

PROFISSÃO MÉDICA E BIOTECNOLOGIA: UMA REFLEXÃO SOBRE AS DECISÕES ÉTICO-MORAIS NO CAMPO DA BIOMEDICINA

MARI CLEISE SANDALOWSKI¹

Resumo

O desenvolvimento científico e tecnológico observado nas últimas décadas, principalmente no campo da biomedicina e da biologia, torna premente o entendimento sobre a forma como estas inovações são debatidas e incorporadas pelo corpo dos profissionais da medicina. Diante do extenso quadro de debates, permeado por diferentes matizes ideológicos, as discussões e reflexões sobre questões morais e éticas, assim como sobre os significados atribuídos à noção de pessoa, indivíduo, eugenia, ambiente, ciência e tecnologia, tornam-se imprescindíveis, visto que tanto a biologia quanto a medicina trouxeram à tona componentes centrais para a visão de mundo e de ser humano que os indivíduos possuem em determinado momento histórico.

Palavras-chave: ciência, biotecnologia, medicina

Abstract

The scientific and technological development that was observed mainly in biology and biomedical field last decades makes the understanding about the way these innovations are debated and incorporated by professionals of medicine pressing. Before the extension of debates that are permeated by different ideological shades, the discussions and reflections on ethical and moral issues as well as the meanings attributed to the notion of person, individual, eugeney, environment, science and technology become essential since both biology and medicine came up central components to the individuals' vision of human being and world in a certain historical period.

Key-words: science, biotechnology, medicine.

Introdução

O desenvolvimento das novas tecnologias no campo da biomedicina² tem despertado um incessante debate sobre os componentes morais e éticos que cercam as novas descobertas relacionadas à medicina regenerativa³. A possibilidade de cura que estas inovações científicas e tecnológicas suscitam entre os mais variados setores da sociedade, evidencia os questionamentos relacionados à ação do indivíduo, enquanto sujeito de uma prática racional.

Estas indagações são, também, incorporadas pela medicina, pois a ela cabe a aplicação ou não destas técnicas e conhecimentos obtidos para fins de tratamento e terapia. Deste modo, mais do que guiar o estudo para o entendimento da forma como as novas biotecnologias são recebidas pela categoria médica, torna-se necessário refletir sobre as concepções dos profissionais do campo médico em relação a esta temática,

² Analisando os modelos de atenção na área de saúde Menéndez explica que "... en principio recordemos que la biomedicina en tanto institución y proceso social se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino económica, social y profesionalmente" (MENÉNDEZ, 2003: 191).

³ A medicina regenerativa corresponde a uma especialidade na área da medicina que tem por objetivo aplicar os princípios da engenharia e as ciências da vida na fabricação de substitutos biológicos que mantenham, melhorem ou restaurem a função de órgãos e tecidos no corpo humano.

¹ Doutoranda em Sociologia/UFRGS; Mestre em Sociologia/UFRGS; Especialista em Pensamento Político Brasileiro/UFSM; Bacharel em Ciências Sociais/UFSM.

uma vez que estes possuem distintas trajetórias de vida, ancoradas nas suas experiências sociais e profissionais em diferentes instâncias da sociedade. Por consequência, são estas experiências, aliadas à formação profissional recebida nas instituições acadêmicas, que vão influenciar nas suas decisões ético-morais relacionadas à biomedicina.

Organização da profissão médica

Aprender a relação existente entre os profissionais da medicina e as novas biotecnologias implica no entendimento do modo como se deu a organização e o desenvolvimento da medicina ao longo da história.

Ao longo de muitos séculos os médicos dividiram espaço com curandeiros, feitiçeiros, barbeiros, boticários e benzedores. Qualquer indivíduo que exercia uma destas atividades tinha legitimidade para cuidar das enfermidades presentes naquele período. Deste modo, os médicos formados nas universidades européias desempenhavam determinadas funções, ou seja, enquanto cabia a eles a responsabilidade de prescrever medicamentos e fiscalizar a prática médica, aos barbeiros e cirurgiões destinavam-se as sangrias, cujo caráter manual e feição sangrenta eram considerados como as partes menos nobres da medicina.

