

# *AFIRMAÇÃO HISTÓRICA DA BIOÉTICA E MULTICULTURALISMO*

*Gabrielle Bezerra Sales\**

## **RESUMO**

O artigo medita sobre a afirmação histórica e cultural dos grupos e minorias vulneráveis no âmbito da saúde, comparando-a com a consolidação paralela dos movimentos, originariamente estadunidenses, da bioética e do multiculturalismo. Intenta relatar os casos paradigmáticos de violação das garantias e direitos fundamentais da pessoa humana para, a partir deles, apontar para um perfil reinventado de relação social na área da saúde, em que a autonomia e a dignidade passam a ser os referenciais, especialmente após a inserção da escola principialista. Confronta, por fim, a extensão e a validade do principialismo norte-americano com a complexa teia de seres humanos, refletindo acerca da impossibilidade de uma espécie de padronização, enaltecendo como consequência natural do amadurecimento do discurso bioético, a inclusão de todos, mediante a idéia de pluralismo e tolerância, para o reconhecimento da diversidade social.

**Palavras-chave:** Bioética. Diversidade. Pluralismo.

## **1 INTRODUÇÃO**

O multiculturalismo é uma reação às supostas formas de integração monoculturais, denunciando a bipolarização das concepções modernas focadas nas tipologias de maioria/minoria, numa exaltação ao direito à expressão da diferença. Trata-se de movimento, tal qual a bioética, originário do final do século, que, partindo dos EUA, se estendeu para os demais países. Firma-se na explanação da singularidade como elemento identificatório essencial para estruturar as formas de tutela na construção de sociedades livres, solidárias e plurais.

A bioética, paralelamente, é um discurso que se viabilizou em virtude dos apelos da sociedade em sua busca do pluralismo ético, estando sob o signo da tolerância ao diferente e do respeito à multiplicidade de raças, de crenças e de opiniões.

---

\* Gabrielle Bezerra Sales é Advogada, Coordenadora Geral do Curso de Direito da Faculdade Christus, membro do Comitê de Ética na Pesquisa com seres humanos da Faculdade Christus, Mestre em Direito Constitucional pelo convênio das Universidades Federais do Ceará e de Santa Catarina (UFC- UFSC), atualmente em fase de defesa de doutorado em Direito Civil na Universidade de Augsburg na Alemanha e cursando créditos na qualidade de doutoranda em Bioética pelo convênio luso-brasileiro entre a Universidade do Porto e o CFM- Conselho Federal de Medicina.

Mainetti adverte que, frente à bioética, não se trata mais de uma discussão meramente acerca do direito individual e negativo à saúde, muito menos do direito à assistência sanitária, mas também e prioritariamente, a respeito de uma macrobioética, isto é, acerca de uma responsabilidade global em relação a toda e qualquer forma de ameaça à vida<sup>1</sup>.

Efetivamente, a bioética surgiu na esteira dos questionamentos dos progressos tecnocientíficos, em que são colocados a descoberto os processos médicos, científicos e biológicos, anteriormente considerados naturais. Consiste na inaugural forma de procedimento que clama não apenas pelo conhecimento e sua divulgação responsável, mas pela justificativa moral dos fatos e circunstâncias envolvidas.

Revela, portanto, que toda ação humana é, antes de tudo, uma ação baseada numa opção ética e, conseqüentemente, sempre pode ser traduzida numa justificativa moral. Percebe-se que atualmente foi colocada à prova a lógica dos mais importantes processos biológicos para o Homem: o nascer<sup>2</sup> e o morrer<sup>3</sup>.

A crise desvelada é de caráter tanto público quanto privado, no sentido de que esses processos não podem mais ser relegados à natureza ou às leis ditadas por ela. Repercutem, então, na forma como o homem costumeiramente forjou seu entendimento sobre a vida, bem como sobre as normas éticas, morais e jurídicas que o ajudam a delinear esse perfil.

Face ao progresso tecnocientífico, a Humanidade se viu forçada a reavaliar seus pressupostos e categorias éticas. Diante das múltiplas possibilidades apresentadas atualmente pela biotecnologia, até mesmo a mera omissão já se caracteriza como um ato eticamente responsável e de profunda relevância.

Assim, é que no processo de surgimento da bioética, alguns fatores formam o mosaico do pano de fundo que foi decisivo para o cenário dos EUA dos anos 60 e 70. Inicialmente, a profusão de denúncias relacionadas às pesquisas científicas com seres humanos. É naquele momento, ressurgiu a profunda indignação coletiva existente na época da Segunda Guerra quando foram reveladas as atrocidades dos campos de concentração sob orientação dos regimes nacionais-socialistas, ao tempo em que advém o movimento do multiculturalismo.

