

BIOÉTICA E BIOÉTICAS

M. Patrão Neves*

A expressão “bioética ou bioéticas”, que intitula esta obra, é, ela própria, simultaneamente uma interrogação e uma tese. Interrogação de formulação bastante recente e também surpreendente no mundo ocidental em que a bioética surgiu, ela é cada vez mais respondida no plural pelos novos desenvolvimentos que a bioética tem vindo a conhecer num contexto geo-cultural progressivamente mais alargado e diversificado. Ao mesmo tempo, a opção por um ou outro dos seus termos não é inconsequente, protagonizando uma diferente tese interpretativa: pugnar por uma “bioética” no singular é reivindicar o seu originário paradigma ocidental como o único verdadeiro, na adopção de um modelo epistemológico estreito e rígido; aderir à pluralidade das “bioéticas” é acolher como legítimas todas as diferentes reflexões que se reclamam da bioética, no eventual abdicar de um indispensável estatuto epistemológico.

Abandonamos aqui a interrogação inicial, mote desta obra colectiva, e prosseguiremos defendendo a tese de que importa converter o sentido dijunctivo da expressão “bioética ou bioéticas”, num sentido copulativo — “bioética e bioéticas” —, colocando-nos assim para além da singularidade absolutista do modelo único da bioética e para aquém da pluralidade anárquica de um alargamento indiferenciado do seu âmbito. Estamos convictos de que entre estes dois pólos alternativos se estende um amplo e fecundo domínio intermédio que convém explorar, identificando-o e caracterizando-o na sua diversidade temática e de pontos de vista, compreendendo-o e desenvolvendo-o nos seus contributos para o sentido convergente da inquietude ética em relação ao poder conquistado do homem

* Professora catedrática de Ética, da Universidade dos Açores.

sobre a vida, em que essencialmente consiste a bioética. Afastamo-nos assim também de perspectivas reducionistas, radicais e estéreis, sem desistir da exigência de especificidade da bioética, de forma a garantir a sua identidade fundamental no curso dos seus inéditos e plurais desdobramentos.

Foi já adoptando esta perspectiva que, no passado, primeiramente nos pronunciámos sobre este tema referindo-nos à bioética e seus perfis (Patrão Neves, 2002): defendemos na ocasião uma identidade essencial da bioética que, exposta a diferentes contextos, se lhes torna permeável, adquirindo diferentes perfis em diferentes espaços geo-culturais. Em sintonia com a analogia anterior, e reforçando o imperativo de diálogo entre os diferentes designados “perfis” que a bioética tem vindo a apresentar, acrescentaríamos agora que ela constitui hoje um novo “linguajar”. A bioética é a “voz”, por excelência, do cuidado e solicitude de cunho humanista face aos progressos biotecnológicos, cujos efeitos se exercem sobre o homem, individual e socialmente considerado, como sobre os demais seres e seus habitats. Esta “voz”, no seu “linguajar”, soa diferentemente em diferentes comunidades culturais, em afastadas regiões geográficas, ecoa com um distinto sotaque ou até segundo um dialecto local. É uma mesma língua que se vai falando de modo diverso.

Acompanhando o avassalador desenvolvimento espaço-temporal da bioética, caracterizaremos as suas distintas concepções que hoje se entrecruzam, sistematizando as condições reais, favoráveis, que assistiram à multiplicação das vertentes por que tem progredido, as quais, por sua vez, deverão justificar a complementaridade entre os vários “sotaques” ou o enriquecimento linguístico, conceptual e discursivo de um mesmo sentido feito plural (de uma mesma língua nos seus “linguajares”). Destacaremos, assim, três planos principais, sucedâneos e hoje coexistentes, por que a bioética se tem vindo a desdobrar: o primeiro, o da afirmação da bioética, desde a sua génese — na década de 70, nos Estados Unidos — e no curso dos seus iniciais e mais determinantes desenvolvimentos; o segundo, que se acrescenta ao anterior, o da réplica das bio-éticas, desde a divulgação da bioética na Europa continental, na década de 80, à sua expansão para além do mundo ocidental, sobretudo na década de 90; e um terceiro, que se vem parcialmente sobrepor aos anteriores, o do diálogo internacional para uma bioética global, que hoje se nos coloca como uma opção sem alternativas reais.

1. A afirmação da bioética

O aparecimento da bioética está claramente definido no espaço e no tempo. O termo foi primeiramente forjado por Van Rensselaer Potter, um investigador na área da oncologia, em Madison, Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos da América. É ele o autor de "Bioethics, The Science of Survival", texto publicado em Dezembro de 1970, que constituiria um capítulo da sua obra maior *Bioethics: Bridge to the Future*, publicada em Janeiro de 1971. Nesse mesmo ano, no mês de Julho, Andre Hellegers, um obstetra holandês da Universidade de Georgetown, em Washington D.C., funda o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, assim introduzindo o termo "bioética" pela segunda vez e, surpreendentemente, tanto quanto foi possível determinar, ainda com carácter inédito (W. Reich, 1993, 1995).