As diferentes formas de intervenção do Estado ao longo dos séculos XIX e, principalmente, no século XX, e a diversidade de condições históricas⁴ fizeram com que a medicina, ao longo do tempo, se institucionalizasse como profissão. É a partir do

seculo XIX que ela adquire caráter científico, devido à introdução de métodos de produção de conhecimento fundamentados em bases postas pela ciência (Santos, 1995). A mudança de mentalidades em relação ao ensino médico, que ocorreu nos Estados Unidos⁵, influenciou a forma de atuação profissional, na qual passa a imperar uma visão mecanicista que concebe o corpo como algo divisível em partes, ou seja, em analogia à máquina. Esta postura de individualização do objeto está calcada numa perspectiva científicista, cuja influência da biologia, da física, da histologia, da microbiologia são fundamentais para esta nova visão de mundo.

Assim, a influência escolástica da Igreja Católica, observada de forma hegemônica ao longo da Idade Média, é superada no período renascentista, que marca um grande desenvolvimento da ciência médica, tanto do ponto de vista prático quanto teórico (Stern, 2002). Exatamente naquela época surgem as primeiras

“... inovações em termos de instrumentos e equipamentos úteis ao exercício profissional da Medicina. É no século XIX que nasce o que se denomina ‘Medicina moderna’, com a incorporação cada vez mais ampla dos conhecimentos desenvolvidos pelas descobertas científicas e tecnológicas” (Stern, 2002: 62).

As décadas subseqüentes são marcadas por uma série de mudanças nas relações sociais no campo da medicina, seja naquilo que diz respeito às relações estabelecidas no trabalho médico, nas instituições médico-hospitalares, nos currícu-

⁴ Analisando a realidade brasileira entre o século XIX e início do século XX, Santos (1995) expõe o processo de construção da profissão médica no país. Se, em um primeiro momento, a vinda da família real para o país possibilitou uma ruptura com o período anterior, no qual médicos, charlatães, curandeiros exerciam suas atividades sob iguais condições, instaurando, assim, as prerrogativas necessárias para a fundação das primeiras escolas de medicina, o início do século XX é marcado pelo surgimento do movimento operário nas principais cidades brasileiras. O deslocamento de parcelas expressivas da população para as grandes cidades exigiu dos trabalhadores formas de organização, a fim de lhes assegurar melhores condições de vida; por consequência, estes fatores sociais exerceram forte influência sobre as profissões liberais, as quais passaram a se mobilizar, com o objetivo de buscar uma representação mais atuante no campo econômico, que passou a ser percebida a partir da criação de diferentes sindicatos.

⁵ Diante do grande número de escolas médicas existentes nos Estados Unidos no final do século XIX e na primeira década do século subseqüente e a precariedade em que se encontravam estas instituições, uma vez que inexistiam critérios referentes ao tempo de duração, formas de ingresso e de formação, dentre outros, fizeram com que naquele país fosse realizado um estudo com o objetivo de avaliar a situação na qual estes cursos se encontravam. Dirigido por Abraham Flexner e divulgado em 1910, o relatório “*Medical Education in the United States and Canadá*” continha informações que orientavam para a definição de critério e regras comuns para as referidas escolas, aumentando o tempo de formação e uniformizando os padrões de admissão, assim como as grades curriculares dos referidos cursos (Santos, 1995).

los de formação profissional, seja nas políticas públicas voltadas para a área da saúde (Steren, 2002).

Este conjunto de transformações ao longo da história configurou aos profissionais da medicina uma posição específica no espaço social, atribuindo-lhes determinado capital técnico-científico e cultural. Para Steren, “... a profissão médica é entendida como um conjunto de conhecimentos e de práticas padronizadas que constituem o saber médico” (Steren, 2002: 66), sendo regulada pelo código de ética médica e uma série de normas legais, legitimado pelos pares através das entidades representativas de classe.

