

Centro de Estudos de Bioética
Pólo Açores

Coordenação de MARIA DO CÉU PATRÃO NEVES

COMISSÕES DE ÉTICA: DAS BASES TEÓRICAS À ACTIVIDADE QUOTIDIANA

2.ª edição revista e aumentada

A TEORIZAÇÃO DA BIOÉTICA

M. Patrão Neves¹

A origem remota da bioética é situada, por alguns comentadores, no termo da segunda guerra mundial, mais concretamente por ocasião da redacção do Código de Nuremberga, em 1947, e respectiva formulação da exigência moral de consentimento no âmbito da experimentação humana². Outros comentadores situam-na mais próxima e significativamente em 1962, por ocasião da constituição do que corresponde à primeira comissão de ética clínica (ou assistencial), o *God's Committee*, e o seu tácito reconhecimento de que a complexificação da prática clínica impõe a necessidade do recurso à multidisciplinaridade na apreciação de algumas situações que ultrapassam a ponderação técnica em prol de uma qualificação humanista³.

O primeiro evento reporta-se a uma iniciativa externa de regulamentação da acção médica no domínio da investigação científica; o segundo, a uma iniciativa interna ou própria da medicina de apelo ao contributo possível de outras disciplinas para a humanização da assistência clínica. Ambos, de diferente modo e num diferente plano, ilustram o surgimento de problemas morais no curso do progresso biomédico e a necessidade de uma reflexão ética específica sobre os mesmos: os abusos praticados na experimentação humana, que desde há muito se vinham verificando, alcançam proporções dramáticas durante o regime nazi na Alemanha, obrigando a uma regulamentação daquela prática; as dificuldades quanto

¹ Professora Catedrática de Ética da Universidade dos Açores.

² Prosseguindo numa perspectiva histórica pautada por eventos, acrescentamos que a noção de "consentimento" surge pela primeira vez, explícita e formalmente, num documento emitido em 1931 pelo "Conselho de Saúde do Reich" em que se estabelece a sua exigência tanto na prática clínica como na experimentação humana.

³ Cf. "Introdução: A bioética como reflexão e como prática".

ao processo de selecção de insuficientes renais para acesso à hemodiálise, situação inédita na actividade clínica, reclamam a elaboração de critérios objectivos para a sua efectivação.

Em ambos os casos, afinal, a prática antecedeu e exigiu a teoria. E esta é a origem da bioética: uma nova prática, um comportamento a inventar face à vida ineditamente manipulável, acompanhada por um enorme e impressionante esforço de teorização das directrizes para a acção. Aliás, apenas um sistema teórico do pensamento sobre a acção, a construção de uma nova lógica da acção ou ciência da prática, permite à bioética alcançar um estatuto epistemológico, isto é, um lugar entre os outros saberes já constituídos, sem o qual se dissipará inevitavelmente nas vicissitudes do tempo que passa.

Consideramos que a teorização da bioética, que se iniciou durante a década de 70 nos Estados Unidos, se tem vindo a desenvolver progressivamente ao longo de três fases sucessivas, anunciando-se já o surgimento de uma quarta. Seguindo uma divisão cronológico-temática, diríamos que uma primeira fase ganha expressão sobretudo na segunda metade da década de 70 e se prolonga até meados da década de 80, sendo assinalada precisamente pelo surgimento das primeiras iniciativas teóricas, na sua bem conhecida orientação principalista. Um segundo momento, que se estende a toda a década de 80 entrando pela década de 90, é marcado por uma extrema criatividade da reflexão na formulação de diversos modelos teóricos para a bioética, cada um se estruturando a partir de diferentes tendências da filosofia moral. A esta etapa, de grande efervescência intelectual e entusiasmo generalizado em relação ao desenvolvimento da bioética, segue-se uma outra de natureza essencialmente crítica que domina grande parte da década de 90. É nesta fase que surgem nos Estados Unidos novas perspectivas sobre a teorização da bioética fundadas em correntes filosóficas de expressão europeia continental e que aparecem também os primeiros contributos europeus significativamente válidos para a teorização da bioética. Por fim, cremos viver hoje o advento de uma quarta fase marcada pelo esforço de construção de teorias unitárias da bioética, seja no panorama anglo-americano, seja noutros contextos geo-culturais em que uma consciência bioética se tem vindo a desenvolver.

São estes quatro momentos que estruturámos como correspondendo ao processo de desenvolvimento da teorização da bioética que iremos percorrer na presente reflexão.

1. As primeiras iniciativas de teorização da bioética: o **principalismo**

O esforço de teorização da bioética iniciou-se de forma directa, sistemática e intencional em 1974, data em que o Congresso Norte-Americano criou a “National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research”, comissão *ad-hoc*, com a missão de apresentar “os princípios éticos básicos que deveriam reger a investigação com sujeitos humanos”. É esta comissão que vem a produzir o célebre “Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research”, finalizado e aprovado em 1978 ⁴.

Podemos afirmar que o “Relatório Belmont” vem, de alguma forma, numa linha de desenvolvimento próxima da que conduziu à elaboração do Código de Nuremberga: ambos os documentos incidem exclusivamente sobre a experimentação humana no sentido de estabelecerem regras legitimadoras da sua prática e assim prevenir eventuais abusos futuros. Porém, enquanto o documento de 1948 é de natureza jurídica o de 1978 é de natureza ética, o que constitui um aspecto decisivo para o processo de teorização de uma ética biomédica e o identifica indubitavelmente como constituindo o primeiro esforço de enunciação de princípios éticos para o novo domínio da biomedicina ⁵.

No cumprimento do objectivo que presidiu à criação daquela Comissão Nacional, o “Relatório Belmont” propõe três princípios éticos (*basic ethical principles*), fundamentados na moral comum: o “respeito pelas pessoas”, a “beneficência” e a “justiça”. Consideremo-los brevemente.

O princípio do “respeito pelas pessoas” exprime o que é designado por duas “convicções éticas”: a primeira é a de que “os indivíduos devem ser tratados como agentes autónomos”; a segunda, a de que as “pessoas com uma autonomia diminuída têm direito a protecção” ⁶. Neste sentido, e tal como é explicitado no Relatório, este princípio enuncia duas exigências

⁴ Cf. A. Jonsen, R. Veatch e L. Walters, *Source Book in Bioethics. A documentary History*. Washington, D.C., Georgetown University Press, 1998: 22-28.

⁵ O termo “biomedicina” define genericamente o exercício da medicina no contexto contemporâneo ocidental, evocando a actual natureza fortemente técnico-científica da mesma. Esta nova área especializada da investigação e da prática (a investigação fundamental no domínio alargado da biologia desenvolve-se tendo em vista as possíveis e desejáveis repercussões no plano da acção médica) é considerada bastante reducionista sob a perspectiva da antropologia da medicina.

