

Bioética e espiritualidade

Bioethics and spirituality

Bioética y espiritualidad

Júlio Cesar Massonetto*

RESUMO: O autor faz uma análise reflexiva sobre bioética e espiritualidade, seus conceitos e aspectos filosóficos. Descreve brevemente alguns aspectos históricos da bioética e aborda casos reais do exercício da profissão médica e a ficção do cinema para ilustrar conflitos vividos por profissionais de saúde frente aos conceitos bioéticos e aos valores de sua própria espiritualidade, como pacientes que apresentam indicações juridicamente legais de interrupção da gestação, ou procedimentos médicos desnecessários como cesárea a pedido. Aborda também reflexões sobre como a bioética pode auxiliar na evolução da ciência e nortear os profissionais envolvidos em pesquisas com células-tronco e fertilização assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Espiritualidade. Ética médica.

ABSTRACT: In the essay, the author makes a reflective analysis on concepts and philosophical aspects involving bioethics and spirituality. He briefly describes some of bioethics historical aspects and approaches real cases in the exercise of the medical profession tracing a parallel between them and the fiction in the movies to illustrate conflicts faced by health professionals when confronted with bioethical concepts and spirituality's own values, as patients present legal arguments to interrupt pregnancy or plead to undergo unnecessary medical procedures such as pre-arranged C-sections. He also approaches reflections on how bioethics can help in the evolution of science and lead professionals dealing with stem cell researches and assisted fertilization.

KEYWORDS: Bioethics. Spirituality. Medical clinic.

RESUMEN: En el ensayo, el autor refleja en los conceptos y los aspectos filosóficos que implican la bioética y espiritualidad. Describe brevemente algunos de los aspectos históricos de la bioética y acerca a casos verdaderos en el ejercicio de la profesión médica y a ejemplos de la ficción de cine para ilustrar los conflictos de los profesionales de salud cuando están enfrentados con conceptos bioéticos y a valores de su propia espiritualidad, como son las actuales indicaciones jurídicas de interrupción del embarazo o procedimientos médicos innecesarios tales como cesarianas concertadas. Hace también reflexiones acerca de cómo la bioética puede ayudar en la evolución de la ciencia y los profesionales que se ocupan de las células-tronco y de la fertilización asistida.

PALABRAS LLAVE: Bioética. Espiritualidad. Clínica médica.

* Doutor em Medicina pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Coordenador adjunto do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo.

INTRODUÇÃO

Segundo dicionários, espiritualidade significa *qualidade do que ou de quem é espiritual*. Podemos dizer que quando agimos ou pensamos com base em conceitos harmônicos de respeito ao ser humano, seus direitos e nossos limites ("trate os outros da mesma maneira que você gostaria de ser tratado"), estamos vivendo a espiritualidade.

O espiritualismo é uma doutrina que nos remete à origem grega da filosofia, que consiste na afirmação da existência de Deus e na realidade substancial do espírito, e de sua autonomia, diferença e preponderância em relação ao corpo material. Nos pensamentos modernos, como no *bergsonismo*, sua essência e seus atributos, tais como a liberdade e o pensamento, são distintos e incondicionados em relação ao caráter mecânico da matéria exterior, pois ao contrário das suposições materialistas, a alma não pode ser reduzida a um mero epifenômeno do corpo.

Como marco conceitual, o neologismo bioética foi cunhado pela primeira vez em 1970, em artigo publicado pelo médico e cientista norte-americano Van Rensselaer Potter⁽¹⁾. Nascido em 1911, Potter pensava que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, numa civilização decente e sustentável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético, chamando assim a bioética de "ciência da sobrevivência humana". Em 1971, publicou o livro *Bioethics: bridge to the future*, onde escreve na introdução:

"Se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar - as ciências e as humanidades - e se isto se apresenta como uma razão pela qual o futuro se apresenta duvidoso, então, possivelmente, poderíamos construir uma ponte para o futuro construindo a bioética como uma ponte entre as duas culturas"
(Potter, 1971)⁽²⁾.

Há diversos conceitos descritos para a bioética; porém, nenhum com unanimidade, seja por serem parciais, seja por serem vastos demais⁽³⁾. Na visão de Duran, ninguém está habilitado como autoridade a definir o que é bioética⁽⁴⁾. Uma das definições mais abrangentes é a da *Encyclopedia of Bioethics*⁽⁵⁾, que define a bioética como o estudo sistemático das dimensões morais, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. Na visão de Kemp bioética é o cuidado das formas de vida em seu ambiente⁽⁶⁾.