Para Moura (2004), a hegemonia do modelo⁶ de medicina ocidental consolidou-se,

“... com a adesão do discurso médico à vertente científica do conhecimento. A consagração do paradigma científico moderno como formulação epistemológica dominante trouxe a reboque a medicina científica moderna. Sua complexidade se multiplicou e o acesso social aos seus conteúdos, princípios e preceitos se reduziu na mesma proporção” (Moura, 2004: 20).

A partir do momento em que houve uma “formalização” profissional destes atores sociais, passou a ser constituído lentamente um processo de socialização do médico, ao qual foram sendo estipuladas determinadas formas de conduta. Este processo de socialização, para Rego (1995), ocorre a partir de duas classes; a primeira delas refere-se ao “... aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo” (Rego, 1995: 120), enquanto a segunda, diz respeito ao aprendizado indireto, “... no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do contato com instrutores e pares, com pacientes e equipes de saúde” (Rego, 1995: 120).

Contudo, os estudos sobre medicina têm-se centrado basicamente em uma abordagem da sociologia das profissões e uma abordagem histórica. Diante do delineamento tomado pelas novas tecnologias no campo biomédico emergiram, na sociedade, diversos debates sobre a aplicação destas técnicas terapêuticas nos tratamentos em seres humanos.

Embora as discussões de caráter bioético sejam extremamente importantes para a reflexão das conseqüências constituídas por estas tecnologias, elas não respondem por si só à inserção destas descobertas entre os profissionais da medicina. É preciso ter presente o fato de que estes profissionais não atuam de forma estática e neutra em relação aos acontecimentos sociais. Ao contrário, as instâncias de vida social nas quais eles estão inseridos influenciam as tomadas de decisão ético-morais nesta área.

O desenvolvimento científico e tecnológico no campo da medicina

O desenvolvimento científico e tecnológico no campo da medicina, no início do século passado, promoveu duas modificações no perfil do atendimento médico. Por um lado, pode-se citar a especialização cada vez mais crescente do conhecimento médico, o qual vai se compartimentando de acordo com o tratamento da doença ou a área do corpo. Se anteriormente o corpo do paciente era percebido como indivisível pelo médico, esta realidade modifica-se ao longo do século XX, onde cada vez mais torna-se necessária a presença de diferentes profissionais para entender a complexidade do organismo humano. Deste modo, “... aos poucos, o trabalho médico assumiu um caráter parcelar, promovendo práticas interdependentes, solidárias e coletivas, pois requeriam a intervenção de vários profissionais” (PEREIRA NETO, 2001: 29). Por outro, a inserção do desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças permitiu a introdução de um vasto arsenal técnico, que tornou o diagnóstico e o tratamento mais precisos, aumentando, conseqüen-

⁶ Moura (2004) identifica em seu estudo quatro formas paradigmáticas de racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea, a medicina chinesa, a medicina homeopática e a medicina ayurvédica.

temente, o custo da produção de serviços. Isto fez com que o médico deixasse de determinar o preço de seu trabalho, perdendo assim, em parte, o controle sobre seus “clientes”.

As mudanças observadas neste cenário, ao qual progressivamente passam a ser incorporados diagnósticos mais precisos, sendo introduzido um forte aparato técnico, aliado ao assalariamento e à despersonalização da relação médico-paciente de outrora, interferem na organização do trabalho médico, dando início àquilo que se denomina de medicina tecnológica, que se torna evidente, sobretudo, a partir da década de 50 (Donnangelo, 1975).

Deste modo, os questionamentos suscitados na área da saúde, mais especificamente no campo da medicina, são resultado da progressiva influência da ciência e da tecnologia sobre as mais variadas áreas do conhecimento humano e de suas atividades desenvolvidas no meio social. A inserção destas descobertas no cotidiano da sociedade ocidental, ao longo das últimas décadas, desencadeou, por conseqüência, uma série de críticas, sejam as de tipo econômico seja as de tipo moral e ético⁷ (Echeverría, 2003).