## 2 AFIRMAÇÃO HISTÓRICA DA BIOÉTICA

Rothman sugere que os julgamentos dos cientistas e médicos do regime nazista eram considerados pela comunidade científica mundial, até meandros da década de 70, como um acontecimento distante, de caráter perverso, que havia recebido pouca cobertura da imprensa e que teria tido uma mínima e incipiente repercussão no âmbito da ciência.<sup>4</sup> (Rothman D, 1999)

O Código de Nuremberg, lembra ainda Rothman, era raramente citado e os cientistas, até os anos 70, o consideravam irrelevante para o seu trabalho. De fato, os cientistas consideravam improvável que tais experimentos fossem

obra de algum médico e restringiam a responsabilidade daquelas crueldades a soldados nazistas e a oficiais que, em seu explícito sadismo, nada se pareciam com o perfil de um médico ou um pesquisador<sup>5</sup>.

Outros aspectos imprescindíveis ao surgimento da bioética foram os movimentos contra o universalismo, a gradual abertura e a democratização do saber, especialmente nas áreas da saúde, deixando a medicina de ser uma profissão fechada em guetos de radical autoritarismo e passando a ter que dialogar com profissionais de outras áreas, numa perspectiva de atravessamento dos saberes.

Igualmente determinante foi a participação da mídia nesse processo, fortalecendo-se a ponto de ser atualmente um dos mais consistentes meios de formação do senso comum. Para grande maioria das pessoas, atualmente, a mídia ocupa o *status* que outrora foi ocupado pelo Estado e pela Religião.

Nesse sentido, Jonsen aponta como de decisiva relevância, dentre outros dois acontecimentos, a publicação em 1962, na revista *Life*, do artigo da jornalista Shana Alexander sobre o Comitê de Admissão e Políticas do Centro Renal de Seattle, ou melhor, Comitê de Seattle, como ficou usualmente conhecido<sup>6</sup>.

Segundo Jonsen, esse comitê tinha como objetivo primordial a decisão das prioridades na alocação de recursos na área da saúde. E como havia, naquela cidade, uma demanda superior de pacientes renais crônicos para a disponibilidade de máquinas no recém-inaugurado programa de hemodiálise, os médicos optaram por incumbir a um pequeno grupo de leigos a tarefa de eleger os critérios de seleção daqueles que poderiam ser atendidos<sup>7</sup>.

Jonsen afirma ainda que, inusitadamente, ocorreu a transferência de uma área de decisão que outrora era restrita aos médicos para a comunidade, ou seja, para o domínio público<sup>8</sup>. E, com isto, houve uma irrefutável ruptura no saber e na ética médica com a conseqüente afirmação dos direitos civis das minorias, notadamente dos vulneráveis.

### 3 CASOS PARADIGMÁTICOS

Em 1966 ocorreu nas palavras de Jonsen, outro fundamental acontecimento para a história da bioética<sup>9</sup>. Trata-se da divulgação do artigo de Henry Beecher sobre os experimentos em seres humanos realizados com recursos provenientes de instituições governamentais e da indústria farmacêutica em que os indivíduos eram meramente desconsiderados como cidadãos<sup>10</sup>.

Da compilação dos relatos extraídos dos jornais, Beecher publicou 22 casos que envolviam indivíduos destituídos de toda e qualquer possibilidade de exercer alguma forma de autonomia ou, até mesmo, de resistência, frente à imposição da pesquisa e, muito menos à autoridade investida pelo pesquisador. Eram relatos que envolviam: crianças portadoras de retardos mentais, internos em hospitais de caridade, idosos abandonados em asilos, pacientes psiquiátricos em geral, recém-nascidos e presidiários<sup>11</sup>.

Além da incapacidade, da vulnerabilidade e da falta de autonomia daqueles que estavam submetidos aos experimentos, o que também os caracterizava era a completa desinformação acerca dos procedimentos, das drogas e substâncias que lhes eram inoculados, bem como sobre as possíveis e cruéis conseqüências decorrentes.

Beecher concluiu, desta forma, que dentre 100 pesquisas envolvendo seres humanos publicadas no ano de 1964 num jornal de grande notoriedade científica, um quarto delas ou haviam sido realizadas em condições desumanas que contrariavam todos os princípios morais e éticos, ou então foram detectados problemas com os protocolos<sup>12</sup>.

O número de casos arrolados por ele<sup>13</sup> teve um efeito considerável na comunidade científica estadunidense e também na sociedade em geral, pois dos 50 artigos compilados, somente dois apresentavam, atrelados aos seus respectivos protocolos, os termos de consentimento dos participantes dos experimentos.