A importância da Bioética está patente em seu enorme sucesso mundial com pouco mais de 30 anos de vida⁽⁷⁾ e reflete a necessidade urgente das sociedades atuais de discutirem e imporem limites para o comportamento e desenvolvimento humanos, para a preservação de nossa própria espécie.

Em 1978, Beauchamp e Childress consagram em seu livro⁽⁸⁾ o uso de quatro princípios na abordagem de dilemas e problemas éticos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. A esta chamamos de teoria *princípioalista*.

O princípio da autonomia refere-se ao direito que toda pessoa tem de decidir por si própria ou o que deseja ou não para si. No exercício da Medicina contemporânea, teve como consequência funesta a criação de autorização de qualquer procedimento pelo paciente ou seu responsável, com o objetivo de proteger as equipes médicas de potenciais processos judiciais, caso a opção do paciente resultasse em resultado negativo (como óbito).

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possíveis que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem). Como valioso referencial moderno, as condutas médicas empregadas devem estar sempre baseadas nas melhores evidências científicas.

Como o princípio da beneficência proíbe causar dano deliberado, esse fato é destacado pelo princípio da não maleficência, que estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente e é universalmente consagrado através do aforismo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar).

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade; conseqüentemente nos remete ao célebre filósofo alemão Immanuel Kant⁽⁹⁾, para quem o ser humano tem obrigação de ser ético, por ser racional.

Assim, os profissionais de saúde devem tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. Devemos atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente.

A Bioética reconhece a pluralidade de opções morais presentes nas sociedades e propõe o estabelecimento de

* Beauchamp TL & Childress JF. Princípios da ética biomédica. Tradução da 4th edição americana, publicada sob o título Principles of biomedical ethics. New York; Oxford University Press, 1994.

mínimos acordos. Como exemplos de conflitos modernos, citamos a clonagem humana, a fertilização assistida, a interrupção de gestação, a manutenção da vida e a ortotanásia, a engenharia genética. Os procedimentos que permitam decisões consensuais têm uma importância fundamental. Quando não há este acordo, o Direito deverá estabelecer os limites para o que é permitido⁽¹⁰⁾.

Em uma de suas entrevistas, o Marco Segre,⁽¹¹⁾ consagrado bioeticista brasileiro, reflete que a visão pragmática da autonomia (quase sempre utilizada pelos profissionais de saúde), descrita por Beauchamp e Childress, vem "de fora". Um médico psiquiatra, um sociólogo ou uma psicóloga analisam e concluem se um paciente é capaz de tomar decisões em relação à sua vida ou sua saúde e lhe conferem, ou não, a condição de ser autônomo. Já a visão filosófica de autonomia é indefinível, vem "de dentro" ("eu posso tomar uma decisão, eu quero tomar esta decisão").

No filme *Forrest Gump*, o contador de histórias, o tenente Dan passa grande parte de sua vida revoltado e inconformado pelo fato do soldado Forrest tê-lo salvo no Vietnã, após um sangrento combate entre eles e os vietnamitas, e ter que viver sem suas duas pernas, perdidas neste episódio. Na visão do tenente, Forrest não havia respeitado sua autonomia quando ele, ferido no campo de batalha, implorou a Forrest para que o deixasse morrer lá.

Porém, os conceitos profundamente enraizados por Forrest através de sua educação materna e dos ensinamentos do Exército nortearam sua ação no salvamento do tenente, independente da autonomia do tenente. Anos após, já utilizando duas modernas próteses de membros inferiores, o tenente Dan emocionadamente agradece a Forrest por ter salvo sua vida no Vietnã.

Refiro-me a este episódio para ilustrar a teoria da *reflexão autônoma* a que o prof. Marcos Segre se refere frequentemente e que nos coloca em situações clínicas conflituosas no exercício da medicina, como o paciente Testemunha de Jeová que não aceita a transfusão de sangue em situações críticas, mesmo correndo risco de morte. Com base nesta reflexão, podemos dizer que a autonomia do paciente é limitada e deve ser confrontada com evidências científicas e até mesmo com nossa espiritualidade e nossos códigos de ética profissionais.