A variedade de elementos que elas colocam ao longo de seu desenvolvimento abre caminho para a reflexão sobre a neutralidade da ciência, assim como sobre a sua “função progressiva”, pois além da necessidade de analisar os aspectos estruturais e formais da atividade científica, é imprescindível uma reflexão sobre suas conseqüências práticas (Echeverría, 2003).

Para Trigueiro (1997), as biotecnologias “... significam produtos e processos

obtidos mediante a utilização de organismos vivos” (Trigueiro, 1997:02); as quais antecedem a Era Cristã. Deste modo, para este autor, a produção de vinhos, queijos, fermentações são resultados de investigações biotecnológicas, desenvolvidas naquela época.

Contudo, as novas tecnologias no campo da biomedicina encontram sua base de conhecimento na engenharia genética, tornada possível somente em meados do século XX, a partir das descobertas do DNA⁸. A diferença entre as novas biotecnologias em relação às aquelas desenvolvidas no período anterior à descoberta do DNA “... é a possibilidade de se exercer um controle mais efetivo sobre os processos biológicos, mediante a atuação direta no nível do núcleo das células e em suas características genéticas básicas, modificando-as de acordo com interesses predeterminados” (TRIGUEIRO, 1997: 03).

Se, até determinada época, a saúde era responsabilidade exclusiva do profissional da área da medicina, este contexto modifica-se ao longo do século XX. A individualização, a intuição, a subjetividade e a sensibilidade, até então predominantes na relação médico-paciente, passam a concorrer com a tecnologia e a racionalização do trabalho (Pereira Neto, 2001).

Esta mudança resulta da imbricação e superposição de diferentes áreas do conhecimento no que tange às pesquisas e ao desenvolvimento das novas biotecnologias, tornando, por conseqüência, cada vez mais difícil “... a identificação e delimitação precisa de cada área ou linha de pesquisa” (TRIGUEIRO, 1997: 03).

Diante desta realidade as novas técnicas e a legalização de suas práticas, assim

⁷ Para Echeverría (2003) “... houve críticas de tipo econômico, baseadas nos enormes custos de algumas investigações cuja função social é escassa, quando não negativa; outras de tipo ecológico, dadas as graves conseqüências que determinadas experiências científicas, bem como a aplicação tecnológica dos seus resultados, acarretam para o meio ambiente natural; outras de tipo moral, associadas aos problemas éticos suscitados por linhas de investigação como a biotecnologia, a sociobiologia, a fecundação in vitro, os transplantes de órgãos, a clonagem, etc; bem como críticas de tipo político, que assinalaram a função ideológica e de controle social que determinadas teorias desempenham, sem esquecermos a dependência econômica e tecnológica a que o progresso científico submete os países menos desenvolvidos do ponto de vista da investigação” (ECHEVERRÍA, 2003: 221).

⁸ Entre as principais técnicas que compõe a engenharia genética pode-se citar “... a fusão celular – fusão de duas células, de modo a permitir seus códigos genéticos a um só híbrido; a técnica do DNA recombinante – introduzida no início da década de 1970, envolvendo a criação sintética de novos organismos vivos, com características não encontradas na natureza, formadas pela hibridação, em nível molecular, do DNA; e a fusão de protoplastos – referente à união de duas células de espécies vegetais normalmente incompatíveis, em uma nova célula, a qual representa as características das duas anteriores” (TRIGUEIRO, 1997: 03).

como os elementos de ordem subjacente que acompanham a trajetória social e profissional de médicos, suscitem reflexões sobre os aspectos éticos da biomedicina.

Exemplos paradigmáticos: a moral e a ética na biomedicina

Os novos fenômenos sociais resultantes do desenvolvimento biotecnológico abriram espaço para o surgimento de vários matizes teórico-paradigmáticos. A preocupação de diversos segmentos sociais em compreender os novos processos oriundos das inovações técnicas⁹ fez emergir distintos modelos de análise.

Para Taguieff (1995), o desenvolvimento das pesquisas sobre genética humana e suas possíveis aplicações, desencadeou um processo de reflexão e debate em torno da responsabilidade de cientistas e médicos. Diante da abrangência e complexidade dos temas abordados (eutanásia, aborto, novas tecnologias reprodutivas, medicina regenerativa) o desenvolvimento científico e tecnológico passou a ser acompanhado de um crescente questionamento ético sobre os procedimentos adotados. Ancorado em uma discussão sobre os aspectos morais e éticos, este autor apresenta três grandes posições que cercam este debate.