⁶ A. Jonsen, R. Veatch e L. Walters, *Source Book in Bioethics. A documentary History*, p. 23.

em termos de uma ponderação favorável aos benefícios; e a “justiça” exige a selecção de sujeitos para investigação, segundo critérios de justiça individual e social. Trata-se, efectivamente, de regras práticas de actuação que operam a transição dos princípios abstractos para a sua aplicação aos casos concretos – necessidade geral evidenciada por todo o modelo principalista.

O principalismo vem a ser maximamente desenvolvido e de forma paradigmática pela já referida obra *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James Childress, cuja primeira edição é de 1979 e que em 2002 viu já ser publicada a sua quinta edição¹⁰. As semelhanças (estruturais e até de conteúdo) entre o modelo teórico proposto pelo “Relatório Belmont”, em 1978, e o apresentado por este *best-seller* da literatura bioética são evidentes e não negligenciáveis. *Principles of Biomedical Ethics* propõe quatro princípios éticos fundamentais – “respeito pela autonomia”, “não-maleficência”, “beneficência” e “justiça” – a que correspondem, respectivamente, quatro regras essenciais – “veracidade”, “fidelidade”, “confidencialidade”, “privacidade” – segundo um designado modelo “aplicado” da ética. As semelhanças entre os dois diferentes trabalhos não deverão, porém, surpreender se tivermos presente que Beauchamp foi precisamente um dos relatores do “Relatório Belmont”. Além disso, o interesse em tomar os dois textos comparativamente não está tanto nas suas semelhanças – ambos, conjuntamente, protagonizam o esforço inicial de teorização de princípios reguladores da acção no âmbito da biomedicina – como nas suas diferenças (que começámos já a apontar) reveladoras do sentido de amadurecimento da reflexão: desenvolvimento e sistematização da doutrina, consolidação da justificação da teoria, aperfeiçoamento da aplicação da teoria à prática, extensão do domínio de aplicação dos modelos teóricos da bioética – da investigação científica, e mais especificamente da experimentação humana, também à prática clínica.

Começamos por apresentar, muito sinteticamente, os princípios da beneficência e da não-maleficência, por se fundamentarem ambos na tradição médica ocidental. O princípio da beneficência enuncia a obrigatoriedade do profissional de saúde ou investigador de promover, prioritariamente e sempre, o bem do doente¹¹ e nele se fundamenta a regra

¹⁰ T. Beauchamp e J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, Oxford University Press, 1979, 1.ª; 1983, 2.ª; 1989, 3.ª; 1994, 4.ª; 2002, 5.ª. Recorremos preferencialmente a esta quinta e última edição por ser a que, obviamente, apresenta o pensamento mais recente (e actual) dos autores.

¹¹ T. Beauchamp e J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 2002, p. 165 ss.

da confidencialidade¹². A aplicação do princípio da beneficência exige uma acção positiva no providenciar de reais benefícios – ou “beneficência positiva” – e uma ponderação acerca dos custos (recursos necessários para operar um benefício, bem como os efeitos negativos decorrentes da procura e realização desse benefício), dos riscos (mal ou prejuízo futuro entendidos como contrariedades relativamente a interesses como a vida, a saúde e o bem-estar) e dos benefícios (conceito que, ao contrário dos anteriores, não é probabilístico, referindo-se a algo de valor positivo como a vida ou a saúde) – ou “utilidade” –, o que em alguns casos de estimado equilíbrio torna qualquer decisão extremamente difícil. A regra da confidencialidade contribui para uma maior confiança do doente no médico o qual, desta sorte, estará em melhores condições para promover o bem do doente.

O princípio da não-maleficência determina o não infligir de qualquer mal¹³ e dele decorre a regra da fidelidade¹⁴, entendida como a obrigatoriedade de manter as promessas e, a limite, de se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do doente. A aplicação do princípio da não-maleficência pode conduzir à consideração do princípio do “duplo efeito”, o qual sustenta que uma consequência negativa decorrente de uma acção que visa primeira, directa e intencionalmente um bem, não é moralmente condenável. Este princípio do duplo efeito suscita entretanto dificuldades de vária ordem como a determinação da natureza de uma acção (ou omissão) intencional ou do que é um efeito intencional e ainda a eventual relevância moral da distinção entre acções e efeitos.

Em *Principles of Biomedical Ethics* a beneficência e a não-maleficência são apresentadas como princípios distintos (ao contrário do que se verificava no “Relatório Belmont” e que Beauchamp considera uma lacuna importante), reflectindo assim, respectivamente, a diferença real entre obrigações positivas (que exigem acção) e negativas (que podem consistir apenas na omissão de agir): a “moralidade – afirmam os autores – exige que se contribua para o bem-estar das pessoas”¹⁵, o que justifica um princípio da beneficência individualizado. Além disso, uma vez perspectivados exclusivamente como princípios, ambos enunciam obrigações morais a cumprir necessariamente. A conjugação destes aspectos, permite algumas expressões de paternalismo, sob condições determinadas, não

¹² *Ibid.*, p. 303 ss.

¹³ *Ibid.*, p. 113 ss.

¹⁴ *Ibid.*, p. 312 ss.

¹⁵ *Ibid.*, p. 165.

obstante o objectivo conseguido dos autores de o eliminarem na sua forma tradicional através da concepção de autonomia que apresentam.

Os princípios do respeito pela autonomia e da justiça são, enquanto tais, de mais recente formulação, não obstante a justiça constituir uma das virtudes cardeais desde a Antiguidade clássica. Beauchamp e Childress formulam o princípio do respeito pela autonomia a partir da moralidade kantiana, que enuncia a autonomia da vontade como princípio supremo da moralidade, e o da justiça a partir dos contributos da filosofia liberal que diversificam substancialmente o conceito geral aristotélico (ou conceito geral de justiça) de que iguais têm de ser tratados igualmente e desiguais desigualmente, introduzindo a noção de justiça distributiva ou equidade.

O princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças¹⁶ e dele parte a regra da privacidade¹⁷ entendida, em termos gerais, como o acesso limitado à pessoa e visando manter o respeito pela dignidade de ser pessoa. É evidente que neste princípio entram em consideração várias teorias da justiça e os autores destacam os modelos igualitário, comunitário, libertário e utilitário, afirmando que “não existe um único princípio de justiça capaz de responder a todos os problemas de justiça”¹⁸. Entretanto verifica-se facilmente que a adopção de diferentes e concorrentes teorias implica diferentes modelos de justiça distributiva com resultados também substancialmente diferentes em questões hoje fundamentais, se não mesmo estruturantes dos sistemas de saúde, como são o acesso aos cuidados de saúde (particularmente em países sem sistemas nacionais de saúde), as prioridades na distribuição dos cada vez mais escassos recursos para a saúde e o financiamento do próprio sistema. Na já apontada impossibilidade de opção por um princípio da justiça, na exclusão dos restantes, para regulamentação destes problemas, os autores consideram urgente o estabelecimento de um consenso social acerca da concepção de justiça a implementar.