Na verdade, o neologismo "bioética" é cunhado por Potter e Hellegers com um sentido específico francamente distinto, não obstante inspirado pela preocupação comum de urgência de apreciação ética das consequências dos progressos científico-tecnológicos, respectivamente, para a vida em geral e para o homem em particular. Potter propõe a designação de "bioética" para uma nova ciência, uma "ciência da sobrevivência", que combinasse o conhecimento dos sistemas vivos (factos biológicos) e o dos sistemas de valores (valores éticos), tendo em vista garantir a sobrevivência do homem num mundo cada vez mais ameaçado por uma explosão demográfica descontrolada. Esta conduz a uma sobre-exploração do nosso planeta, através do consumo exponencial de produtos agrícolas, pecuários, piscícolas e crescente pressão sobre os recursos não renováveis. Assim, para Potter o futuro do homem na Terra não está garantido e só uma ética, conjugada com as ciências sociais e articulada com a ecologia, o poderá assegurar. Aliás — acrescenta — a sobrevivência dos ecossistemas é o melhor teste para o nosso sistema de valores (Potter, 1970).

Hellegers situa-se num outro âmbito temático, mais restrito, especificamente o da medicina. Ele considera que o desenvolvimento biotecnológico e as mudanças sociais determinaram uma nova percepção da medicina, senão mesmo uma evolução importante na sua natureza: a medicina, que tradicionalmente se exercia no âmbito de uma relação intersubjectiva, entre o médico e o seu doente, e centrando-se na doença, ganha uma nova dimensão ao passar a responder ao bem-estar geral da pessoa — de acordo com a definição de "saúde" da OMS — como também a problemas sociais das comunidades. A preocupação já não é mais apenas com

as doenças a diagnosticar em indivíduos, mas também com a promoção da saúde a nível social. Importa então considerar questões como a alocação de recursos, justiça distributiva e cuidados de saúde; mas também problemas anteriormente à margem da medicina, como o envelhecimento ou a taxa de natalidade; e ainda oferecer serviços tecnológicos desde a cirurgia plástica ao aborto ou à fertilização *in vitro* (Hellegers, 1973, 1976).

A partir do exposto torna-se fácil concluir que a "bioética" de Potter é de *dimensão ecológica*, na sua atenção a um relacionamento equilibrado do homem com a natureza, enquanto que a de Hellegers é de *dimensão biomédica*, na sua atenção às novas e mais amplas funções que a medicina é chamada a desempenhar na contemporaneidade.

Neste contexto importa enfatizar dois aspectos fundamentais característicos da génese da bioética. Um primeiro refere-se ao facto, extraordinário, do termo "bioética" ter surgido pela iniciativa de dois homens que viviam em locais bastante distantes entre si e que não se conheciam. Isto é, a bioética teve um "*nascimento bilocalizado* [o itálico é nosso]" (Reich, 1995) e uma *dupla paternidade*. Um segundo aspecto a destacar, é o da bioética se revestir também de uma *dupla significação* desde a sua origem, assumindo tanto o sentido de uma ética ambiental como o de uma ética biomédica. Em suma, a bioética jamais foi singular ou unitária mas, pelo contrário, revelou-se sempre, desde a sua génese, como *plural e diversificada*. Assim sendo, podemos acrescentar que aqueles que defendem um modelo único de bioética, ou uma bioética no singular, negligenciam a legitimidade que a sua origem confere aos seus múltiplos desenvolvimentos, isto é, a uma *bioética no plural*.

Cada um destes aspectos projecta algumas implicações mais distantes do que as já apontadas. Primeiramente, a afirmada *dupla paternidade e bilocalização da bioética* apresenta-a, de alguma forma, como "*fruto da época*", isto é, como produzida pelo seu tempo, resultante de uma confluência original e fecunda de uma diversidade de factores numa determinada época histórica, o que justificaria o duplo aparecimento inédito do termo. Aliás, esta é certamente uma das circunstâncias que, juntamente com o desenvolvimento fulgurante que a bioética desde sempre conheceu, determinaram a percepção de que constituiria apenas uma moda sendo, como tal, passageira e efémera, destinada a desaparecer tão rapidamente quanto havia aparecido. Esta perspectiva foi perdendo adeptos e acrescentaríamos que, sob diferentes expressões, a reflexão ética suscitada e aplicada às biotecnologias se tem vindo a converter num imperativo para muitas áreas académico-científicas como para muitos cidadãos responsáveis, pelo que se tornou hoje infundado agourar o seu desapareci-

mento. O segundo aspecto — o do *duplo sentido* — evidencia a amplitude radical do domínio da bioética o que, por um lado, pressagia de imediato a sua capacidade de desdobramento e de diversidade de sentidos e, por outro, interroga sobre os factores que influenciaram o destino de cada um dos seus sentidos originários. Isto é, se a bioética evidencia uma dualidade de sentidos e assim também de projectos desde a sua origem, se a bioética foi desde o início preocupação ambiental e cuidado humano, o que terá determinado o quase esquecimento do primeiro e o sucesso estrondoso do segundo, permitindo, afinal, que a originariamente plural bioética se tivesse convertido em singular? Esta é uma interrogação acerca do desenvolvimento e evolução da bioética, a partir da sua originária significação plural; o primeiro aspecto apontado — a dupla paternidade e bilocalização da bioética — suscitava uma interrogação acerca do seu próprio nascimento. Consideremo-las muito brevemente.