O primeiro modelo é caracterizado por um viés estritamente tecnicista, no qual o saber é tomado como um poder sem limites; a vida humana é apresentada como sinônimo de matéria, constituindo-se em um conjunto de elementos a ser manipulado livremente, de acordo com os desejos variáveis de certos indivíduos dotados de poder

de decisão. Seu imperativo técnico-científico enuncia-se fora de qualquer preocupação ética.

O segundo modelo, por sua vez, defende a tese do princípio da responsabilidade para esclarecer as demandas éticas, através da existência e da transformação do agir humano. Neste sentido, para Jonas (1990) é preciso demonstrar a urgência com que esta transformação do agir humano demanda obrigatoriamente em uma transformação do conceito de ética¹⁰, pois, diante do desenvolvimento técnico-científico-industrial, temas como explosão demográfica, catástrofe ecológica e antropológica e a transformação do indivíduo em objeto através do controle genético e comportamental, são cada vez mais debatidos pela sociedade, fazendo transparecer um sentimento de angústia e ansiedade. Nesta perspectiva,

“... a ética tradicional é aqui ultrapassada. Ela apenas se liga ao homem, quando o que está em jogo é a ordem natural, na sua totalidade. Ela apenas diz respeito ao agora, mas é antes com o futuro que temos de nos preocupar. Ela apenas nos quer virtuosos, quando o que temos de aprender é a ser responsáveis” (Sevè, 1997: 195).

A medicina até então baseada em uma ética de circunstâncias, ou seja, no compromisso com o paciente individual, cede espaço a uma medicina que tem como pressuposto uma ética global, cujo compromisso é com os pacientes enquanto seres coletivos, já que as intervenções tecnológicas interferem em toda a humanidade.

A alternativa proposta pelo autor está centrada na eurística do medo, não pretendendo somente assegurar o futuro físico da espécie humana como uma condição de sobrevivência, mas principalmente preservar e respeitar a integridade humana para além

⁹ Patrice Flichy (2003) procura em sua obra “L’innovation technique: récents développements en sciences sociales – vers une nouvelle théorie de l’innovation”, compreender como nasceu a inovação técnica. Ele parte de uma perspectiva crítica em relação às diferenças teóricas de inovação propostas pelas diferentes ciências sociais como a sociologia, a história, a antropologia, a economia, mostrando que tradicionalmente várias dentre elas repousaram em uma ruptura radical entre técnica e sociedade. Ao contrário destes modelos, o autor propõe um novo entendimento tanto da ação sócio-técnica de diferentes atores de inovação quanto em relação aos conceitos e aos seus usos. Deste modo, seu estudo centra-se no entendimento da sucessão dos acontecimentos técnicos, na irreversibilidade de decisões efetuadas, como também na evolução das representações das utopias técnicas e sociais.

¹⁰ De acordo com Hans Jonas a «técnica moderna» teria dado um tal poder ao agir humano que ele se encontraria radicalmente modificado. Sua capacidade de extensão no tempo e no espaço tornada tecnicamente possível afetaria o agir humano na sua constituição, ou seja, sua própria natureza teria mudado, o que, conseqüentemente, implicaria em uma transformação da ética.

de sua aparência utilitária, destacando a idéia de sujeito como ser capaz de se preocupar (Sevè, 1997).

O princípio da responsabilidade proposto por este modelo teórico percebe o respeito como algo essencialmente recíproco; a perspectiva apresentada por Hans Jonas encaminha-se para a política pública, sendo universalista pelo fato de tornar os seres humanos responsáveis concretamente por um “*futuro inacabado*”.