Tal constatação o levou a propor o consentimento informado do paciente e o compromisso de agir responsabilmente por parte do pesquisador, dali em diante, como parte obrigatória do protocolo de pesquisa.

Outro caso igualmente eloqüente, ocorrido nos EUA, em termos de abuso em experimentos com seres humanos, ficou conhecido como caso *Tugeskee*<sup>14</sup>. Consistiu numa pesquisa conduzida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (U.S. *Public Health Service* – PHS) para acompanhar o ciclo natural da evolução da sífilis em sujeitos infectados.

Em Julho de 1972 o *The New York Times* revelou ao mundo que a pesquisa realizada no Alabama com um contingente de 600 pessoas negras, na maioria analfabetas, duraria originalmente apenas um ano, mas era regularmente re-avaliado por oficiais do Serviço Público de Saúde (*Public Health Service*) que entenderam o seu valor científico e a necessidade de seu prosseguimento por longos 40 anos.

Ocorre que, no intuito de avaliar as condições e o desenvolvimento da enfermidade, de 1930 ao início de 1970, 400 pessoas negras, com diagnóstico de sífilis, foram largadas sem o devido tratamento, tendo sido utilizado apenas o placebo. Os pesquisadores, todavia, afirmaram que se tratava de medida necessária, pois após a descoberta e a difusão dos antibióticos, não era mais possível acompanhar os efeitos da sífilis, em longo prazo.

Aos pacientes, todavia, no decurso da pesquisa, não foi nada informado sobre o experimento e nem quanto à possibilidade de um tratamento alternativo. No entanto, a penicilina<sup>15</sup> que é o principal medicamento para sífilis, já havia sido descoberta e já era comumente aceita e recomendada a sua utilização nesses casos.

O fato é que o caso *Tugeskee* tornou-se notório, além da aberrante forma de recrutamento de pacientes, também devido à relação existente entre ele e

as formas de discriminação racial. Os pesquisadores haviam prometido, por exemplo, além de outras coisas, internamento em hospitais, tratamento para as doenças, meios de deslocamento para os pacientes e lanches grátis.

Jonsen esclarece que o caso só veio a público, através da reportagem do *New York Times*, após várias tentativas por parte de Peter Buxtun (funcionário do PHS- *Public Health Service*), de esclarecimento aos órgãos do governo americano, das impossibilidades éticas, morais e científicas e de seu injustificado prosseguimento<sup>16</sup>.

*The study had been perpetrated by the government through officials of the Public Health Service, whose sworn duty it was to protect the health of Americans, not to exploit them, even for science's sake. The revelations seemed to bring the horrors of the Nazi medical experiments, which many had judged impossible in the United States, into our benign scientific and medical world. The ethics of research, which had been under quiet scrutiny for a decade, now broke into public view<sup>17</sup>.*

Em sua historiografia da Bioética, Jonsen aponta, porém, como o terceiro evento relevante, os efeitos na sociedade após a divulgação na mídia de um transplante de coração de uma pessoa quase morta em um doente cardíaco terminal, realizado em 1967, por Christian Barnard, um cirurgião cardíaco da África do Sul.

O fato é que se tratava de um paciente que estava “quase” morto, então houve nítida mobilização social no sentido de forçar a comunidade científica a estabelecer critérios que indicassem e, portanto, definissem o instante preciso da morte. Tal interrogação, “*who shall live? Who shall die?*”, se tornou desde então, uma questão tanto plena quanto perene, na bioética.

Em cinco de agosto de 1968 um comitê *ad hoc* formado por médicos e leigos da Universidade Harvard anunciou, através de artigo publicado no *Journal of the American Medical Association*, o estado de coma irreversível como o critério para a definição de morte encefálica e, com isto, a liberação para o transplante dos órgãos não-afetados<sup>18</sup>.

Ramsey acusou, no entanto, de utilitarista a decisão do comitê e afirmou que se tratava de uma tentativa de ter mais órgãos e materiais humanos disponíveis para as cirurgias de transplante. E atribuiu a decisão de definir morte pelo critério cerebral como algo resultante do fato de que dois dos membros do comitê haviam sido transplantados<sup>19</sup>.

Então, ele conclamou a revisão desse critério de morte encefálica, alegando que poderia ocorrer uma falta de devido cuidado com pacientes que, recorrendo às medidas de ressurreição, fossem simplesmente deixados de lado; e também que esse conceito de morte, considerado por ele obsoleto, causava controvérsias na obtenção de órgãos para transplante<sup>20</sup>.

O fato é que, muito embora não tenha sido aceito de forma unânime, o critério estabelecido pela Escola Médica da Universidade Harvard, passou a ser utilizado, no cenário internacional, como modelo oficial de morte clínica.