A bioética emerge na intersecção de aspectos *científico-tecnológicos*, cujo extraordinário progresso havia determinado uma forte pressão sobre a integridade da natureza como também procedimentos invasivos sobre o homem, e de aspectos *sócio-políticos*, cujo revolucionário desenvolvimento havia determinado a igualdade de direitos entre todos os homens e todos os povos, a par do reconhecimento da autonomia de cada um: a tecnociência torna-se cada vez mais presente e determinante na vida dos homens e estes tornam-se cada vez mais afirmativos quanto às opções que lhes dizem respeito (M. Patrão Neves, 2000). Ambas as perspectivas de “bioética” surgem neste domínio de intersecção, mas não ecoam da mesma forma.

Nos Estados Unidos, berço da bioética, os extraordinários avanços *científico-tecnológicos* fazem-se sentir de forma mais revolucionária e positiva no âmbito da biomedicina. O seu impacto no âmbito ecológico começa então a ser percepcionado, mas apenas por algumas poucas pessoas e num discurso de sentido exclusivamente negativo, no despertar de receios e alertar para perigos os quais, em todo o caso, parecem distantes e impessoais. Pelo contrário, o seu impacto na biomedicina, que também então começa ser divulgado, vem a ser fortemente empolado por um discurso exacerbado que tanto tende a converter o sonho em realidade como esta em pesadelo, num estranho jogo de atracção e repulsa, frequentemente exposto a partir de casos pessoais que, de forma mais ou menos directa e próxima, vão interpelando toda a sociedade. Além disso, as preocupações ambientais não constituíam uma prioridade para os norte-americanos, enquanto que os benefícios que as biotecnologias lhes poderiam trazer no âmbito da prestação de cuidados de saúde os pareciam visar individualmente. Ao mesmo tempo, a ancestral tradição de ética

médica constituía domínio fértil para repensar a acção médica, enquanto uma posteriormente designada ética ambiental era ainda incipiente.

Do ponto de vista *sócio-político*, o mote era dado pela progressão do movimento dos direitos do homem, na luta pelos direitos dos então designado negros e também das mulheres ou grupos sociais minoritários. É no plano intersubjectivo, das *relações interpessoais*, que a *revolução progride* e não no plano alargado da comunidade biótica. Interessava estabelecer condições para dar cumprimento à exigência de relações simétricas entre todas as pessoas, como garante do respeito mútuo pela dignidade de cada uma, e independentemente da sua etnia, sexo ou circunstância de vida como, por exemplo, o estar doente e o ser profissional de saúde.

Este contexto era pois sobretudo favorável à acepção de bioética de Hellegers, cujo sucesso foi de tal forma avassalador que praticamente asfixiou quaisquer possíveis desenvolvimentos da acepção de Potter. Entretanto, importa reconhecê-lo, a dimensão social que Hellegers apontava à medicina moderna, na consideração de que a biomedicina passara a ter uma intervenção directa possível no seio das comunidades na promoção da saúde, e que a nova ética médica — a bioética — deveria igualmente contemplar, não conheceu um incremento paralelo ao dos restantes aspectos por ele apontados e que se situam preferencialmente na área de intersecção do progresso especificamente biomédico e da reivindicação individual desses potenciais bens.

Brevemente, a bioética, desde a década de 70, num amplo contexto anglo-americano, centrou-se nas inéditas questões éticas suscitadas pelo progresso das biotecnologias de ponta e nas respostas possíveis no respeito pela autonomia de todos e cada um dos intervenientes, assumindo-se inequivocamente como uma ética biomédica.

Esta ética biomédica, modelada pela sua génese científico-tecnológica, *progrediu* numa atenção constante aos problemas de relação entre investigadores e sujeitos de experimentação — âmbito da *investigação biomédica* —, profissionais de saúde e pacientes — âmbito da *assistência clínica*; modelada pela sua génese sócio-política, a bioética progrediu numa promoção constante das relações simétricas entre as pessoas, garantidas pelo respeito pela *autonomia* de cada uma, e no reforço da sua respectiva esfera *individual*. Simultaneamente, a bioética, no seu singular estatuto de uma disciplina *transdisciplinar* — na articulação entre as ciências biológicas, como a medicina, e as ciências humanas, como a ética —, *foi-se constituindo* como um novo domínio da *teoria* e da *prática*, porque era urgente pensar as novas modalidades da acção humana,

particularmente da acção técnica, bem como agir efectivamente para a resolução dos problemas inéditos com que o homem se deparava. No plano teórico, desenvolveu uma racionalidade específica ao poder de intervenção biotecnológico, a qual se traduziu principalmente na *normatização* das possibilidades do agir como via para a sua justificação e correspondente legitimação ética; no plano prático, progrediu através da crescente subdivisão das áreas de intervenção biotecnológica as quais, cada vez mais amplas e eticamente mais complexas, beneficiaram das múltiplas *subespecializações* que se foram constituindo como sejam a do princípio ou do fim de vida, a da experimentação, da transplantação ou da genética. A maior capacidade de intervenção técnica e o avolumar das questões éticas em cada uma destas áreas específicas justificaram plenamente este sentido da evolução desta bioética biomédica.

2. A réplica das bioéticas

É esta bioética, forjada no contexto geo-cultural anglo-americano, assumida singularmente como uma ética biomédica, desenvolvendo-se no plano do progresso das ciências biológicas, centrada nas questões humanas e especificamente éticas suscitadas pelas biotecnologias de ponta, e orientada para a protecção dos indivíduos por via da salvaguarda da sua autonomia que, alguns anos mais tarde, se vem a estender à Europa. Aqui, um contexto científico-tecnológico e sócio-político análogo ao anglo-americano garante a rápida implantação da bioética sem que, todavia, a sua progressão seja coincidente em ambos os espaços geográficos. Importa então atender ao diferente elemento desencadeador da bioética nos Estados Unidos e na Europa continental, assim como a algumas condicionantes específicas, modeladoras do seu respectivo desenvolvimento nos dois contextos considerados.