Como aplicar os princípios básicos da bioética na vida diária pessoal e profissional? Até onde vai a autonomia de um paciente sem ferir nossa própria espirituali-

dade? É possível aplicar os princípios da beneficência e da *não maleficência* frente a uma jovem adolescente com retardo mental severo e deficiência auditiva, grávida por ter sido vítima de violência sexual dentro da própria família? Como ser justo e escolher uma entre duas vidas quando esta escolha for necessária?

O princípio, teoria, ou doutrina do duplo efeito é uma regra ética que se refere à permissibilidade de ações das quais dois efeitos seguem-se simultaneamente, sendo um bom e outro mau. Logo, são ações que possuem 'duplo efeito'. Este princípio tem sua origem na *Summa Theologiae* de São Tomás de Aquino⁽¹²⁾. Geralmente, exigem-se quatro condições necessárias para a sua aplicação: a) que o ato em si deva ser moralmente bom ou ao menos indiferente; b) que o efeito bom, e não o efeito mau, deva ser objeto da intenção; c) que ambos os efeitos devam fluir simultaneamente (na ordem da causalidade, mas não necessariamente da temporalidade), ou seja, que efeito bom não deva ser produzido por meio do efeito mau; d) que haja uma razão proporcionalmente grave para a permissão do efeito mau, ou seja, que o efeito bom deva compensar o efeito mau que o acompanha.

Ao diagnosticar uma gravidez na trompa de uma mulher, a conduta é a interrupção desta gestação, com objetivo único de preservar a vida materna (que pode estar em risco, caso esta trompa sofra uma rotura e cause uma grande hemorragia abdominal). Embora estejamos interrompendo uma vida, a conduta médica segue os princípios descritos e não deveria criar conflito com nossa espiritualidade.

O princípio do *duplo efeito* é proposto e defendido pela Santa Sé⁽¹³⁾ que, embora condene a eutanásia, admite a utilização de medicação com o efeito de minimizar a dor e o sofrimento, mesmo que a consequência possa ser a morte do ser humano. Destaca a importância da intenção da ação e que necessariamente não deve haver vínculo causal entre o processo de minimização da dor e a morte.

Tal tese funda-se na Ética das Virtudes e é referencial para a grande maioria dos estudiosos que defendem a ortotanásia, que significa a morte digna, no tempo e lugar corretos. É o encerramento de uma vida plena, que se dá de forma digna e humana. Sob esta perspectiva, a morte é parte integrante da vida, motivo pelo qual não deve ser acelerada ou provocada (eutanásia), nem evitada a todo o custo (distanásia)⁽³⁾. Já em 1957, o Papa Pio XII declara a aceitação do uso de medicação para dores

consideradas insuportáveis ao ser humano, afirmando que a redução da dor pode levar a morte, mas não deve ser a sua causa.

Os profissionais de saúde que trabalham diariamente com o ser humano fragilizado pela doença, de forma aguda ou crônica, muitas vezes sem perspectiva de cura, com alguma frequência estarão de frente a situações, no mínimo, reflexivas. Como médico, com experiência na área da gestação de alto risco e medicina fetal, vivenciei diversas situações onde, à primeira vista, eu os demais profissionais de saúde nos sentimos dentro de conflitos indissolúveis. Após reflexões, leituras e trocas de experiências, estes conflitos iniciais foram resolvidos e transformados em soluções para outras pessoas em oportunidades futuras.

Um pouco desta experiência pessoal e alguns conflitos vividos pela ciência procurei trazer para esta leitura (os nomes citados não são reais).

A Mulher sem passagem

Começo de carreira, interrogatório no plantão a uma gestante com dor:

- Dna. Márcia, a senhora já tem filhos?
- Tenho dois.
- Partos normais ou cesareanas?
- Duas cesáreas.
- A senhora sabe por que?
- No primeiro, foi porque eu não tinha "passagem"; o segundo, não sei!

Comecei a observar que muitas pacientes submetidas à cesárea anteriormente não tinham "passagem". Por que não tinham "passagem"? Será que o que eu tinha aprendido estava errado? Ia mais a fundo em meu interrogatório:

- Dna. Tânia, a senhora foi operada no primeiro parto porque não tinha passagem. Mas a senhora entrou em trabalho de parto?
- Não, o médico do Pré-Natal disse que, dificilmente, eu teria parto normal e marcou a Cesárea.