Porém, a despeito do desenvolvimento dos postulados que embasavam o conceito de morte, da legislação e da divulgação sobre o assunto, as bases científicas arroladas pelos membros do comitê da Harvard não satisfizeram muito a comunidade científica e a sociedade. Principalmente no que tange à distinção entre inconsciência permanente, normalmente causada por problemas cerebrais, e o conceito de morte encefálica.

Havia uma substancial perplexidade, portanto, em torno da forma de definição da morte<sup>21</sup>, levando a formulação da pergunta em termos filosóficos, ou seja: quais são as funções humanas necessárias para uma definição da vida, e como se reconhece a sua presença ou a sua ausência? O surgimento desse tipo de argumento no meio de discussões de caráter científico, segundo Morison, consistiu num dos momentos mais luminosos do início da bioética<sup>22</sup>.

Jonas foi um dos pioneiros, dentre os filósofos, a se ocupar da indagação e, para tanto, objetou que:

*We must remember, that what the Harvard group offered was not a definition of irreversible coma as a rationale for breaking off sustaining action, but a definition of death by the criterion of irreversible coma as a rationale for transposing the patient's body to the class of dead things, regardless of whether sustaining action is kept up or broken off [...] (this was) motivated not by the exclusive interests of the patient but with extraneous interests in mind... (and thus) they serve the ruling pragmatism of our time which will let no ancient fear and trembling interfere with the relentless expanding of the realm of sheer thing hood and unrestricted utility<sup>23</sup>.*

Birnbacher, objetando as possíveis questões acerca do critério de morte encefálica, afirma que para uma definição de morte, é necessária a pressuposição de um critério. E entende que: „*In der Tat richten sich die häufigsten geäußerten Bedenken gegen das Hirntodkriterium nicht gegen die wissenschaftliche Validität des Hirntods als Kriterium, sondern gegen die von diesem vorausgesetzte Todesdefinition: Was immer dieses Kriterium anzeigt, es ist nicht der Tod des Menschen.*“<sup>24</sup>

Adverte que, segundo a sua definição de morte, se obtém que a morte pode ser entendida em duas perspectivas distintas, isto é, uma perspectiva em que predomina o aspecto corporal e outra em que o indivíduo é concebido como pessoa. Porém, compreende que corpo e alma formam uma unidade individual que deve ser subentendida como a totalidade que perfaz o conceito de Homem<sup>25</sup>.

Alude, todavia, a posição do cérebro como órgão que, efetivamente, realiza a integração das funções corporais do indivíduo. E ensina que, no caso

de lesão ou mau funcionamento cerebral, o corpo não poderá mais ser entendido como uma totalidade<sup>26</sup>.

Observa que a morte encefálica entendida como um critério não poderá ser embasada em postulados morais ou éticos, e que a implicação principal desse critério consiste em seu uso para a aceitação e regulamentação dos transplantes de órgãos e para a definição do instante de início da vida humana, gerando também inevitáveis conseqüências sobre a forma de entendimento da condição humana dos fetos anencefálicos.

#### 4 GENEALOGIA DO PRINCIPALISMO NORTE AMERICANO

Foi exatamente nesse clima de extremos questionamentos e consternação pública que, em 1974, o Governo e o Congresso norte-americanos decidiram instituir um comitê nacional com o objetivo<sup>27</sup> de definir princípios éticos norteadores para as pesquisas envolvendo seres humanos. É assim formou-se a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental.

O que caracterizou a comissão foi a nova forma de discutir problemas éticos. Para a uniformização de um discurso, mediante a determinação de princípios que servissem de critérios para todos os tipos de pesquisas realizadas em humanos, partiram de um caos ético, mediante análise de dogmas, convicções religiosas e regras jurídicas e morais, visando meios de solucionar os conflitos.

Outro aspecto importante foi a transdisciplinaridade observada na seleção dos membros dessa comissão. Dentre os onze membros, havia: médicos, teólogos, advogados, eticistas, dentre outros. Esse critério transdisciplinar marcou definitivamente as decisões no âmbito da Bioética.

Durante o período de funcionamento, ou seja, de 1974 a 1978, foram editados vários relatórios sobre os diversos entendimentos que haviam sido obtidos pela Comissão Nacional.

A partir de 1976 foram editados relatórios que ressaltavam a necessária compatibilidade entre a vulnerabilidade de alguns grupos e a tutela que deveria ser proporcionalmente assegurada: *Research Involving Prisoners(1976)*; *Research Involving Children(1977)*; *Psychosurgery(1977)*; *Disclosure of Research Information(1977)*; *Research Involving Those Institutionalized as Mentally Infirm(1978)*; *Institutional Review Boards(1978)*; *Delivery of Health Services(1978)*; and *Special Study(1978)*.