Na Europa continental, a bioética surge na viragem da década de 70 para a de 80, desencadeada pontualmente pelo nascimento, em 1978, no Reino Unido, de Louise Brown, a primeira bebé gerada por fertilização *in vitro*. A perturbadora capacidade do homem reproduzir o misterioso senão mesmo sagrado milagre da vida, com sucesso onde a natureza falha, a imprevista possibilidade do homem intervir efectivamente na origem do ser humano, na sua mais remota e recôndita intimidade, impõe a reflexão sobre este inédito poder biotecnológico conquistado pelo homem, sobre a sua natureza, formas de utilização e efeitos produzidos. Deste modo, a bioética europeia, também ela afinal, à semelhança da

anglo-americana, desencadeada por um caso particular, emerge imediatamente num âmbito problemático bastante mais amplo do que o daquela — o da relação do homem com a técnica — e de índole mais fortemente especulativa — numa reflexão sobre a natureza humana, a essência da técnica e seu relacionamento —, ultrapassando assim as peculiaridades do caso concreto, cuja inteligibilidade se afirma exigir a integração do mesmo num âmbito problemático alargado.

A discrepância neste aspecto particular entre uma bioética anglo-americana e europeia continental repercute-se de forma muito significativa em diferentes planos, o que nos remete também já para as mencionadas condicionantes do seu desenvolvimento, entre as quais destacamos as *tendências filosóficas* predominantes em cada um destes dois contextos, os respectivos *regimes jurídicos* vigentes e as *instituições sociais* estruturantes da vida comunitária. Consideremo-las rapidamente.

A diferente abordagem bioética dos casos particulares pode ser aqui retomada como paradigmática de mais profundas divergências que distinguem as duas orientações apontadas. Com efeito, a problematização do caso Louise Brown no âmbito das relações do homem com a técnica integra-se já na orientação de uma filosofia europeia continental que, desde o séc. XIX, vinha reflectindo sobre aquele tema, num sentido *humanista e personalista* que perspectiva inicialmente a técnica, no seu crescente poder artificializador, como desvirtuadora da humanidade do homem. É este zelar, velar pelo especificamente humano, através da compreensão do que é ser homem, na identidade da sua diferença antropológica, numa consciência encarnada, na relação com os outros, na presença ao mundo, através da mediação das instituições, que caracteriza a tradição filosófica europeia nas suas raízes judaico-cristãs como na sua mais recente inspiração fenomenológica, existencialista, hermenêutica. É uma reflexão vincadamente *especulativa* que se centra sobre os percur-sos humanos de realização de si, necessariamente no seio da comunidade dos homens em que a pessoa singular e concreta habita. Toda a pessoa é um *ser em relação* o que implica uma perspectiva *comunitarista*. A técnica vem, pois, a ser pensada também como possível instrumento de realização dos desígnios humanos como se verifica, por exemplo, com a PMA que permite ao casal infértil alcançar a expressão biológica da sua relação afectiva na geração de um filho. A legitimidade ética do recurso à técnica decorre, assim, do seu contributo para a realização do humano numa perspectiva antropológico-ética em que a dimensão ética corresponde à diferença específica ou qualitativa do homem em relação a outros seres e corolário do seu processo de personalização.

É neste rico e diversificado domínio filosófico que a bioética europeia vem a ser modelada, bem ao contrário do que se verifica no contexto anglo-americano cuja situação é dramaticamente descrita por Stephen Toulmin no título de um artigo publicado em 1973, "How Medicine saved the Life of Ethics". O cenário filosófico é então totalmente outro. O pensamento anglo-americano havia sido fortemente marcado, desde os finais do séc. XIX no Reino Unido e sobretudo durante a primeira metade do séc. XX também nos Estados Unidos, pela filosofia analítica que restringe a sua análise à linguagem como única realidade que lhe é dada, permitindo-lhe vir a alcançar um saber de rigor. A análise da linguagem avança então num formalismo crescente (traduzindo-se as proposições primitivas numa estrutura simbólica, lógico-formal), operando-se um progressivo e irreversível distanciamento dos conteúdos a que as proposições se referiam e alcançando-se o desejado puro formalismo lógico. No domínio ético estabelece-se uma vincada distinção entre o nível da meta-ética, analítico, e o de uma ética normativa, sintético, assistindo-se então à hegemonia do primeiro, enquanto estudo linguístico aplicado ao raciocínio moral, isto é, um exercício científico de clarificação da linguagem da moralidade, e à desconsideração do segundo como simplesmente moralista e a ser desenvolvido por padres e outros não-filósofos. A meta-ética reveste-se, obviamente, de um carácter rigorosamente abstracto, sem qualquer relação com o plano empírico da acção efectiva ou com as experiências morais vividas, considerado o único favorável a uma análise tão profunda como objectiva. Nesta perspectiva filosófica, a ética apresenta-se como um puro domínio teórico, muitíssimo restrito, elitista e afinal estéril para o homem comum do agir quotidiano.