Para Ladrière (2001), a tese defendida por Jonas, em relação ao princípio da responsabilidade, é racionalmente impossível de ser observada no quadro de uma sociologia da ética, pois ele “... *ne sortait pás du champ de la philosophie et lê seul vrai domaine qu'il explorait étai celui de la nature et de la relation, sans médiation véritable de la société, de l'homme à la nature*” (Ladrière, 2001: 434).

Deste modo, segundo este autor, esta cadeia lógica que possui um julgamento de valor globalmente negativo em relação à técnica moderna não parece aceitável. Que a técnica moderna seja portadora de perigos e de riscos maiores, Ladrière (2001) não a nega, evidentemente. Mas, para ele, a dramatização sistemática que é feita dela não é ela própria perigosa? Este procedimento queira-se ou não, induz a reação puramente passional de um rechaço, não da tecnicização da sociedade, mas desta sociedade ela mesma.

Mesmo que Jonas preconize uma moral e uma política de moderação, sua análise peca no sentido da impossibilidade de rejeitar um aspecto próprio da sociedade sem rejeitá-la como totalidade, uma vez que a tecnicização é um elemento constitutivo desta mesma sociedade. Para Ladrière (2001), esta postura implica, conseqüentemente, em um retorno para um estado anterior, transparecendo uma reação nostálgica do passado e pessimista em relação ao futuro.

Embora Jonas e Habermas partam de um ponto comum - o desenvolvimento das tecnologias para pensar a sociedade atual -

de suas teorias. Enquanto Hans Jonas parte do princípio da responsabilidade, a discussão apresentada por Habermas está centrada no princípio da discussão. Logo, de modo contrário à primeira perspectiva, que preconiza o medo e a renúncia frente às possibilidades que as tecnologias colocam, o segundo modelo tenta refletir sobre esta questão.

A preocupação com as tecnologias biomédicas não implica na renúncia dos postulados da razão prática enquanto princípio orientador da ação humana. Ao contrário, este postulado é posto diante das mudanças tecnológicas a partir da ética da discussão. Deste modo, a reflexão, a argumentação, a ação comunicativa que perpassam os comitês de ética e bioética dos grupos envolvidos direta ou indiretamente nas pesquisas e aplicações das novas tecnologias de inovação, são centrais para pensar o desenvolvimento das técnicas biomédicas. A deliberação não está em princípios universalmente estabelecidos, mas a partir de casos analisados, tendo por objetivo traçar uma política da ação (Habermas, 2004).

Diante de uma sociedade fragmentada, na qual não é possível constituir uma vida ética absoluta, Habermas (2004) questiona se há alguma possibilidade de autonomia e moral numa sociedade pós-moderna.

Em duas de suas conferências, ministradas entre os anos de 2000 e 2001¹¹, este autor procura compreender o atual desenvolvimento da ciência e as suas conseqüências no cotidiano da sociedade. Partindo de uma discussão filosófica sobre a distinção entre a teoria kantiana da justiça e a ética de ser si mesmo, de Kierkegaard, Habermas (2004) procura entender a discussão desencadeada pelas técnicas genéticas e o modo como a filosofia compreende as questões relativas à ética das espécies. A partir destes princípios discorre sobre a questão da vida correta e a forma como a compreen-

são filosófica vem tratando desta questão nestes últimos anos.

Até o século XIX, o modelo de análise metafísico oferecia modelos de vida como, por exemplo, a ética e a política, as quais possuíam uma única base, constituindo um só corpo. Contudo, a partir do século passado, a transformação social acelerada reconfigurou estas doutrinas; a partir desta mudança, a “... a filosofia já não se julga mais capaz de dar respostas definitivas a perguntas sobre a conduta da vida pessoal ou até coletiva” (Habermas, 2004: 03).

Diante deste processo de mudança social e de desenvolvimento da ciência, a ética e a moral passam a ocupar lugares distintos; a primeira deixa de dar indicações precisas quanto ao conteúdo das ações dos indivíduos. Neste sentido, há a necessidade de uma discussão filosófica em relação aos fundamentos naturais da autocompreensão de pessoas que agem com responsabilidade.