O documento mais importante produzido por esse grupo de pessoas ainda estava por vir. De fato, na tentativa de encontrar os princípios adequados, em fevereiro de 1976, houve um intenso debate no centro de conferências *Belmont House*, isto é, Centro de Conferências do *Smithsonian Institution em Elkridge*, no Estado de *Maryland*.

Participaram desse debate eticistas famosos como: Alasdair MacIntyre, Kurt Baier, James Childress, H. Tristram Engelhardt, LeRoy Walters, entre outros. Os principais temas tratados foram: princípios para a pesquisa médica, relação risco-benefício, consentimento informado etc.

Somente no quadragésimo segundo encontro da comissão, no dia 10 de junho de 1978, o relatório *Belmont* foi aprovado. Esse curto documento, contudo, repercutiu de maneira decisiva na história e no desenvolvimento da bioética. Tornou-se a declaração principialista clássica, não somente para a experimentação em humanos, mas para a bioética em geral.

Os três princípios que ficaram estabelecidos neste relatório foram: respeito pelas pessoas; beneficência e justiça.

Inicialmente deve ser entendido que quanto ao respeito há uma conjunção de dois outros aspectos, ou seja, os indivíduos devem ser considerados e tratados como agentes autônomos e as demais pessoas, com autonomia diminuída, os chamados socialmente vulneráveis, devem ser protegidos de toda e qualquer forma de abuso ou violação.

## 5 PROBLEMATIZANDO O PRINCIPIALISMO

Importa considerar ainda que a vontade, uma espécie de pré-requisito, tornou-se o aspecto principal ressaltado nesse princípio, tendo como pano de fundo a obrigatoriedade de informação suficientemente clara e precisa para a validade do consentimento na participação de qualquer pesquisa.

Pessini adverte, entretanto, que o conceito de autonomia empregado pelos participantes da comissão não era o conceito kantiano, ou seja, o homem como autolegisador, mas um conceito de natureza empírica que se resume a considerar autônoma toda ação advinda de um consentimento legitimamente informado<sup>28</sup>.

Adverte ainda que do princípio de respeito às pessoas deriva também dois outros procedimentos práticos: o mais importante, segundo ele, é a obrigatoriedade do consentimento informado; e o outro é a necessidade de se discutir a forma de tomada de decisão por substituição, ou seja, quando se trata de pessoa incapaz e portanto impossibilitada de praticar ações autônomas<sup>29</sup>.

A Beneficência, por sua vez, é o princípio que mais se adéqua à deontologia médica do ocidente, remontando à história da ética médica, notadamente em relação ao juramento hipocrático. Consiste no compromisso do pesquisador de assegurar o maior bem-estar aliado aos menores riscos possíveis, aos seres humanos envolvidos, direta ou indiretamente, na pesquisa.

De inspiração filosófica, o princípio da Justiça se baseia no conceito de equidade social formulado por Rawls. Consiste basicamente no reconhecimento de necessidades diferentes para interesses iguais e é considerado, portanto, a



maior novidade instituída pelos membros da Comissão Nacional<sup>30</sup>.

Segundo Diniz e Guilhem,

Os participantes do Relatório Belmont justificaram a eleição de três princípios éticos, dentre um universo de possibilidades, argumentando que a escolha baseava-se em uma estrutura profunda do pensamento moral. Para eles, os princípios éticos escolhidos pertenciam à história das tradições morais do ocidente, havendo uma relação de dependência mútua entre eles, fato que garantiria sua harmonia quando aplicados<sup>31</sup>.

Os anos 90, todavia, marcaram um novo acontecimento relevante na história da Bioética<sup>32</sup>. Para alguns autores, trata-se de um novo começo que se destacava principalmente pelo abandono de um paradigma liberal dominado pelo princípalismo norte-americano e pelo advento de uma nova fase, apoiada num paradigma pós-liberal<sup>33</sup>.

## 6 MULTICULTURALISMO E BIOÉTICA

O esgotamento do modelo princípalista se deu basicamente devido à constatação das limitações dos modelos únicos e universais, que seriam supostamente aptos a solucionar todos os conflitos éticos, apesar da diversificação.

Assim, tanto o idealismo dos primeiros anos quanto a idéia de universalidade dos princípios foram colocadas à prova diante da necessária integração das diferenças sociais, sexuais, econômicas, dentre outras, que separam os homens em diversos grupos.