O princípio do respeito pela autonomia¹⁹ afirma a capacidade que a pessoa tem de se auto-determinar e exige a regra da veracidade²⁰ como condição mínima para a sua aplicabilidade. Este princípio de respeito pela

¹⁶ *Ibid.*, p. 225 ss.

¹⁷ *Ibid.*, p. 293 ss.

¹⁸ *Ibid.*, p. 227.

¹⁹ As duas primeiras edições referem-se ao “princípio da autonomia” que apenas na terceira edição adquire a designação de “princípio do respeito pela autonomia”. *Ibid.*, p. 57 ss.

²⁰ *Ibid.*, p. 283 ss.

capacidade de decisão autónoma envolve dois aspectos complementares: por um lado, o reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões, baseadas nos seus valores pessoais e crenças; por outro, a promoção efectiva de condições que favoreçam o exercício da autonomia. O desrespeito pela autonomia da pessoa implica a sua desconsideração como sujeito e fim em si mesmo e a sua perspectivação como simples meio, susceptível de objectivação. A distinção fundamental entre o princípio do “respeito pelas pessoas”, do “Relatório Belmont”, e o do “respeito pela autonomia” suprime, a este nível, qualquer expressão de paternalismo activo. No que se refere às condições de exercício da autonomia, indicam-se diversas formas de acção absolutamente necessárias, entre as quais se destacam a transmissão de informação por parte do profissional de saúde e a verificação da compreensão da mesma, avaliação da competência e vontade do doente, cumprimento do processo de consentimento informado.

Desde a sua primeira formulação, em 1979, que o princípio da autonomia tem sido considerado preponderante sobre os restantes. Os autores negam-o e, de facto, o texto escrito não o permite afirmar senão, eventualmente, a partir dos casos ilustrativos em que, frequentemente, numa situação de conflito entre os vários princípios, o da autonomia parece prevalecer. De facto, os quatro princípios são invariavelmente ditos *prima facie*, isto é, exprimem uma efectiva e incontornável obrigatoriedade, pelo que todos obrigam igualmente, nenhum podendo ser suprimido ou subvalorizado em relação a outro. A moralidade da acção, de uma acção técnico-científica exercida no âmbito da actividade biomédica, exige igualmente o cumprimento dos quatro princípios²¹. Os diferentes princípios podem, todavia entrar em conflito entre si. Nesse caso, importa considerar as obrigações impostas pela situação, ponderando a relação do certo (correcto, *right*) com o errado (incorrecto, *wrong*).

Aliás, o eventual conflito entre os princípios e, sobretudo, a intervenção destes ao nível da prática, apresenta novos desenvolvimentos para uma mais satisfatória resolução, a partir da quarta edição de *Principles of Biomedical Ethics*. Beauchamp e Childress, reconhecidamente inspirados no trabalho de Henry Richardson, “Specifying Norms as a Way to Resolve

²¹ Para além dos quatro princípios e das quatro regras (e direitos) enunciadas, *Principles of Biomedical Ethics* apresenta igualmente outros importantes elementos da vida moral como sejam: virtudes, ideais e aspiração à excelência moral. Não sendo a presente reflexão exclusivamente dedicada a esta obra, ou mesmo ao principalismo em geral, optámos por não desenvolver estes aspectos.

Concrete Ethical Problems”²², apresentam o método da “especificação e ponderação” (*specifying and balancing*) dos princípios. Trata-se de um método de justificação da coerência da teoria que se desdobra em dois processos: a “especificação”, que consiste no desenvolvimento conceptual (dos conteúdos) progressivo do princípio, por natureza geral e abstracto, no sentido deste se ir cada vez mais facilmente relacionando com os problemas concretos da prática; e a “ponderação”, que assegura um percurso contínuo, nos dois sentidos, entre os princípios e os casos, no sentido da aferição daqueles à prática. Esta metodologia tanto evita uma interpretação hegemónica ou prevalecente da autonomia como ultrapassa o comum dedutivismo de um modelo “aplicado” da ética.

Os quatro princípios sistematizados por Beauchamp e Childress têm-se revelado verdadeiramente incontornáveis na reflexão bioética (daí também a atenção mais desenvolvida que lhes dedicámos) o que decorre, em grande parte, de encontrarem a sua justificação na “moral comum”. Não obstante, eles são frequentemente evocados na sua expressão mais abstracta, vindo a sofrer uma deficiente definição e, conseqüentemente, uma incorrecta aplicação, comprometendo a unidade e coerência da doutrina e, assim também, a legitimidade ética do resultado da sua aplicação. Além disso, tal como veremos seguidamente, princípios com uma mesma designação, pertencentes a diferentes modelos teóricos, podem receber uma diferente especificação. Todos estes aspectos merecem a atenção dos membros das CES.

2. A multiplicação dos modelos teóricos da bioética: fundamentação e normatividade

A estruturação do principalismo constituiu uma resposta à necessidade, que se vinha sentindo de uma forma cada vez mais premente, de um suporte teórico que fundamentasse, justificasse, validasse e credibilizasse as acções inéditas a desenvolver nas situações também elas inéditas que a biomedicina vinha sucessivamente inaugurando. É neste contexto que frequentemente afirmamos que o principalismo é o produto de uma época, que Beauchamp e Childress, atentamente, têm sabido ir actualizando ao mesmo tempo que vão respondendo (absorvendo e diluindo) as críticas que se lhes dirigem. Este é também um dos factores do seu incontestável sucesso.

²² Henry Richardson, “Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems”, *Philosophy and Public Affairs*, 19, 1990: 279-310.

A necessidade da teorização da prática bioética não deixou de se intensificar à medida que a biomedicina ia convertendo a ficção em realidade e o sucesso de *Principles of Biomedical Ethics* veio incentivar outros académicos pioneiros da bioética a desenvolverem também modelos teóricos regulamentadores da prática, tendencialmente atentos e valorizadores de aspectos subestimados ou negligenciados por Beauchamp e Childress. A década de oitenta é, como já dissémos, marcada por uma notável proliferação de novos modelos teóricos da bioética entre os quais destacaremos apenas três – o contratualista, o libertário e o da virtude – pela diversidade que entre si reflectem.

Robert Veatch é o melhor representante da interpretação da teoria contratualista em bioética. A sua obra *A Theory of Medical Ethics*, publicada em 1981²³ (e actualmente em revisão para uma segunda edição) apresenta uma “teoria de triplo-contrato” (*a triple-contract theory of medical ethics*), isto é, uma teoria assente num contrato social celebrado a três níveis: na sociedade em geral e acerca dos princípios orientadores da relação médico-doente; entre os médicos e a sociedade; entre médicos e doente.