Procurando entender esta problemática, o autor tece uma distinção entre a perspectiva alemã e a perspectiva norte-americana quanto à técnica genética. Para ele na sociedade alemã a utilização do conceito de pessoa encontra-se normativamente saturado e as concepções da natureza estão metafisicamente carregadas para debater princípios. Existe, assim, uma análise cética em relação aos desenvolvimentos futuros (criação de órgãos e medicina reprodutiva, por exemplo), ou seja, àquilo que a técnica genética ainda tem de condicional. Em outro extremo, discorre sobre o modo como estas técnicas reprodutivas são apreendidas nos Estados Unidos, onde o modo de implementação de um desenvolvimento em princípio não é mais questionado, assemelhando-se a uma compra em um “supermercado genético”. Neste país, caracterizado pelo pensamento pragmático, as novas práticas não trazem questionamentos novos, mas simplesmente agravam antigas questões relativas à justiça distributiva.

Diante deste quadro, a questão que este autor coloca em evidência é o modo

como estas tecnologias passarão a intervir nas relações entre as gerações, ou seja, procura realizar uma avaliação moral das consequências de uma eugenia liberal, entendida como uma,

“... prática que deixa ao parecer dos pais a possibilidade de intervir no genoma do óvulo fecundado. Isso não significa uma intervenção nas liberdades que competem moralmente a toda pessoa nascida, tenha sido ela gerada de forma natural ou programada de modo genético. Todavia, essa prática afeta um pressuposto natural da consciência da pessoa por ela atingida de poder agir de maneira autônoma e responsável” (Habermas, 2004: 108).

Destaca duas possíveis consequências perante a aplicação das novas tecnologias, as quais correspondem, por um lado, ao fato de que as pessoas programadas não possam mais se considerar como autores únicos de sua própria história de vida, e, de outro, a de que elas não possam mais se considerar ilimitadamente, em relação às gerações que as precederam, como pessoas nascidas sob iguais condições. Nesta última perspectiva, o autor indaga sobre a influência de cientistas, médicos e pais, tipificados como designers, no patrimônio genético de uma futura pessoa, ação esta responsável pela sua heterodeterminação. Para Habermas,

“... os sujeitos que julgam e agem moralmente supõem que entre si haja uma capacidade de imputação; eles atribuem a si mesmos e aos outros a capacidade de levarem uma vida autônoma e esperam uns dos outros igual solidariedade e respeito. Quando a ordem estatutária da comunidade moral é simbolicamente produzida e reproduzida por seus próprios participantes, não há como reconhecer de que maneira alguém, em seu status moral, pode ser prejudicado pela ausência de naturalidade de sua constituição genética” (Habermas, 2004: 110).

É preciso salientar que, ao contrário desta perspectiva de análise, a heterodeterminação possui outro significado; ela não corresponde a uma discriminação que a pes-

soa em questão sobre em seu ambiente, mas a uma autodepreciação induzida antes de seu próprio nascimento. Neste sentido, há um dano em relação a sua autocompreensão moral, fator que influi negativamente na sua qualificação subjetiva, a qual é necessária para que esta futura pessoa possa adquirir na instituição moral o status de um membro completo.

Diante daquilo que ele chama de futuro alterado, os projetos pessoais de vida entram em embate com as intenções geneticamente estabelecidas por outros. Logo, a questão que o autor coloca é se estas pessoas têm capacidade de saber o que é potencialmente bom para a futura pessoa. Para isto, faz uma distinção entre a eugenia positiva e a eugenia negativa.

Segundo Habermas (2004), a eugenia negativa, também entendida como eugenia sem objeções, compreende uma prática clínica em relação ao ser vivo em tratamento, na qual o terapeuta pode proceder, com base em um consenso que ele pode supor, como se estivesse diante da segunda pessoa que aquele ser vivo um dia será. Há uma atitude performativa em relação a uma futura pessoa, a qual é tratada desde o seu estágio embrionário como uma pessoa que pode dizer “sim” ou “não”.