Houve, para isso, apenas o reconhecimento de que o indivíduo compreendido no ato de elaboração dos princípios, não possuía contrapartida no mundo real. Tratava-se de um indivíduo livre de qualquer tipo de opressão social, independente de orientação política, destituído de qualquer subordinação hierárquica. Um modelo humano, portanto, voltado totalmente ao individualismo e a conseqüente marginalização daqueles que não podiam ser enquadrados naquele protótipo universalista<sup>34</sup>.

Nesse sentido, o indivíduo da ética princípalista era uma idealização norte-americana que prefigurava uma situação também idealizada em que as desigualdades eram relevadas em nome de um modelo universal.

Tratava-se de um imaginário indivíduo ascético, secularizado, limpo, culto, emocionalmente seguro, profissionalmente bem posicionado, branco<sup>35</sup>, do sexo masculino e aspirante à imortalidade etc. É em nome desse projeto ético único, as especificidades de cada grupo cultural foram submetidas a critérios absolutos, ou seja, a padrões fechados e inflexíveis de solução das controvérsias morais.

Diniz e Guilhem ensinam que:

Sob a ditadura da opressão, a vontade do oprimido é antes a expressão da moralidade dominante que uma escolha livre. E para se referir à liberdade ou mesmo à autonomia é preciso que a pessoa esteja livre de todas as formas de opressão social. Definitivamente é preciso uma certa dose de crítica à hegemonia da autonomia em contextos de desigualdade<sup>36</sup>.

Runtenberg e Ach apontam motivos para o abandono do modelo liberal em favor do reconhecimento de uma nova fase na afirmação histórica da Bioética. Inicialmente, declaram a incapacidade do modelo liberal para consideração adequada da dimensão afetiva, da complexidade dos problemas práticos e das necessidades cotidianas que circundam as práticas médicas atuais<sup>37</sup>.

Declaram também que houve uma hiperinflação no conceito de autonomia, gerando atualmente uma necessidade de reformulação desse conceito, em que sejam considerados não apenas os desejos, expectativas e convicções morais dos pacientes, mas também dos médicos e da sociedade em geral.

Afirmam a precariedade do modelo liberal para a percepção das particularidades das minorias. E reconhecem a urgência da reabertura do discurso bioético a grupos outrora simplesmente não considerados. Entendem como extremamente ingênua a forma que a universalidade foi utilizada para entender e solucionar as controvérsias morais da atualidade.

Finalmente, demonstram que há uma significativa alteração nos postulados básicos da medicina, na medida em que os conceitos de saúde e enfermidade foram afetados no sentido de que não possa mais se embasar meramente em critérios científicos objetivos, mas devem considerar a história da vida do paciente e as condições as quais ele se encontra submetido.

Face às incessantes críticas e ao choque com a realidade, iniciou uma fase de extremo ceticismo no âmbito da bioética no sentido de uma formulação única que viesse a atender a todas as demandas e também servisse de parâmetro para os conflitos e inúmeras diversificações que envolvem o fenômeno humano.

Assim, em dezembro de 1990, em Chicago, por ocasião do Congresso médico no *Park-Ridge-Centers*, pode ser reconhecido o momento fundamental para a mudança do paradigma bioético.

Houve o alargamento da perspectiva bioética a partir de uma perspectiva multicultural, mediante a profusão de discursos inéditos<sup>38</sup>, e o deslocamento do centro de produção e difusão das idéias e teorias dos EUA para outros países e continentes. A Bioética deixava de ser um produto importado para adquirir características nacionais, particularizadas à situação de cada Povo, Estado e Nação<sup>39</sup>. (Cardoso de Oliveira R, 1988)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusivamente, entende-se que a bioética nasceu embalada pela dinâmica do processo de extrema autonomização estadunidense que eclodiu com o movimento de afirmação dos direitos civis, notadamente dos direitos dos diferentes, daqueles que eram lançados à marginalização das universalizações. Tal circunstância foi, ato contínuo, copiada pelos outros Estados, transformando-se em fenômeno mundial, historicamente reforçado com o fim da Guerra Fria, traduzindo-se pela urgência dos apelos identitários na mudança de paradigma de integração dos vulneráveis.

Alinhavam-se igualmente discursos que, sobretudo, visam compreender a conjunção entre a essência e a existência face ao maior anátema do ser humano: a transitoriedade, a multiplicidade e a complexidade da vida.

Contributo relevante foi da Imprensa que, assumindo função de vigilância e, conseqüentemente, de coresponsável pela tutela dos vulneráveis, passou a denunciar casos que, posteriormente foram considerados paradigmáticos para a construção e maturação da bioética como área do saber de caráter eminentemente crítico, cujos principais atributos são: o pluralismo, a tolerância e a transdisciplinariedade.