O primeiro contrato, que o autor designa por “contrato social básico” (*basic social contract*), é o mais amplo de todos enquanto especificação de um sistema ético e dos princípios fundamentais que presidem às relações humanas e organizam a sociedade, a comunidade moral. Veatch refere-se então a sete princípios na sua especificação do conteúdo da moral: beneficência, não-maleficência (consequencialistas, tal como também se verifica no principalismo), autonomia, cumprimento de promessas ou fidelidade, dizer a verdade ou honestidade, evitar matar e justiça²⁴ (deontológicos, ou seja, que não maximizam as consequências, tal como a autonomia e a justiça no principalismo). De facto, o autor dirá que este conjunto agora apresentado não esgota os princípios possíveis a nomear, referindo-se, então a título de exemplo, ao princípio de gratidão e de reparação (formulado por D. Ross) e que considera bastante pertinente. Os princípios enunciados constituem uma codificação possível da nossa experiência da moral comum, isto é, correspondem àquelas noções com que qualquer pessoa razoável (*reasonable people*) concordaria, na sua base empírica de enunciação. A sua articulação faz-se segundo uma “ordenação lexical” (*lexical order*) em que os princípios deontológicos se sobrepõem aos consequencialistas em caso de conflito entre princípios. Na

²³ Robert M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*. New York, Basic Books, 1981.

²⁴ *Ibid.*, p. 141 ss.

eventualidade de conflito entre os princípios não consequencialistas, Veatch preconiza o método de ponderação (*balancing*) no contexto da situação concreta em presença.

O segundo contrato estabelece-se entre a sociedade (no contexto de uma sociedade liberal) e o grupo profissional (*contract between society and a profession*) e deverá especificar o papel e os respectivos deveres imputados a cada grupo na sua interacção, em conformidade com a moralidade do contrato social antes estabelecido.

Por fim, o terceiro é um contrato entre os profissionais de saúde e os doentes (*contract between professionals and patients*), em conformidade com os dois anteriores e especificando mais desenvolvidamente as obrigações de cada grupo. Este percurso deverá garantir uma base universal para as relações individuais, numa coerência das obrigações sociais, evitando conflitos na medida em que cada um cumpre o que deve e o que dele se espera.

O modelo de Veatch constitui uma alternativa ao sistema de formulação de princípios (seja o retomar de princípios tradicionais, seja a enunciação de novos princípios) e sua consequente aplicação aos problemas éticos biomédicos, por ele reputado de insuficiente para garantir a moralidade da acção biomédica. O autor considera necessário investir na estruturação de uma nova teoria ética que corresponda, afinal, aos princípios ou valores fundamentais reconhecidos como tais pela sociedade e ao que podemos designar como a sua especificação ao nível das relações com os diferentes grupos profissionais e, particularmente, entre profissionais de saúde e pessoas doentes. É evidente que este processo exige consensos e é nesta base que o contratualismo se apresenta como uma “nova fundamentação para a ética médica” e novo contexto para a tomada de decisões no âmbito da prestação dos cuidados de saúde. Não se trata, porém, de um contrato formal ou mesmo plenamente explícito, como tem sido criticamente apontado, mas antes de um compromisso ou também “aliança” (*covenant*), termos através dos quais o autor pretende exprimir simultaneamente a ligação moral e o espírito de fidelidade presentes na relação sociedade/profissionais de saúde/doente (mantendo-se assim afastado quer do legalismo e do individualismo, quer do pietismo religioso).

Consideramos que o modelo contratualista contribui muito significativamente para a ética biomédica e para o trabalho específico de uma comissão de ética através da chamada de atenção para três aspectos fundamentais: a necessidade de perscrutar e explicitamente enunciar os valores vigentes naquela comunidade particular (ou moral comum); a vantagem de formular claramente o desígnio ou missão de cada um dos parceiros sociais intervenientes na prestação de cuidados de saúde, quer

em si mesmos quer nas relações que estabelecem entre si (evidenciando os seus deveres e o que se espera de cada um); o interesse em actuar de forma a promover o sentido do compromisso com o outro e de fidelidade ao outro (no estreitamento de um sólido relacionamento).

Um outro modelo teórico da bioética, bastante distinto dos apresentados anteriormente e um dos mais divulgados (a seguir ao “principalista”) é o “libertário”, desenvolvido por Tristram Engelhardt em *The Foundations of Bioethics*, primeiramente publicado em 1986 e posteriormente revisto e de novo publicado em 1996²⁵. Engelhardt situa a sua reflexão no mundo moral pós-moderno, caracterizado pela abdicação de qualquer pretensão a uma fundamentação universal da acção, pela existência de um amplo pluralismo moral, pelo crescente relativismo moral aberto ao abissal nihilismo axiológico. Face a esta realidade, o autor questiona-se sobre a possibilidade de uma moral partilhada por todas as pessoas e, sobretudo, sobre a possibilidade de enunciação de um mínimo ético que permita e favoreça um relacionamento não violento entre a diversidade das pessoas que compõem as nossas sociedades contemporâneas.

O pluralismo ético que vigora nas sociedades actuais não permite formular qualquer moral substancial, uma moral de “pleno-conteúdo” (*content-full ethics*), ou seja, uma moral concebida como conjunto de normas ou regras orientadoras do sentido da acção: afinal, uma determinada acção considerada moralmente preconizável num dado contexto cultural pode ser reprovável num outro. Engelhardt acrescentará que este tipo de moral com conteúdo só pode florescer entre pessoas que partilham os mesmos valores (*moral friends*), independentemente da fundamentação racional dos mesmos, o que, em todo o caso, se torna cada vez mais raro em sociedades pluralistas (*moral strangers*) e fora de comunidades religiosas.

Assim sendo, no actual contexto ocidental, as vias que se abrem para escapar ao nihilismo não são muitas e o autor, depois de as considerar – “força, conversão de uma parte ao ponto de vista de outrém, argumento racional são e acordo”²⁶ –, conclui que apenas a última — o acordo — subsiste como viável. Isto é, a única moralidade possível, para Engelhardt, é a que nasce do acordo entre as pessoas interessadas em colaborar na sua construção, através de um processo de negociação e na obtenção de consensos. Na ausência de consentimento, e dada a ausência prévia de um

²⁵ H. Tristram Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*. Oxford, Oxford University Press, 1996, 2.ª ed.

²⁶ *Ibid.*, p. 67.

critério de validação moral, todos os procedimentos parecem manter-se igualmente legítimos ou, pelo menos, não há qualquer autoridade que o negue. O “consentimento” é a única autoridade possível numa moral “sem-conteúdo”, isto é, numa moral procedural, afinal, também ela a única possível no mundo pluralista que habitamos. Procura-se assim “construir” uma nova moral, não a partir do exercício da razão, mas da convergência de vontades.

No âmbito de uma política de saúde, tal implica que seja indispensável negociar consensos para legitimar moralmente qualquer medida de actuação, caso contrário todas as acções são permissíveis: desde o aborto e a eutanásia, exemplos comuns para situações em que a opinião pública se encontra fortemente dividida; até à selecção do sexo dos embriões, hoje tecnocientificamente possível mas regra geral condenável; ou a reprodução humana por clonagem, ainda apenas antevista mas já envolta em celeuma.