Eu havia aprendido sobre a tal "prova de trabalho de parto" a que toda paciente deveria ser submetida se nunca tivesse dado à luz. Se a Dna. Tânia não entrou em trabalho de parto, como o médico poderia saber que ela não "teria passagem" para um parto normal?

Não existe índice considerado normal de partos resolvidos por cesáreas, mas certamente nossos números

são elevadíssimos e refletem uma perversão da assistência obstétrica brasileira. Na Europa, variam de 7 a 12%; nos Estados Unidos, de 15 a 25% e no Brasil aproximam-se dos 40% (média nacional entre serviços públicos e privados, pois em maternidades privadas de São Paulo atingem 90%). Por que esta perversão se praticamos no país obstétrica de altíssima qualidade (uma das melhores do mundo), com recursos humanos e tecnológicos da mais alta expressão?

A cesárea é uma cirurgia indicada quando o parto normal não é possível por razões maternas ou quando há risco de vida ou agravo à saúde fetal; assim, é um procedimento de extrema valia, quando necessário, e não pode ser banalizada e seus riscos e consequências serem subestimados. Por causa da ansiedade e medo da dor associados ao trabalho de parto, muitas mulheres optam pela cesárea, incentivadas ou não por seus médicos. Com as modernas técnicas de analgesia de parto e com os avanços na monitorização do bem estar do feto durante o trabalho de parto, não há por que temer este momento. Além disso, o trabalho de parto e o parto normal completam, de maneira incomparável, a maternidade e a feminilidade, sob seu amplo aspecto psíquico. Em nome da autonomia da paciente, como alguns médicos alegam, teríamos o direito de submetê-la a "cesárea a pedido"? Acredito que não, e evoco de forma simples e objetiva o princípio da não maleficência, resguardando a paciente de qualquer risco desnecessário. Há evidências científicas suficientes na literatura médica demonstrando que as complicações da cesárea são maiores que as que ocorrem após um parto normal; sendo assim, submeter as mulheres a este risco sem uma indicação técnica precisa fere severamente o princípio da não maleficência.

Eduardo Gaspar Siebold⁽¹⁵⁾, historiador de obstetria, escreveu que "...o grau de civilização e moral de um povo é refletido pela obstetria, pois revela o zelo que se tributa à mãe e ao futuro cidadão...". Acredito que o Brasil caminha, a passos largos, para a melhoria social e cultural. Nossa obstetria deve acompanhar esta direção e transformar o modelo existente de assistência ao parto centrada no obstetra privado para trabalho de equipes multiprofissionais (com médicos e enfermeiras obstetrias) adequadamente remunerados, trabalhando com protocolos de atendimento bem definidos e desenvolvimento profissional permanente.

A Interrupção da gestação da jovem adolescente

Também começo de carreira:

- *Dona Maria, a Renata está grávida.*

- *Como grávida, ela tem apenas 13 anos, não fala, não escuta, tem retardo mental, como está grávida?*

Dona Maria era funcionária do serviço de higiene e limpeza do Hospital, uma pessoa humilde e trabalhadora que, como tantos outros brasileiros, deixava Renata sendo cuidada por uma moça em sua casa. Renata, apesar de pouca comunicação com as pessoas a seu redor, realmente estava grávida (depois viemos a saber que foi de um tio que freqüentava a casa esporadicamente).

E a situação estava caracterizada como violência sexual, devido ao retardo mental severo e à sua idade.

O código penal brasileiro, em seu artigo 128, considera o aborto impunível em apenas duas situações: quando não há outro meio de salvar a vida da mãe (como em algumas pacientes com doença cardíaca grave) e quando a gravidez resulta de estupro. A pedido de dona Maria, iniciamos todos os procedimentos técnicos e jurídicos para a interrupção daquela gestação. Após alguns dias, a gestação foi interrompida por uma microcesárea, pois Renata já se encontrava entre o 4º e o 5º mês de gestação. Por mais experiente e frio que fosse o cirurgião (meu chefe e professor) que liderou todo o processo e a cirurgia, ficará para sempre em minha memória seu semblante ao retirar aquele feto do útero materno, cobri-lo com uma compressa e pedir licença para deixar o procedimento, enquanto seus auxiliares terminamos a cirurgia.