Importa destacar a radicalidade do pensamento bioético, notadamente quando se apercebe do movimento multiculturalista, abandonando a padronização inicialmente regida pelo principalismo estadunidense para assumir feições próprias de profunda valorização da singularidade de cada cultura, etnia e nação.

## REFERÊNCIAS

BEECHER, Henry. Ethics and clinical research. **The New England Journal of Medicine**. v. 274, n. 24, 16 jun. 1996.

BIRNBACHER, Dieter. Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren. In: HOFF, Johannes; SCHMITTEN Jürgen in der (Hrsg.). **Wann ist der Mensch tod?** Organverpflanzung und << Hirntod >> -Kriterium. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1994.

CAHILL, Lisa Sowle; RICHARD A; McCORMICK, S.J.'s. To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine. In: **The Story of Bioethics: from seminal works to contemporary explorations**. (Jennifer K. Walter and Eran P. Klein Editors). Washington D.C.: Georgetown University Press, 2003.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002, Coleção Primeiros Passos.

JONAS, Hans. Against the stream. In: **Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1974.

JONSEN, Albert R.. **The Birth of Bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998.

JUNGHANNS, Ray. **Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin: eine juristische Grenzziehung**. Frankfurt am Main: Surkamp, 2001.

MAINETTI, José Alberto. Bioética: una nueva filosofía de la salud. In: **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 108, 1990.

OLIVEIRA, Fátima. Engenharia Genética: o sétimo dia da criação. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Antropologias periféricas versus antropologias centrais. **O Trabalho do Antropólogo**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

PESSINI, Léo. Os Princípios da Bioética: breve nota histórica. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

ROTHMAN, David J. Ethics and Human Experimentation: Henry Beecher Revisited. **The New England Journal of Medicine**, v. 317, n. 19.

RUNTENBERG, Christa und ACH, Johann S. Bioethik zwischen Disziplin und Diskurs. In: GESANG, Bernward (Hrsg.). **Biomedizinische Ethik: Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis**. Münster: Mentis Verlag GmbH, 2002.

WEYERS, Wolfgang. **The abuse of man: an illustrated History of dubious medical experimentation**. New York: Ardor Scribendi Ltd, 2003.

WINAU, Rolf. Einstellungen zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte. In: WINAU, Rolf; ROSEMEIER, Hans Peter (Hrsg.). **Tod und Sterben**. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1984.

1 MAINETTI, José Alberto. Bioética: una nueva filosofía de la salud. In: **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 108, 1990, p. 600.

2 Jonsen considera que as denúncias em relação aos experimentos com seres humanos, tanto o caso conhecido como Tuskegee, quanto as pesquisas com fetos abortados, foram as principais causas da instauração nos EUA, em 1974, da Comissão nacional para a proteção do sujeito humano na pesquisa biomédica e comportamental. (*The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research- 1974-1978*). JONSEN, Albert R. **The Birth of Bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998, p. 99.

3 Em 1974, um dos casos que chocaram a sociedade estadunidense foi o conhecido como caso Maine Medical Center. Diante das deformidades de uma criança nascida nesse hospital, foram iniciadas uma série de debates que tinham como tema comum: *"To Save or Let Die."* Imprescindível nesse debate foi a ativa participação de Richard A. McCormick na tentativa de estabelecer a qualidade de vida como um dos critérios para a decisão quanto ao prolongamento indefinido da vida. Cf.: CAHILL, Lisa Sowle; RICHARD A.; MCCORNICK, S.J.'s. To Save or let Die: the Dilemma of Modern Medicine. In: **The Story of Bioethics: from seminal works to contemporary explorations**. Jennifer K. Walter and Eran P. Klein Editors). Washington D.C.: Georgetown University Press, 2003, p. 134-135.

4 ROTHMAN, David J. Ethics and Human Experimentation: Henry Beecher Revisited. **The New England Journal of Medicine**, v. 317, n. 19, 1987.

5 JONSEN, Albert R. **The Birth of Bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998, p. 134.

6 *Ibid.*, p. 134.

7 *Ibid.*, p. 54.