Nesta nova fundamentação da ética os únicos princípios reconhecidos são os de “permissão” (deontológico)²⁷ e de “beneficência” (consequencialista), no desenvolvimento dos quais o autor virá a introduzir alguns outros princípios (*derivative principles*). O “princípio de beneficência” é simplesmente o princípio de “fazer o bem”²⁸, sem encerrar qualquer definição de “bem”, sem qualquer conteúdo. É positivo na medida em que exprime um compromisso com o “bem” – pressuposto de toda a moral. O “princípio da permissão” ou “consentimento” é a condição mínima necessária para a constituição de uma comunidade moral (se bem que de *moral strangers*). Trata-se de um princípio secular, sem qualquer conteúdo e puramente procedural. É ele o verdadeiro critério da moralidade – uma moralidade do respeito mútuo –, uma vez que a acção só é moral se obedecer ao princípio da permissão, isto é, se decorrer do consentimento daqueles a quem diz respeito. De facto, as acções realizadas por “beneficência” são mais difíceis de justificar e esta tão pouco é um requisito indispensável para a coerência do mundo moral, pelo que será sempre o princípio de permissão o prevalecente no modelo libertário de Engelhardt²⁹.

Para além da importância já apontada deste modelo libertário ao nível do delinear de políticas de saúde, ele intervém igualmente ao nível das relações inter-pessoais no âmbito da prestação de cuidados de saúde através do corroborar do compromisso de todo o profissional de saúde

²⁷ O “princípio da permissão” surge apenas na 2.ª edição, como reformulação do “princípio da autonomia” referido na 1.ª edição.

²⁸ *The Foundations of Bioethics*, p. 112.

²⁹ *Ibid.*, p. 103 ss.

com o bem. Intervém ainda através da chamada de atenção da impossibilidade de uma definição substancial e universal deste bem e consequente exigência de obtenção de consentimento como única autoridade verdadeiramente legitimadora da acção a desenvolver. Num período em que também a sociedade portuguesa se torna cada vez mais homogénea, resultado do fenómeno crescente da imigração, principalmente de África e da Europa de Leste, acentuam-se as questões éticas suscitadas pelo relativismo cultural, às quais Engelhardt pretende responder. O pluralismo axiológico de que este autor parte é, sem dúvida, uma realidade comum nas sociedades ocidentais e que não pode ser negligenciada por quantos trabalham no sector da saúde, sob o risco de se concorrer para a desumanização da assistência.

O radicalismo da mais recente perspectiva libertária não é, todavia, aniquilador da recuperação de perspectivas com uma longa tradição na história da ética. Recordamos aqui a casuística que, desacreditada na contemporaneidade depois de séculos de exercício estruturador da reflexão ética (modelo por excelência da moral escolástica e que se foi desenvolvendo até ao século XIX), vem a ser revigorada por A. Jonsen e S. Toulmin em *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, de 1988³⁰, os quais chamam a atenção para o carácter imprescindível da análise directa dos casos concretos na teorização da bioética. Daí que este modelo teórico seja explanado, na presente obra, no capítulo dedicado à "Seleccção de casos para estudo e análise", dispensando-nos aqui de o desenvolvermos. Sublinhamos apenas que se trata de uma alternativa teoricamente muito interessante a todos os modelos que formulam princípios da acção (e são a maioria) e na prática indispensável a esses diferentes modelos para aferição da doutrina, tal como vimos em relação ao pluralismo de Beauchamp e Childress.

Referimo-nos aqui também ao modelo da virtude, profundamente enraizado na ética aristotélica e hipocrática, e que no domínio específico da biomedicina foi notavelmente desenvolvido por Edmund Pellegrino e David Thomasma ao longo de várias obras dedicadas sobretudo à filosofia da medicina, encontrando-se fortemente condensado numa publicação de 1988 intitulada *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*³¹. Tal como o título imediatamente sugere, os autores procuram "restaurar" o valor indispensável da "beneficência", princípio

³⁰ Albert Jonsen e Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley, University of California Press, 1988.

³¹ Edmund Pellegrino e David Thomasma, *For the Patient's Good*. Oxford, Oxford University Press, 1988.

Este modelo é aparentemente de aplicação mais difícil do que os anteriores mencionados na medida em que, em vez da acção ser estruturada por normas, estas são uma síntese das orientações fundamentais da acção virtuosa. Não obstante, evidencia contributos não negligenciáveis pelos diversos intervenientes na prestação de cuidados de saúde, como sejam: a recuperação da tradição de ética médica adequando-a às actuais exigências da biomedicina, tornando-se assim de fácil compreensão e aceitação por parte dos profissionais de saúde (sendo também, certamente, o modelo bioético que melhor responde a uma ética da enfermagem); o empenho dispensado à formação da pessoa doente; o contributo para uma designada “ética preventiva”, evitando alguns conflitos decorrentes do não cumprimento de aspectos formais e facilmente ultrapassáveis no plano existencial do encontro e diálogo entre duas ou mais pessoas.

3. Análise crítica e reflexão criativa

À medida que os modelos teóricos da bioética se foram multiplicando, foi-se também acentuando o esforço de cada um deles se demarcar dos restantes, sublinhando as diferenças com os demais – o que correspondeu a uma primeira fase do pensamento crítico, quando dominava ainda o entusiasmo provocado pela efervescência das novas ideias que se sucediam. O criticismo vai-se, porém, naturalmente agudizando, suscitado pelas dificuldades que a aplicação de cada modelo à prática vai revelando, incentivado pela consolidação desses modelos e protagonizado pelo crescente número de académicos e profissionais que se vão dedicando à bioética. Esta é a fase declaradamente crítica que dominou grande parte da década de 90, dando origem a importantes trabalhos de reflexão analítica e crítica, favorecendo o surgimento de modelos teóricos alternativos gerados a partir de diferentes tradições filosóficas e estimulando a teorização da bioética fora do contexto geo-cultural anglo-americano. Consideraremos brevemente cada um destes aspectos.

Uma das obras mais amplas e sistematizadas de crítica e alternativa deste período é certamente a de Bernard Gert, Charles Culver e Danner Clouser, *Bioethics: A Return to Fundamentals*³³. Os autores visam directamente o “principalismo” de Beauchamp e Childress, ou seja, o modelo paradigmático da bioética, o que reforça a justificação da menção que aqui lhe fazemos. A crítica ao principalismo visa particularmente o plano

³³ Bernard Gert, Charles Culver e Danner Clouser, *Bioethics: A Return to Fundamentals*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

normativista em que este se situa e a sua abdicação de fundamentação dos princípios propostos os quais funcionam meramente como uma “*check list*” de quatro princípios de que se vai dando baixa à medida que se vai confirmando sucessivamente o cumprimento de cada um, o que suposta e automaticamente resultará num acto moral.