Nesta época a que me refiro, os conceitos bioéticos atuais ainda não existiam em nosso meio. Porém, trazendo este caso para os nossos dias, nos baseamos no princípio da autonomia (no caso, da responsável pela Renata) para justificarmos nossa conduta de interrupção.

Além disso, ao reconhecermos o valor moral de Renata, procurando maximizar o bem destinado a ela e, por conseguinte, reduzir o mal a ela causado, podemos evocar o princípio da beneficência. Poderíamos, ainda, referir-nos ao princípio da não maleficência para justificarmos a interrupção daquela gestação para evitarmos todos os danos sociais e psicológicos previsíveis à Renata e dona Maria.

Embora estivéssemos interrompendo uma vida sem transgredir o código penal brasileiro, aquele feto era

como qualquer outro que nasceu naquele dia. Sabíamos que aquele procedimento técnico era um alívio para dona Maria e provavelmente para Renata também; mas nossa espiritualidade estava em conflito. Transpondo este caso para hoje e tendo como base os atuais princípios bioéticos, também estaríamos tranquilos e confortáveis em nossa conduta. Mas, em todas as situações semelhantes pelas quais passamos, este conflito com nossa espiritualidade foi revivido.

A Redução embrionária na fertilização assistida

Com alguns anos de carreira:

- *Olha colega, após a coleta de oócitos de Dna. Francisca e preparação do espermatozoides do Sr. Paulo, fizemos a fertilização "in vitro" e foram gerados oito embriões. Iremos implantar cinco no útero da Dna. Francisca, pois estatisticamente sua chance de gravidez irá aumentar.*

- *E se houver uma gravidez com mais de dois embriões?*

- *Pode-se fazer a redução embrionária.*

- *E como se faz?*

- *Provoca-se a morte dos dois embriões mais próximos da agulha de punção para preservar os outros dois. OK.*

Eu ainda não conhecia os princípios bioéticos descritos acima, mas respeitei a decisão do casal quando optaram pela redução embrionária ao estarem grávidos de quatro embriões. Sem dúvida, foi uma decisão difícil para o casal e tentei causar certa resistência, mesmo com dúvida se estava tendo uma atitude correta. Mas, levando-se em consideração a angústia de poder perder a vida dos quatro, o casal optou por aumentar a chance de dois dos embriões.

Com base nesta conduta, milhares de embriões humanos têm sido "gerados" nos laboratórios de fertilização assistida e depois "retirados" nas clínicas especializadas em medicina fetal ao longo dos últimos vinte anos. Para coibir esta conduta, o Conselho Federal de Medicina⁽¹⁶⁾, publicou em Diário Oficial a resolução 1.358, de 11 de Novembro de 1992, sobre as *Normas Éticas para a utilização das Técnicas de reprodução assistida*. Nesta, entre outros princípios, normatizou que "o número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não devem ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade" (gravidez múltipla) e que em caso de gravidez múltipla decorrente do uso das técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

Apesar desta resolução, não há fiscalização suficiente

e sabemos que diversos profissionais ainda não respeitam o mais elementar dos princípios éticos: o respeito à vida.

Porém, há outra questão a ser refletida: com tanta informação disponível atualmente, os "clientes" que procuram estas clínicas conhecem as técnicas, seus riscos, sua chance de gravidez e as potenciais complicações dos procedimentos, entre eles a gravidez múltipla, que ocorre atualmente em pelo menos 25% dos casos de fertilização assistida⁽¹⁷⁾. Mesmo assim, permitem a implantação de mais de quatro embriões para "aumentar a chance de gravidez", muitas vezes esgotados física e psicologicamente por já terem sido submetidos a outras tentativas de gravidez. Até onde pode chegar a *autonomia* do ser humano? Aplicar a redução embrionária com o argumento de salvaguardar a vida dos outros embriões conflita com os resultados práticos em nossas maternidades (mesmo nas públicas), onde se consegue preservar a vida de recém-nascidos com mais de 750g em mais de 80% das vezes. Existe então justiça quando se escolhe entre os embriões quais serão "sacrificados" e quais permanecerão vivos? Definitivamente, não.