- 8 Ibid., p. 51-54.
- 9 Ibid., p. 51-54.
- 10 Henry Beecher era um médico anestesista que compilou alguns relatos de pesquisas científicas envolvendo seres humanos em condições imorais e degradantes, transcritos em jornais de grande circulação, tais como *New England Journal of Medicine*.
- 11 BEECHER, Henry. Ethics and clinical research. **The new England Journal of Medicine**. v. 274, n. 24, 16. jun. 1996, p. 1354-1360.
- 12 Ibid., p. 1354-1360.
- 13 Ibid., p. 1354-1360.
- 14 WEYERS, Wolfgang. **The abuse of man: an illustrated History of dubious medical experimentation**. New York: Ardor Scribendi Ltd, 2003, p. 583-591.
- 15 A descoberta da penicilina ocorreu em 1928 e sua utilização passou a ser recomendada e aceita internacionalmente a partir da década de 30. Para alguns autores esse acontecimento marca o início da biotecnologia ou bioindústria, pois a penicilina foi obtida devido a uma manipulação do *Penicilium notatum* que fabricava a substância em quantidades restritas ao seu próprio consumo. Cf.: OLIVEIRA, Fátima. Engenharia Genética: o sétimo dia da criação. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996, p. 154.
- 16 JONSEN, op. cit., p. 146-148.
- 17 Ibid., p. 239.
- 18 Ibid., p. 238.
- 19 Ibid., p. 239.
- 20 JUNGHANN, Ray. **Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin: eine juristische Grenzziehung**. Frankfurt am Main: Surhkamp, 2001, s. 07.
- 21 WINAU, Rolf. Einstellungen zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte. In: WINAU, Rolf; ROSEMEIER, Hans Peter (Hrsg). **Tod und Sterben**. Berlin, New York: Walter de Gruyter. 1984, s. 15.
- 22 MORISON, Robert, apud JONSEN, Albert R. **The Birth of Bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998, p. 237.
- 23 JONAS, Hans. Against the stream. In: **Philosophical Essays: from ancient creed technological man**. Englewood Cliffs: Perentice Hall, 1974, p. 132-140.
- 24 BIRNBACHER, Dieter. Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren. In: HOFF, Johannes; SCHMITTEN Jürgen in der (Hrsg.). **Wann ist der Mensch Tod? Organverpflanzung und Hirntod Kriterium**. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1994, p. 31.
- 25 Ibid., p. 32.
- 26 Ibid., p. 35.
- 27 JONSEN, op. cit., p. 99. *"The Commission is designed to help us find the critical balance required to satisfy society's demands for advancement of knowledge while abiding by (the rights) of its individual members."*
- 28 PESSINI, Léo. Os Principios da Bioética: breve nota histórica. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996, p. 53.
- 29 Ibid., p. 53.
- 30 Ibid., p. 53.
- 31 DINIZ, Débora; GUILHEM. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002, Coleção Primeiros Passos, p. 22.
- 32 Ibid., p. 33.
- 33 RUNTENBERG, Christa; ACH, Johann S. Bioethik zwischen Disziplin und Diskurs. In: GESANG, Bernward (Hrsg.). **Biomedizinische Ethik: Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis**. Münster: mentis Verlag GmbH, 2002, p. 16-17.
- 34 Ibid., p. 16-17.
- 35 Oliveira esclarece que a desigualdade entre brancos e negros, mulheres e homens, no mundo e particularmente no Brasil, é um dado que precisa ser definitivamente apontado e confrontado com as propostas do discurso bioético e afirma, para isso, que: *"As mulheres e os negros, até hoje, são consideradas(os) inferiores, por parcela significativa da comunidade científica (The Bell Curve comprova isso). Historicamente, foram barradas(os), ou tiveram o acesso dificultado aos centros de produção do saber formal, institucionalizado. Hoje, quando frequentar universidades parece não ser tão difícil para mulheres brancas, mas para negras ainda é difícil, tornar-se cientista é quase impossível, para as mulheres em geral, na mesma proporção em que para os homens, brancos ou negros, é mais fácil."* (OLIVEIRA, op. cit., p. 160.)
- 36 DINIZ, op. cit., p. 33.

37 RUNTENBERG, op. cit., p. 17-18.

38 Ibid., p. 18.

39 OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Antropologias periféricas versus antropologias centrais. In: **O Trabalho do Antropólogo**. Brasília: Paralelo 15, 1998, p. 110.

## HISTORICAL ASSERTION OF BIOETHICS AND MULTICULTURALISM

### ABSTRACT

This paper examines the historical and cultural process of the assertion of minorities and vulnerable groups as regards the access to health care, in comparison with the simultaneous consolidation of the movements of bioethics and multiculturalism, both originally from the USA. The paper intends to report paradigmatic cases of violation of the guarantees and fundamental rights of human beings and point to a reinvented profile of social relationships in health, which emerged especially after the insertion of Principlism, in which autonomy and dignity are the benchmarks. In the end, the paper compares the extent and the validity of American Principlism with the complex web of human beings, taking into account the impossibility of standardization and highlighting, as a natural consequence of the maturation of the bioethical discourse, the inclusion of all individuals, possible as pluralism and tolerance take to the recognition of social diversity.

**Keywords:** Bioethics. Diversity. Pluralism.