O objectivo de Gert, Culver e Clouser é o de fornecerem um quadro de inteligibilidade moral e os instrumentos conceptuais necessários para que cada indivíduo, no domínio da prática biomédica, possa determinar as alternativas moralmente aceitáveis para a sua acção e tomar a melhor decisão. É neste sentido que apresentam: a “moral comum” (*commom morality*) como um “sistema moral justificado” e plano fundacional (não apenas justificativo) de toda a reflexão, numa perspectiva descritiva; e um conjunto de regras que constituem a sua teoria da acção (ao nível meta-ético).

A “moral comum” é definida como um sistema moral público justificado a que todas as pessoas racionais recorrem nos seus juízos morais (mesmo que, por vezes, inconscientemente) e que, por conseguinte, se aplica também a todos (no âmbito de uma ética descritiva). Neste sentido, os problemas éticos que os profissionais de saúde enfrentam contextualizam-se, ainda e sempre, na moral comum que implicitamente conhecem, e os deveres profissionais que lhes são particulares e que intervêm igualmente nas suas tomadas de decisão não podem, nem manifestam qualquer incompatibilidade com a designada moral comum.

Os autores comparam o sistema da moral comum a um sistema gramatical que todos os nativos daquela língua utilizam sem conhecerem necessariamente as regras. Esta tarefa, no âmbito da moralidade, competirá às teorias morais. É já neste contexto que os autores se referem às “regras” e aos “ideais” como elementos fundamentais do sistema: as primeiras proibindo acções que possam causar o mal; os segundos encorajando a prevenção dos males. Com efeito, definindo o objectivo da moralidade como consistindo na minimização de “males” causados (aliás, porque é mais fácil identificar e prevenir o “mal” do que promover o “bem”, o que arrastaria também consigo uma atitude paternalista), e sendo ela particularmente dirigida para pessoas vulneráveis, os autores enunciam dez regras morais de não-maleficência (conjunto de regras que constituem a sua teoria da acção, ao nível meta-ético): cinco delas exprimem uma proibição directa, enquanto as restantes cinco se referem a disposições que, uma vez não adoptadas em situações particulares, podem vir a resultar num mal. As primeiras consistem em: não matar, não causar dor, não causar deficiência, não privar de liberdade, não privar de prazer. As restantes referem-se a: não desapontar (*deceive*, “inclui mais do que

mentir”), manter as promessas, não enganar (*cheat*, “violar as regras”), obedecer à lei, cumprir o seu dever³⁴. Numa situação de conflito entre as regras os autores afirmam que o procedimento moral decisivo é o de ponderar as consequências da desobediência de cada uma delas e avaliar se seriam publicamente permitidas.

Este modelo é uma chamada de atenção para a insuficiência de um plano de reflexão meramente normativo e para a necessidade de não abdicação de uma exigência fundacional. Do ponto de vista prático, recupera e desenvolve o tradicional “*primum non nocere*” como basilar de toda a moralidade.

Gert, Culver e Clouser, tal como Beauchamp e Childress ou Veatch, não deixam, também eles, de apresentar um modelo principalista³⁵ que, no caso de *A Return to Fundamentals*, é de natureza fundacionalista. Esta estrutura teórica geral é, sem dúvida, a de mais fácil aplicação, o que estará talvez subjacente à iniciativa europeia de formulação de *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, de 2000³⁶, primeira e sinteticamente apresentados na “Declaração de Barcelona”, em 1998.

Esta obra corresponde à concretização de um projecto da União Europeia de apresentação de princípios éticos na bioética e no biodireito, enraizados na cultura europeia continental, em vista da formulação de propostas políticas no domínio da biomedicina. Neste contexto são apresentados quatro “princípios éticos básicos” – autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade – o que, por vezes, tem sido criticamente interpretado como pretensão de apresentar a versão europeia dos quatro princípios de Beauchamp e Childress. De facto, as semelhanças são apenas formais – na paralela enunciação de quatro princípios – mais do que de conteúdo – na definição substancial dos mesmos. Deter-nos-emos brevemente na definição de cada um deles. Do ponto de vista formal avançaremos apenas na explicitação de que os designados “princípios” são fundamentalmente ideias orientadoras ou directrizes para a reflexão de profissionais de saúde e cidadãos em geral sobre as implicações éticas da biomedicina e biotecnologia.

³⁴ *Ibid.*, p. 34.

³⁵ Gert, Culver e Clouser dirão que as regras enunciadas correspondem simplesmente à especificação da “não-maleficência”, não se apresentando como princípios a serem aplicados.

³⁶ Jacob Dahl Rendtorff e Peter Kemp, *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, vols. I e II. Copenhagen / Centre for Ethics and Law, Barcelona / Borja de Bioética, 2000.

A “autonomia” é genericamente entendida como liberdade individual – incluindo uma liberdade positiva e escolhas activas por parte do indivíduo –, relacionada também com a organização política da sociedade, e como “possibilidade de um desenvolvimento harmonioso da pessoa humana”³⁷.

O princípio da “dignidade humana” exprime, em geral, a posição destacada que uma pessoa tem: originariamente, na sociedade, significando a qualidade de ser uma pessoa honrável ou meritória, o que implica reconhecimento de outros; posteriormente e de forma mais marcante, significando o “valor intrínseco da humanidade da pessoa”, o que tradicionalmente justificou a superioridade do homem na natureza. É o valor intrínseco da pessoa, sempre tomada como um fim em si mesma, que constitui o núcleo do conceito de “dignidade” e base da sua reivindicação ao nível dos direitos humanos; é a exigência de reconhecimento por parte dos outros que a “dignidade” encerra que a distingue da “autonomia”³⁸ (frequente e indevidamente confundidas). Em suma, é a dignidade que confere estatuto moral à pessoa.

O princípio da “integridade” exprime dois sentidos, à semelhança dos princípios anteriores, a saber: a exigência de não ser magoado, lesionado ou alterado, mas sim respeitado e protegido, no respeito pela sua privacidade; a totalidade, a completude e unidade da pessoa humana, no respeito pela sua coerência de vida. Daí que a integridade pessoal se manifeste preferencialmente numa perspectiva narrativa, através da história de uma vida, do contexto de uma vida, da totalidade de uma vida. A identidade pessoal é entendida como integralidade narrada³⁹.

O princípio da “vulnerabilidade” exprime também dois sentidos: o da fragilidade e finitude da vida; e o da exigência de cuidado para os vulneráveis, ou seja, aqueles que estão ameaçados na sua autonomia, dignidade e integridade. Assim, o princípio da vulnerabilidade reclama o cuidado dos outros para que eles próprios se venham a realizar plenamente⁴⁰.

Neste modelo, verificamos que os quatro princípios estão profundamente imbrincados. Aliás, podíamos acrescentar que é a “autonomia” como verdadeiro princípio que estabelece as relações com e entre os restantes (definidos também como traços universais de carácter ou virtudes). Neste sentido, a autonomia é aqui sempre entendida no contexto do

³⁷ *Ibid.*, pp. 25-31.