O surgimento da bioética nos Estados Unidos marca também a redescoberta de uma ética normativa, de sentido fortemente utilitarista e pragmatista que divulga a reflexão ética ao grande público. A bioética anglo-americana é assim também normativa, afastando-se de um nível fundamentador do agir e desenvolvendo-se no plano da justificação — processo que virá a ser criticado pela bioética europeia que privilegia a compreensão dos problemas à regulamentação das práticas, a fundamentação dos princípios à justificação das normas. Esta diferente orientação filosófica acentua-se no plano jurídico.

Retomando mais uma vez a diferente perspetivação dos casos particulares pela bioética anglo-americana e europeia continental, verificamos que, no primeiro contexto, cada caso é considerado em si mesmo, individualmente, apreciado em instância legal, sendo o curso de acção a seguir decidido juridicamente e através da formulação de uma normativa,

enquanto no segundo o caso é apreciado em função das problemáticas que envolve, de forma compreensiva e do ponto de vista ético, delineando-se cursos de acção possíveis. Aqui, a diferença mais significativa é relativa a uma *casuística jurídica* modeladora da bioética anglo-americana e rejeitada pela bioética europeia que aspira a amplos horizontes de reflexão e à *prevalência da ética sobre o direito*. Com efeito, o direito comum (*common law*), que vigora no contexto anglo-americano, ao apoiar-se fortemente na jurisprudência, favorece a casuística e permite que o direito se pronuncie antes da ética.

Assim, à medida que cada caso vai sendo presente a tribunal, em particular casos inéditos como são regra geral os do âmbito da bioética, a decisão que o juiz designado para o mesmo vier a tomar adquire um papel estruturante na ordem jurídica subsequente na medida em que se constitui como precedente (regra do precedente) que vincula a decisão dos juízes de futuros casos análogos àqueles e institui uma normativa de acção. São estas decisões que se constituem em lei e que, do ponto de vista ético ou bioético, fazem história, moldando, se não mesmo regulando, a legitimidade moral à legalidade jurídica. Daí que casos como o de *Roe vs Wade* (1973), *Karen Quilan* (1976), *Tarasoff* (1982), *Baby Doe* (1983), entre muitos outros, tenham marcado o percurso de desenvolvimento da bioética anglo-americana.

O direito romano, que vigora na maior parte dos países europeus, constitui um contexto algo diferenciado na medida em que o juiz é chamado a decidir em cada caso a partir das leis existentes, mesmo quando no âmbito específico da bioética estas possam não responder satisfatoriamente aos problemas em aberto. Com o avolumar destas situações, a resposta europeia continental, por iniciativa da França, foi a de constituir conselhos nacionais de ética que se viessem a pronunciar sobre as questões inéditas colocadas pelo progresso biotecnológico, aconselhando simultaneamente o legislador sobre as normativas jurídicas a instituir. Estes organismos são de carácter permanente, contrariamente ao que então se verificava nos Estados Unidos e no Reino Unido em que eram *ad-hoc*, constituídos mais uma vez para responder a questões pontuais (casos particulares). Assim sendo, confirma-se que no pensamento europeu a reflexão ética vem necessariamente antes da regulamentação do direito, o qual é chamado a intervir para emprestar força de lei aos consensos alargados de uma moral comum. Compreende-se assim também que na Europa o desenvolvimento da bioética tenha conduzido à constituição do “*biodireito*” como reflexão jurídica e iniciativa legislativa incidindo sobre a capacidade de intervenção humana na artificialização da vida e visando

a sua regulamentação. Nos Estados Unidos o domínio de referência para a bioética no âmbito do direito, ilustrado pelo *National Reference Center for Bioethics Literature* é, preferencialmente, o do “Direito e Bioética” (*Law and Bioethics*) ou, sobretudo, do “Direito da Saúde” (*Health Law*), apresentando-se mais como um domínio de aplicação do direito do que como um novo direito (ou novo domínio específico), confirmando-se o “biodireito” como realidade tipicamente europeia.

Por fim, destacamos também a importância do diferente perfil das instituições sociais, principalmente as que se dedicam à prestação de cuidados de saúde, no moldar da bioética. Aqui, mais uma vez, sobressai o sentido do particular, a atenção ao individual da perspectiva norte-americana que se repercute num menor investimento no âmbito social comparativamente à generalidade dos países europeus.

Com efeito, nos Estados Unidos, são as perspectiva *utilitarista e liberal* que dominam uma política institucional aplicada à saúde. Aparentemente, podem ser de sinal contrário: por um lado, o imperativo de maximização da utilidade social, isto é, a promoção do maior bem para o maior número de pessoas, preconizado pelo utilitarismo, contribui para o desenvolvimento de instituições de carácter social permitindo, não obstante, a exclusão de alguns membros da sociedade, nomeadamente dos mais carenciados, cujo cuidado poderá ser avaliado como demasiado oneroso para a sociedade face aos ganhos esperados; por outro lado, o imperativo de respeito pelos direitos e liberdades de cada um, defendido pelo liberalismo, não favorece necessariamente a criação de instituições sociais na medida em que os cidadãos poderão considerar os contributos para estas instituições como injustificáveis, a partir da ponderação entre os potenciais benefícios a alcançar e os reais prejuízos dos seus mais imediatos interesses. Ambas convergem, de facto, numa acepção consequencialista da justiça, cujo exercício permite deixar alguns membros da sociedade desprotegidos, em prol do respeito pelos direitos individuais.