Felizmente, nos últimos anos os cientistas desenvolveram técnicas que aumentam a chance de gravidez com a implantação de apenas um embrião, eliminando o risco da gestação múltipla e a potencial redução embrionária⁽¹⁸⁾, embora ainda seja conduta controversa entre os especialistas.

Porém, enquanto estas questões não forem discutidas com a sociedade e diretamente com os pais nas clínicas de fertilização assistida, princípios bioéticos estarão sendo omitidos ou utilizados de maneira distorcida justificar tais procedimentos "científicos".

O uso de células-tronco

É muito saudável o equilíbrio entre espiritualistas, cientistas e conservadores republicanos. Se não fosse por isso, alguns cientistas já teriam clonado humanos aos milhares. Uma das maiores descobertas da ciência na última década foi o uso terapêutico das células tronco. As células-tronco, também conhecidas como células-mãe ou células estaminais, são células que possuem a capacidade de se dividir dando origem a células semelhantes às progenitoras e de se transformar (num processo também conhecido por diferenciação celular) em outros tecidos do corpo, como ossos, nervos, músculos e sangue.

Devido a essa característica, as células-tronco são

potencialmente úteis em tratamentos de combate a doenças cardiovasculares neurodegenerativas, diabetes insulino dependente (tipo 1), acidentes vasculares cerebrais, doenças hematológicas, traumas da medula espinhal e nefropatias.

O principal objetivo das pesquisas com células-tronco é usá-las para recuperar tecidos danificados por essas doenças e traumas. São encontradas em células embrionárias e em vários locais do corpo, como no cordão umbilical, medula óssea, no sangue, no fígado e na placenta.

No atual governo republicano dos EUA, país que mais investe em pesquisa no mundo, sempre houve uma posição conservadora em relação aos atuais assuntos científicos; o governo George W. Bush ofereceu resistência à pesquisa com células-tronco, à clonagem e à fertilização assistida, por exemplo. Em Julho de 2006, o presidente norte-americano George W. Bush vetou um projeto de lei que permitiria o uso de verbas públicas federais para pesquisa com células-tronco. A grande discussão é que os tipos mais úteis de células-tronco até agora descobertas eram originárias de embriões humanos especialmente criados para isso, mas a prática gerou temores de ordem ética porque eles eram destruídos no processo.

Mas todo o mundo não diz que estas células-tronco serão a futura cura para as doenças degenerativas (como a doença de Parkinson e o mal de Alzheimer), para pacientes com lesão de tecidos como traumas na medula espinhal ou infarto do miocárdio? Então por que criar barreiras à evolução da ciência?

O veto obrigou os cientistas a correrem atrás do prejuízo. Nos primeiros dias de 2007, pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade de Wake Forest, no Estado americano da Carolina do Norte, conseguiram extrair as células do líquido amniótico que envolve o feto no útero de mulheres grávidas e cultivaram-nas em laboratório. Em artigo na publicação *Nature Biotechnology*⁽¹⁹⁾, os descrevem que extraíram estas células de amostras do líquido retirado como parte de exames regulares feitos durante a gravidez e fizeram uma cultura em laboratório. Após constatarem seu potencial de transformação em ampla variedade de células, transplantaram-nas para ratos de laboratório e realizaram mais testes para observarem como reagem quando incorporadas a um ser vivo. Os resultados foram encorajadores, pois as células-tronco se propagaram e começaram a produzir substâncias

importantes no cérebro e fígado. Estas células se mostraram tão boas quanto as embrionárias! Pronto, não precisaremos mais nos preocupar com a morte dos embriões para conseguirmos o tratamento de tantas doenças no futuro. Os milhares de embriões congelados nas clínicas de fertilização assistida do mundo poderão descansar em "paz", pelo menos até a próxima descoberta científica que utilizem embriões.

Então, novos Bushs terão assumido cargos de presidência para novos vetos!

CONCLUSÃO

Os profissionais que trabalham nas unidades de terapia intensiva e nos pronto socorros vivenciam diariamente dramas semelhantes e conhecem, na prática, a dificuldade de se utilizar os princípios bioéticos em todas as situações. A teoria principialista abordada anteriormente não tem unanimidade, mas pode ser um grande referencial para nossas vidas. Apesar de ter sido escrita há pouco mais de duzentos anos, a ética kantiana é extremamente moderna⁽¹³⁾. Sua *ética do dever* é moderna porque confia no homem, na sua razão e na sua liberdade.