³⁸ *Ibid.*, pp. 31-38.

³⁹ *Ibid.*, pp. 38-45.

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 45-56.

cuidado pelos outros, fundada numa ética da solidariedade, da responsabilidade e da justiça e concorrendo, juntamente com os restantes princípios nomeados, para uma ética do cuidado. Para além deste aspecto, dois outros merecem-nos particular atenção neste modelo: o alargamento da ética do mundo humano ao biológico em geral (que aqui não desenvolvemos dado situarmo-nos apenas no plano humano); e a valorização ímpar da pessoa humana. Particularmente este último constitui o traço mais inovador na teorização da bioética, ao mesmo tempo que revelador do seu perfil europeu – na senda de uma tradição judaico-cristã, diferentemente corroborada por tendências filosóficas contemporâneas, como o personalismo e o existencialismo. A “pessoa humana” é o cerne de toda a moralidade – o que permite desenvolver uma reflexão ética subordinada à exigência de condições para o florescimento humano, num processo de auto-realização. Consideramos que a fundamentação antropológica da ética e a concepção da ética como diferença antropológica constituem parâmetros irredutíveis para a reflexão e a prática morais.

É também sob inspiração de uma filosofia europeia continental que no espaço anglo-americano começaram a surgir alternativas aos modelos prevaletentes. Apontamos como percussores destas novas vias Richard Zaner⁴¹ e Howard Brody, cujos trabalhos são característicos de uma leitura fenomenológica dos problemas bioéticos, e outros como de Eric Cassel⁴² e Kay Toomb, cuja reflexão revela uma progressão mais acentuada para uma perspectiva narrativa. De facto, distinguimos aqui as duas perspectivas sobretudo no plano metodológico, pela diferente ênfase que cada autor atribui a aspectos que, todavia, não deixam de ser comuns a todos eles: a valorização da experiência individual da doença e da interpretação subjectiva da mesma narrada pelo próprio.

A obra destes autores desenvolve-se, de um modo geral, no âmbito da prática clínica em que introduzem efectivamente uma nova abordagem de identificação, compreensão e resolução dos problemas éticos aí emergentes. Por isso, o seu trabalho oferece-nos não apenas uma fundamentação da prática clínica numa filosofia da medicina, que faz da experiência do encontro clínico o seu ponto de partida, mas também uma diferente análise dos casos ou situações de doença e dos diferentes modos possíveis de actuação em relação a cada um. Assiste-se agora, claramente, a uma inflexão de perspectiva de reflexão que se desloca do ângulo

⁴¹ Richard Zaner, *Ethics and the clinical encounter*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1988.

⁴² Eric Cassel, *The healer's art: a new approach to the doctor-patient relationship*. New York, Lippincott, 1976.

privilegiado do profissional de saúde em direcção ao do doente, que passa a envolver e a integrar; desloca-se do reduto da objectividade científica para a diversidade infinita da subjectividade humana, que assimila como indispensável para a compreensão verdadeira da realidade autêntica. Importa, pois, agora a “voz” da pessoa doente e o modo como ela se diz doente. Há, então, que atender a “estados de alma”. Importam os sentimentos e as emoções, as percepções subjectivas e as vivências esquecidas, como se é e como se crê ser – realidades que cada um personifica nas histórias que conta acerca de si, da sua vida e também da sua doença, ao mesmo tempo que contexto vivo em que o processo terapêutico se desenrola.

Os modelos teóricos da bioética, moldados por um pensamento fenomenológico e hermenêutico, rejeitam decididamente todo o formalismo dos princípios e também o pragmatismo destes para dar expressão ao diálogo singular inter-pessoal e à criatividade da descoberta de novas vias personalizadas para resolver os problemas éticos emergentes no domínio biomédico. A sua aceitação no espaço geo-cultural europeu é, obviamente, apreciável e têm surgido diferentes metodologias que partem desta perspectiva fenomenológico-hermenêutica entre as quais destacamos a da “hermenêutica da criatividade”, apresentada por Bruno Cadoré em *L'éthique clinique comme philosophie contextuel*, de 1997⁴³. Trata-se de um método de análise de situações éticas difíceis, não normativo e *a posteriori*, pelo que não visa intencional e directamente a solução de problemas. Consideram-se as decisões tomadas como matéria de análise, não com o objectivo de as avaliar, mas antes de apreciar o “compromisso ético que representam”. O pressuposto necessário para o exercício do método da hermenêutica é a “aceitação da incerteza” relativamente à decisão assumida, à acção realizada. Só a incerteza permite a distância na qual o método é implementado como mediação. O objectivo geral é: permitir aos profissionais de saúde adquirirem o hábito de decisão ética em futuras situações análogas, assumindo a responsabilidade da acção, mesmo que através de cursos de acção não ortodoxos. O que caracteriza essencialmente esta metodologia, como outras com uma inspiração paralela, é a ênfase atribuída ao papel da interpretação na bioética.

O contributo de uma “ética interpretativa”⁴⁴ é inestimável para uma melhor assistência ética no contexto da prestação de cuidados de saúde,

⁴³ Bruno Cadoré. *L'éthique clinique comme philosophie contextuel*. Saint-Laurent, Quebec, Fides, 1997. 61 pp.

⁴⁴ Cf. Henk Ten Have, “A Helping and Caring Profession”: Medicine as a Normative Practice”, Torreglia, International Meeting on Clinical Bioethics, 1999 (*in press*).

pela sua recuperação de dimensões do humano até então negligenciadas. Não obstante, a dificuldade em se traduzir numa estrutura normativa dificulta a sua aplicação, mantendo-se, todavia, indispensável – diríamos – (pelo menos) no plano formativo.

Ainda num contexto preferencialmente europeu, mas cujo desenvolvimento na sua aplicação à bioética se aproxima de perspectivas norte-americanas, importa referir a “ética comunicacional” ou da “discussão”, introduzida no cenário da reflexão ética pelos filósofos alemães Jürgen Habermas e Karl Otto Apel. A ética da discussão procura responder aos perigos do nihilismo e também do relativismo reconhecendo, não obstante, a impossibilidade de demonstrar cientificamente (através do método experimental) a objectividade de qualquer juízo de valor. De facto – afirmam –, a única objectividade possível é a “hermenêutica”, isto é, a que corresponde a uma interpretação de uma dada realidade, testada pela discussão que se gera em seu torno e confirmada (comprovada) pelo consenso alcançado: qualquer decisão ou normativa só podem ser reconhecidas válidas quando as suas consequências podem ser também racionais e livremente assumidas por todos os participantes de um diálogo maximamente alargado (princípio habermasiano da universalização)⁴⁵. Este diálogo exige, naturalmente, uma participação alargada a todas as pessoas afectadas pelas decisões a tomar ou normas a enunciar e uma argumentação racional (princípio habermasiano da ética da discussão)⁴⁶. A ética da discussão atende, assim, aos argumentos expostos, vingando sempre a interpretação que se faz acompanhar do melhor argumento, pelo que se trata necessariamente de uma ética deliberativa e procedural – segundo o modelo da democracia –, mas também consensualista e minimalista – própria do pluralismo axiológico das sociedades contemporâneas.