O privilegiar dos *direitos* (individuais) na consideração de problemas sociais não beneficia os mais vulneráveis mas antes os mais reivindicativos e com maior capacidade de constituição de lobbies ou grupos de pressão, a partir do momento em que as reivindicações passaram a ser ratificadas como direitos pela sociedade. Pelo contrário, a atenção aos *deveres* (e aos direitos colectivos) incide sobre todos, podendo mesmo privilegiar os que se encontram em piores condições. O caso paradigmático para a análise desta questão é certamente o dos sistemas nacionais de saúde e a política de alocação de recursos. Assim, a existência *versus* ausência de um sistema nacional de saúde que universalize a prestação de

cuidados primários à comunidade — questão complexa do ponto de vista económico-político — é perspectivada sob o ângulo das diferentes concepções de justiça que dominam cada sociedade. Na Europa, a noção de justiça mais amplamente partilhada é a *comunitarista*. Esta é de natureza pluralista, na recusa de qualquer modelo singular e invariável de justiça, considerando que é cada comunidade, em diferentes momentos da sua história e circunstâncias da sua vida colectiva, que tem de explicitar a sua percepção comum de “bem”, em cuja ampla promoção e universal acessibilidade consiste a justiça. Neste contexto, a Europa (e alguns estados dos Estados Unidos: Oregon) tem desenvolvido uma forte preocupação social, frequentemente de *cunho igualitarista* ao estabelecer um pacote mínimo de bens elementares e de serviços básicos a disponibilizar a toda a população, numa partilha tão ampla quanto possível de regalias sociais, independentemente dos benefícios projectados, numa perspectiva *deontológica*. Este sentido de justiça e as respectivas instituições que o suportam e implementam protagonizam diferentes valores que caracterizam a bioética europeia — como sejam o da *solidariedade* e o da *responsabilidade* —, especificando também novos enunciados como princípios — a saber, a vulnerabilidade e a integridade —, sempre numa ampla concepção, holista, da saúde como bem-estar, que lança decisivamente a bioética no domínio social, através da sua actuação no âmbito da saúde pública.

Em suma, a bioética europeia continental dificilmente se pode confundir com a anglo-americana, não obstante ambas serem actualmente designadas nos países não ocidentais pela expressão única de “ética biomédica”. Com esta expressão, utilizada com um inequívoco sentido pejorativo, pretende-se evocar um modelo científico de medicina fortemente apoiado pela biotecnologia e uma aceção de bioética perspectivada como ética médica — ambos os domínios denunciados como restritos e insuficientes para responderem às necessidades mais globais dos seres humanos. Esta designação comum negligencia as diferenças agora apontadas, significativas não só em si mesmas mas também para a compreensão do processo de expansão da bioética pelo resto do mundo.

A divulgação da bioética na América Latina e na Ásia, para além de alguns anteriores eventos singulares significativos, desenvolve-se ao longo da *década de 90*, seguindo sobretudo o modelo anglo-americano, muito concretamente o “*principalismo*” de T. Beauchamp e J. Childress. No início, os bioeticistas destas regiões vão-se formar sobretudo nos Estados Unidos e recorrem à *bibliografia* então existente, ainda quase exclusivamente de *língua inglesa*. A importação, mais ou menos acrítica, de mo-

delos e perspectivas é inevitável e — crescente-se também — benéfica, num primeiro momento, na medida em que permite um amplo e rápido desenvolvimento da bioética naqueles países. Depressa, porém, esta bioética importada começa a revelar a sua desadequação aos novos contextos geo-culturais. Será então, no processo de expansão da bioética do mundo ocidental ao resto do mundo, que o factor cultural se exerce com maior impacto.

Retomando os aspectos científico-tecnológicos e agora mais especificamente os sócio-culturais, que modelam o surgimento da bioética, reconhece-se o diferente nível de desenvolvimento científico-tecnológico e a diversidade dos problemas sócio-culturais que se colocam no continente sul-americano como no asiático. Correndo o risco comum a todas as generalizações apressadas, importam então questões como: a universalização dos cuidados de saúde, atendendo aos desequilíbrios sociais; a acessibilidade aos mesmos, sobretudo a partir de comunidades rurais distantes dos grandes centros; a alocação de cuidados considerados elementares, primários, por países frequentemente pobres; os meios adequados de promoção da saúde e de prevenção da doença em ambientes humanos regra geral pouco instruídos; a discriminação nos cuidados a prestar a pessoas de diferentes etnias, de diferentes sexos, de diferentes castas, muito principalmente em regiões onde os costumes são milenares; a atenção a prestar a tradições médico-culturais particulares em que as medicinas alternativas sempre desempenharam um papel importante e/ou diferentes crenças religiosas influenciam comportamentos; as estruturas familiares tradicionais e o seu relacionamento com os progressos da biomedicina, etc.

