam o internamento, o qual só deve ser decidido por uma autoridade judicial ou outra autoridade apropriada designada pela lei».

2.º — A segunda grande linha geral da perspectiva médica da bioética refere-se à integridade do ser humano.

Este valor da integridade aplica-se às normas hoje internacionalmente aceites sobre colheita e utilização do sangue humano, enquanto substância humana preciosa e insubstituível; aplica-se aos órgãos a transplantar que, tal como o sangue, jamais podem dar origem a transacções comerciais; deve estar presente na avaliação dos projectos de experimentação sobre o homem.

Este conceito da integridade do ser humano deve ainda ser invocado a propósito da ética da morte digna.

Transcrevo, também do parecer do Comité Europeu da Saúde publicado em 1981, esta advertência que se dirige aos médicos mas também, no meu entendimento, à sociedade civil: «Lutar, certamente, é esse o papel próprio do pessoal de saúde; mas saber renunciar é ainda melhor quando tudo está perdido e o responsável sabe que assim é. Então temos de saber mudar de óptica e tudo será ordenado para uma nova finalidade: não para salvar o que já não pode ser salvo mas para assegurar ao doente, por todos os meios, o fim mais confortável que for possível, dar-lhe uma ajuda permanente, porque há sempre alguma coisa que lhe pode ser feita e que ajuda o moribundo a viver a sua morte.»

Eis de forma sintética e esquemática a minha perspectiva médica da bioética.

Como analista apaixonado do fenómeno humano e dos seus sinais pressinto que está a crescer um novo homem, filho do humanismo da responsabilidade, que há-de acabar com a morte do homem e instaurar, como regra ética fundamental, a solidariedade. Este novo homem é o da autenticidade existencial, é o da fidelidade a um projecto de vida, é o da consciencialização de que é sujeito de valores é que estabelece com os outros homens, com todos os outros homens, uma relação aberta de amizade e de cuidado.

A relação médica é um caso particular desta relação de cuidado e de responsabilidade que todos nos devemos uns aos outros não apenas no nosso lugar, no nosso país, no nosso continente, mas em todo o mundo, porque todos os homens do planeta Terra são biologicamente irmãos uns dos outros.

Por isso a relação médica é intrinsecamente uma relação ética geral; e, por abundância, uma relação bio-ética.

Apesar de alguns excessos pontuais, a consciência médica universal está decididamente formada para a defesa do homem, da sua dignidade específica e da vida biológica que lhe serve de suporte.

Confio nesta consciência médica universal como confio na vinculação de cada médico a uma concepção da vida humana como um valor ético supremo.