A eugenia positiva, ao contrário, tem como objetivo de suas intervenções um embrião a ser modificado geneticamente. Nela o designar adota uma atitude otimizante e instrumentalizante em relação ao melhoramento genético do embrião, cujos padrões são escolhidos subjetivamente. O trabalho do cientista é semelhante ao trabalho de um artesão, pois a finalidade é melhorar as características hereditárias de uma espécie de forma instrumental, tratando as células embrionárias como um material. Assim sendo, as intervenções eugênicas de aperfeiçoamento trazem prejuízo à liberdade ética da futura pessoa, pois quando ela é submetida a questões fixadas por terceiros, pode, futuramente, rejeitá-las; contudo, estas intervenções podem ser irreversíveis. Neste sentido, ela é impedida de se com-

preender livremente como o único autor de sua história de vida.

Procurando responder a questão de quem teria a capacidade para enunciar as máximas das ações morais, Habermas propõe o conceito do “agir comunicacional”, termo que “... designa as interações nas quais os participantes estão de acordo para coordenarem em boa inteligência os seus planos de ação” (Sevè, 1997: 180).

Vivendo em uma sociedade fragmentada não é mais possível entender a moral a partir do mundo dos fenômenos e dos números. Da mesma forma, o acordo em relação às normas somente é viável a partir de uma discussão pública que seja realizada de forma intersubjetiva. Este procedimento é regido por dois princípios fundamentais: a discussão, cujas normas somente são validadas quando discutidas publicamente, e a universalização, através da qual as normas possam satisfazer e ser aceitas pelos interesses de todos os indivíduos implicados.

O desenvolvimento de novas tecnologias de inovação no campo da biomedicina, mais especificamente na área da medicina regenerativa, exige destes profissionais atitudes que ultrapassem posturas até então tidas como tradicionais. A medicina não pode se prender somente à reação aos acontecimentos observados na realidade; ela precisa, antes de tudo, antecipar-se a estes acontecimentos. Diante do exposto, é fundamental uma reflexão sobre os componentes ético-morais presentes entre a profissão médica e a maneira como eles são utilizados nas suas tomadas de decisão, relacionadas às novas tecnologias de inovação na área da biomedicina, pois o progresso científico está direcionado para o atendimento de seres humanos, seja direta ou indiretamente.

Referências bibliográficas

DONNANGELO, Maria C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174 p.

ECHEVERRÍA, Javier. **Introdução à metodologia da ciência**. Coimbra: Almedica, 2003.

FLICHY, Patrice. **L'innovation technique: récents développements em sciences sociales – vers une nouvelle théorie de l'innovation**. Paris: La Découvert, 2003. 251 p.

HABERMAS, Jünger. **O futuro da natureza humana**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 159 p.

JONAS, Hans. **Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique**. Paris: Ed. du Cerf, 1990.

LADRIÈRE, Paul. **Pour une sociologie de l'éthique**. Paris: Presses Universitaires de France, 2001. 454 p.

Menéndez, Eduardo L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas**. Rio de Janeiro: *Ciência e saúde coletiva*, 2003, vol.8, no.1, p.185-207.

MOURA, Luís C. S. de. **A face reversa da educação médica: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela**. Porto Alegre: AGE?SIMERS, 2004. 160 p.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001. 232 p.

REGO, Sergio. O processo de socialização profissional da medicina. IN: MACHADO, Maria Helena (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1995. p. 119-132.

SANTOS, Pedro M. Profissão médica no Brasil. IN: MACHADO, Maria Helena (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1995. p. 97-118.

SEVÈ, Lucien. **Para uma crítica da razão bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 422 p.

STEREN, Tânia. **Carreira profissional e gênero: a trajetória de homens e mulheres no contexto da feminização da medicina**. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

TAGUIEFF, Pierre-André. **L'espace de la bioéthique. Esquisse d'une problématisation**. Paris, Res Publica, n° 21, 1995. p. 30-7.

TRIGUEIRO, Michelangelo G. S. O que foi feito de Kuhn? O construtivismo na sociologia da ciência: considerações sobre as práticas das novas biotecnologias. IN: TRIGUEIRO, Michelangelo G. S. **A Alavanca de Arquimedes**. Brasília: Paralelo 50, 1997.