O modelo da discussão, apostando na interpretação e no diálogo, é também racional e cognitivista, na medida em que procura alcançar a dimensão inteligível do princípio, sendo assim também favorável a um pensamento normativo, construído num plano consensualista – aspectos que o tornam especialmente relevante na reflexão ética e bioética contemporânea.

⁴⁵ Jürgen Habermas, *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge, Massachusetts, The MIT Press, 1990, pp. 120, 197.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 121.

4. Para uma teoria unitária

A profusa resposta à inicial necessidade de teorização da bioética trouxe alguns novos problemas que importa considerar. Com efeito, a actual diversidade de modelos teóricos tem permitido, senão mesmo favorecido, que pessoas com responsabilidades no domínio de actuação bioética (como, por exemplo, os membros das CES) mas com uma formação em ética menos sólida que a desejável, infringam a coerência exigível a todo o sistema teórico ou resvalem para uma postura eclética no exercício das suas funções – vias que comprometem a autenticidade do plano ético, sendo, por isso, de evitar.

A primeira situação verifica-se facilmente quando, numa postura consequencialista, isto é, que enfatiza o resultado da acção, se adopta temporariamente uma teoria bioética em função e como justificação do efeito procurado, da acção por que previamente se optou. Assim sendo, os diferentes dilemas éticos a apreciar vão suscitando a evocação de diferentes teorias, conforme aquela que melhor justifica o resultado procurado⁴⁷. Esta é uma perspectiva que carece da coerência exigível a todo o pensamento filosófico e especificamente ético.

A segunda situação também não é invulgar (bem pelo contrário) e ocorre sempre que se procura combinar o que se reputa de mais positivo em cada um dos modelos bioéticos estabelecidos⁴⁸. Frequentemente, porém, os diversos contributos das diferentes doutrinas que se pretende conjugar são inconciliáveis. Além disso, as aproximações a que se procede tendem a negligenciar a definição específica dos conceitos e a explicitação dos seus fundamentos legitimadores, resvalando para equívocas homónimas. Esta é uma perspectiva que carece da unidade exigível a todo o sistema teórico, comprometendo assim um raciocínio consistente legitimador da prática.

Em síntese, ambas as situações rompem com a exigência de unidade e coerência inerentes à racionalidade da acção em que a ética consiste.

⁴⁷ Assim sendo, não se trata de facto da adopção de um modelo intuitivo da bioética como, por exemplo, o que Baruch Brody apresenta em *Life and Death Decision Making*, de 1988. Brody enuncia cinco “apelos éticos maiores”, cuja validade decorre intuitivamente das consequências satisfatórias alcançadas num plano casuístico. Esses diferentes apelos deverão então ser respeitados nas relações entre profissionais de saúde e doentes.

⁴⁸ Trata-se de um “ecletismo metodológico”, denunciado como tal por vários autores (como Edmund Pellegrino, Baruch Brody, Bernard Gert e Danner Clouser) e que não se restringe, obviamente aos modelos enunciados, mas se estende igualmente a muitos outros como o do “cuidado”, de C. Gilligan, ou o do “direito natural, de J. Finnis, etc.

Coloca-se então uma terceira situação aos que se começam a familiarizar com a pluralidade de modelos teóricos da bioética: a opção por um em detrimento dos restantes, sob critérios a determinar. Esta é uma via legítima se decorrer de uma opção consciente e esclarecida tomada a partir de uma ampla reflexão e debate sobre os vários modelos teóricos existentes, à luz de uma interpretação da “moral comum” de uma determinada comunidade. Aliás, este é um contributo precioso dos vários modelos teóricos da bioética: o de proporem uma sistematização teórica da vivência moral da comunidade de que emergem, na rejeição do mal, na promoção do bem, no respeito pela pessoa. No entanto, há que considerar seriamente a eventualidade de nenhum dos modelos ser, por si só, suficiente para responder aos desafios éticos que a biomedicina hoje envolve. Tal como procurámos evidenciar ao longo deste nosso estudo, todos os diversos modelos teóricos da bioética apresentam contributos válidos e muito pertinentes para a reflexão e a prática, não podendo ser simplesmente esquecidos pelas dificuldades que colocam de articulação com outros contributos meritórios. Assim sendo, o problema é, em última instância, metodológico: construção de uma unidade coerente a partir da articulação dos diferentes aspectos que as diferentes teorias éticas sistematizam em prol de uma “melhor” investigação e prática biomédicas. Em suma, apela-se a uma teoria unitária.

Para uma teoria unitária, abrem-se duas vias possíveis: a de uma fundamentação universal e a de uma promoção de consensos. A primeira vem sofrendo uma erosão progressiva ao longo dos últimos anos, aqui justificada, por exemplo, por Engelhardt. Não obstante, são plurais as iniciativas a que mais recentemente vimos assistindo tendentes à construção dessa máxima unidade. Referimo-nos, mais uma vez a título ilustrativo, a Veatch que, nos últimos escritos, exprime um absolutismo ético na afirmação de que diferentes culturas exprimirão diferentemente os mesmos princípios; ou a Beauchamp e Childress que, nas suas duas últimas edições de *Principles of Biomedical Ethics*, intensificam o pretenso universalismo da designada “moral comum”. Quanto à segunda via, vem sendo amplamente procurada numa perspectiva minimalista da ética, totalmente empenhada na celebração dos consensos possíveis, numa genérica abdicção de quaisquer princípios fundamentadores se bem que ciosa de uma normativa. Aliás – acrescenta-se – existe hoje uma fortíssima pressão para a construção de um suporte teórico bioético unitário que, a não ser implementada pela ética, será imposta pelo direito. Toda a uniformização normativa legal anterior a um consenso moral careceria ela própria de legitimidade ética.

Consideramos que é neste amplo contexto, que aqui esboçamos apenas em traços largos, que todos nós, empenhados na reflexão e prática bioéticas, teremos de prosseguir. Em termos teóricos, há que procurar sempre conjugar numa unidade coerente os vários contributos que vamos identificando nas diversas teorias éticas, mesmo que permanecendo a um nível sectário. Em termos práticos, diríamos que cada novo caso ou situação analisadas, cada deliberação realizada ou decisão tomada devem ser pensadas retrospectiva e prospectivamente, isto é: tendo em atenção a coerência das mesmas com a racionalidade das posições anteriormente assumidas; e o efeito a produzir pela aplicação dessa mesma normativa à singularidade concreta em presença. Cremos ser assim possível mantermo-nos fiéis às exigências da ética e corresponder aos desafios da vida.