É a ética do homem empreendedor, e nisto coincide com o surgimento e a ascensão da sociedade industrial e capitalista. Porém, é estranha ao capitalismo consumista,

na medida em que não dá grande valor ao gozo dos prazeres, acentuando privilegiadamente os deveres.

A ciência não pode parar de evoluir, porém os aspectos éticos e espirituais não podem deixar de ser discutidos e referenciados. A felicidade de que Kant fala é a da consciência do dever cumprido; por isso, a necessidade de que tenhamos compaixão (nos coloquemos sempre no lugar do paciente). E ao falar também na busca dos bens materiais, é porque considera que ser feliz é um dever do homem, uma vez que um homem frustrado faz mal a si e aos outros. Temos, pois, até a obrigação de tudo fazermos para ser felizes, desde que seja tudo o que possa ser universal, dentro do respeito aos demais.

Todos os profissionais de saúde devem viver a espiritualidade em sua vida pessoal e no exercício da profissão, a fim de realmente contribuir para melhorar a saúde das pessoas. Que tenhamos a sabedoria de usar estes referenciais no dia a dia com nossos pacientes.

"A religião e a ciência hão de preservar sua autonomia e seu caráter distintos...cada uma possui seus próprios princípios, suas formas de proceder, sua diversidade de interpretação e suas próprias conclusões. Cada uma pode e deve ajudar a outra com uma dimensão diferente de uma mesma cultura humana e nenhuma deve assumir que constitui premissa necessária para a outra. A oportunidade que temos hoje é a de uma relação interativa comum".

Papa João Paulo II, 1988

REFERÊNCIAS

1. Andersen AN, Gianaroli L, Felberbaum R, de Mouzon J, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology. *Hum Reprod* 2006; 21(7): 1680-97.
2. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York; Oxford University Press, 2nd ed.; 1983.
3. Conselho Federal de Medicina. Normas Éticas para a utilização das Técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União - Resolução 1.358, 11 de Novembro de 1992.
4. Drane J & Pessini L. Bioética medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. Tradução: Adail Sobral, Maria Stela Gonçalves. São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.
5. Durand G. Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. Tradução: Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2003.
6. Fornazari SK. Trans / Form / Ação, São Paulo 2004; 27(2), 31-50.
7. Gonzáles MC. ¿Por qué bioética y derecho? *Acta bioeth* 2002; 8(2): 183-93.
8. Kant, Immanuel. Crítica da Razão Pura. Tradução: Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Morujão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1985.
9. Kant I. Crítica da Razão Prática. Tradução: Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1986.
10. Kemp P. L'irremplaçable. Paris: Du Cerf; 1997.
11. Pessini L. Eutanásia, por que abreviar a vida? São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.
12. Pessini L & Barchifontaine CP. Bioética e longevidade humana. São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2006.
13. Potter VR. Bioethics: science of survival. *Persp Biol Med* 1970; 14: 127-53.
14. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
15. Reich WT (editor in chief). Encyclopedia of bioethics. Revised edition. Georgetown University, Simon & Schuster MacMillan, 1995.
16. Segre M. In <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=36>. Acesso em 10 de Janeiro de 2007.
17. Siebold EG. Essai d'une Histoire de l'Obstétrique. Trad. Fr. De HERRGOTT, F.J., Steinheil, Paris, 1884-1892. In Delascio D & Guariento A- Obstetrícia Normal Briquet - 3ª edição; Ed. Sarvier, São Paulo, 1981.
18. Summa Theologiae, II-II, q. 64, a. 7. Acesso em 10/01/2007 in: <<http://www.newadvent.org/summa/306407.htm>>.
19. Sousa AD. Variáveis conceituais da eutanásia. *Rev Esc Direito, Pelotas*, 2003; 4(1): 505-22.
20. Terriou P, Giorgetti C, Hans E, Salzmann J, Charles O, Cignetti L, Avon C, Roullet R. Comment améliorer nos résultats en AMP? La France est-elle en retard? *Stratégie congélation embryonnaire. Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(9): 786-92.
21. Trounson A. A fluid means of stem cells generation. *Nature biotechnology* 25(1); 62-3, 2007.