Estes últimos aspectos destacam-se particularmente na Ásia, continente de ancestrais tradições culturais animadas por uma forte espiritualidade, de intensas tradições religiosas marcadas por um acentuado sentido holista, de ricas tradições médicas pautadas por um profundo saber popular. Neste contexto, uma bioética *racional e secularmente estruturada, antropocentrada*, progredindo por *especializações cada vez mais restritas* e técnico-cientificamente atestada, adequa-se mal. Aqui, o modelo de bioética é vincadamente determinado pelas culturas locais, importando assimilar à bioética tanto os modos de pensar e de agir no âmbito das complexas relações familiares como, de modo mais específico, os modos de ser e de sentir de um povo. Assim, assume particular importância, ao nível de elaboração de leis bioéticas, auscultar as várias crenças religiosas como elemento integrante e indispensável das decisões a tomar, num processo em rigor contrário ao do ocidente em que a secularização é

imposta como garante da objectividade e credibilidade do pensamento e da prática bioéticas. Simultaneamente, importa ainda auscultar as diferentes etnias que partilham a mesma nacionalidade (ou apenas o mesmo espaço político), cujos distintos valores e por vezes tão somente distintas percepções do homem, da sociedade e do mundo são escrupulosamente observadas no processo de tomada de decisões e de implementação de acções, rompendo com um ideal universalista que a bioética no mundo ocidental explicitamente persegue. Ambos os aspectos — o *religioso* e o *étnico* — imprimem a importância indelével da perspectiva cultural na modelação da bioética, na obrigatoriedade de respeito por todas as tradições, trazendo uma enorme riqueza à reflexão e à prática pela diversidade que introduzem, mas expondo-a ao mesmo tempo a um relativismo potencialmente desagregador do objectivo normativo que a bioética protagoniza na regulamentação ético-jurídica das aplicações humanas das novas biotecnologias.

O factor étnico tem-se vindo continuamente a acentuar, sobretudo nos países do sudoeste asiático e também, muito em particular, na Nova Zelândia e Austrália. Aqui, a tomada de consciência por parte da população de ascendência ocidental das repetidas injustiças e abusos cometidas em relação aos povos indígenas e um intenso sentimento de culpa colectiva dos primeiros, os novos poderes sociais e políticos conquistados pelos Maori e pelos Aborígenas, entre outros, e a sua contínua reivindicação de igualdade, conduziram a uma vertente da bioética *etnocêntrica* que tende a situar-se num plano descritivo, das tradições e costumes, e a desenvolver um *multiculturalismo* que arrisca confundir o *relativismo* cultural com um *relativismo* moral.

Para um mesmo sentido de progressão contribui também, por vezes, o factor religioso, sobretudo na Ásia em que as várias tradições espirituais, como o budismo, o confucionismo, o taoísmo, são também estilos de vida que exprimem uma visão do mundo, do homem, da relação deste com os outros seres e com a natureza, num *biocentrismo* latente, que exprimem diferentes culturas a serem consideradas na sua *pluralidade*. Convergindo na dimensão holista que preconizam, no empenho numa coexistência pacífica entre todos os seres e de procura de harmonia entre toda a expressão de vida, o pluralismo religioso acentua-se na atenção a prestar também a outras religiões que se foram introduzindo e expandindo no oriente. Este pluralismo, saudável pelo exercício de tolerância a que obriga, exige também a prossecução de modelos de articulação entre as diferentes visões que, num plano multiculturalista, tendem a ser de natureza eclética, assim comprometendo a unidade e a coerência da bioética.

No continente sul-americano, marcado pela colonização europeia e com uma longa e diversificada história de revoluções políticas, são as questões sócio-políticas que se tornam mais pertinentes, como se procurou já evidenciar na rápida enunciação de temas bioéticos a que acima se procedeu. Assim, depois de uma curta fase do que podemos designar por “aculturação”, a bioética sul-americana ou latina encetou rapidamente um processo de afirmação da sua especificidade. Considera então, por exemplo, que ao comum debate em torno do direito a morrer com dignidade se contrapõe, com uma acuidade acrescida, o direito de viver com dignidade; à questão da PMA se contrapõe o controle da mortalidade infantil; à investigação em clonagem ou outras biotecnologias de ponta, se contrapõe o acesso universal a serviços de saúde primários, etc. Os componentes destas díades não se excluem necessariamente mas exprimem sem dúvida diferentes sensibilidades e pontos de vista que alguns autores brasileiros traduzem na distinção entre os “problemas persistentes” da bioética — questões já clássicas, características de uma ética bio-médica e que se reportam invariavelmente à aplicação das biotecnologias — e os “problemas emergentes” — novas questões que surgem no contexto da expansão da bioética a diferentes partes do mundo e que reflectem a especificidade do meio em que emergem, incidindo sobretudo sobre o acesso alargado das populações aos benefícios da biomedicina. A bioética latino-americana sem negligenciar as questões “persistentes” especifica-se na atenção que dedica às questões “emergentes”.

O “problema emergente” por excelência é o da *pobreza*, focado sob duas perspectivas: em termos absolutos, nas situações em que as pessoas, as famílias, as comunidades não dispõem de recursos suficientes para assegurar um nível de qualidade de vida razoável; em termos comparativos, nas situações em que o tipo de vida de que alguns usufruem é acentuadamente inferior à média mundial de rendimento/*per capita*. Neste último caso, importa realçar que à medida que o progresso biotecnológico proporciona maior qualidade de vida nos países ocidentais, as populações de outras regiões do mundo, ainda que mantendo o seu nível de vida em termos absolutos, tornam-se comparativamente mais pobres. O progresso técnico-científico e especificamente biomédico pode assim converter-se num factor de desigualdade social. Neste contexto, a questão central e mesmo aglutinadora da bioética latino-americana é a da *qualidade de vida*, a qual se reporta à *saúde*, na ampla acepção holista da OMS, se promove no plano social, no esforço pela *justiça social*, e se reflecte em termos internacionais, no empenho pela *cooperação internacional*.

Ainda sob esta mesma perspectiva adquirem particular relevo questões aparentemente tão diversas como: políticas de saúde pública, experimentação humana e ambiente e biodiversidade. Com efeito, a acepção holista de saúde, como bem-estar global, e a implementação do "direito à saúde", consagrado com uma precisão ímpar nos direitos sociais de 1966, obrigam à consideração de factores de ordem social muito diversos — tais como água potável, habitação, emprego, instrução, etc. — que têm de ser pensados em termos colectivos e no plano político, isto é, como políticas de saúde pública. A experimentação humana torna-se um tema particularmente importante a partir do momento em que o número de ensaios clínicos e outros projectos de investigação recorrendo a sujeitos humanos aumenta exponencialmente em países da América latina. Aqui, a ausência e/ou deficiência de legislação regulamentadora desta actividade permitiu e favoreceu mesmo o seu desenvolvimento, deixando as populações especialmente vulneráveis, porque carentes e pouco instruídas, expostas a potenciais abusos. É também como um abuso, agora perpetrado contra a vida selvagem e o meio ambiente, que a exploração desenfreada de recursos naturais e em particular da floresta amazónica, é perspectivada. Os benefícios para os naturais da terra são escassos quando comparados com o verdadeiro assalto e pilhagem que empresas multinacionais praticaram. Mais uma vez, quer o problema seja a saúde, quer seja a protecção social e jurídica da população, quer seja a defesa da natureza, a questão é invariavelmente política. É neste contexto sócio-político que a bioética se torna militante o que, para além da legitimidade que lhe assiste nos domínios em que intervém, se arrisca a converter num instrumento político desvirtuador do seu desígnio originário de reflexão e acção independente e livre.

A realidade africana é, a vários níveis, distinta. Expondo-nos, mais uma vez, aos possíveis equívocos decorrentes de uma generalização apresada, distinguiríamos o norte de África, muçulmano, do restante continente bastante mais heterogéneo do ponto de vista étnico e religioso, sócio-politicamente mais instável, muito significativamente dependente dos apoios exteriores em quase todos os domínios humanos e frequentemente mais preocupado com os meios elementares de sobrevivência, entre os quais os cuidados de saúde primários, do que com eventuais questões éticas, por vezes perspectivadas como um "luxo" dos países ricos. De facto, a bioética tem-se revelado como expressão (ou "voz") contemporânea de um ancestral sentido humanista na actual civilização tecnológica.

Nos países muçulmanos, no marcante contexto da comum ausência de separação entre o estado e a religião, entre a cultura e a religião islâm-

micas, todas as práticas públicas ou privadas, em qualquer actividade humana, e nomeadamente no que concerne à saúde nos três planos que esta implica — investigação biomédica, prestação de cuidados de saúde e políticas de saúde —, se subordinam à moral religiosa, à teologia islâmica. Importa então acompanhar os progressos biotecnológicos e as práticas inéditas que estes inauguram no sentido de apreciar a sua eventual conformidade com os textos sagrados, particularmente com o *Corão*. Deste modo, a *bioética islâmica* constitui-se no mais integral respeito e estrito cumprimento dos dogmas islâmicos que, analógica e dedutivamente, são aplicados às realidades inéditas construídas pelas biotecnologias, apresentando-se, pois, em absoluta conformidade com a jurisprudência islâmica. Esta bioética, *teológica* e *restrita* aos muçulmanos, mantém-se assim numa perspectiva reflexiva *absolutista* decorrente da adopção do princípio da verdade revelada. Neste contexto, são sobretudo as tecnologias de ponta que centram a atenção do Conselho Académico Islâmico (instância consultiva em matéria da aplicação das ciências da vida, para todo o mundo islâmico) como, por exemplo, as condições requeridas para a procriação medicamente assistida, a admissibilidade da transplantação de órgãos, o recurso à engenharia genética, a prática da clonagem, o uso de células estaminais, para além de questões já clássicas que primeiramente determinaram a reflexão bioética nestes países como sejam a contracepção e a interrupção voluntária da gravidez ou a eutanásia, a par da redefinição da morte clínica e da utilização das técnicas de reanimação e de manutenção artificial da vida.

O crescente interesse do ocidente pelas posições islâmicas nas questões bioéticas, tanto numa perspectiva cultural (sociológica) como numa perspectiva clínica (aquisição de conhecimentos para o cuidar de pacientes muçulmanos), têm contribuído para o desenvolvimento da bioética islâmica que, todavia, se constitui pelo imperativo religioso, jurídico e moral de guiar a acção dos muçulmanos na sua relação com as novas práticas biomédicas, sendo precedida por uma das mais antigas e desenvolvidas tradições de ética médica.

Na grande África, o problema desencadeador da bioética foi o da experimentação humana, sobretudo a experimentação de vacinas contra a SIDA e a hepatite, e a questão emergente a da vulnerabilidade, nas condições já antes apontadas para a América latina e agora agravadas. Curiosamente, ou talvez não, parece regressarmos às décadas de 60 e 70 nos Estados Unidos, no que a analogia das experiências tem de negativo pela repetição dos efeitos nefastos, respectivamente: o da falta de cumprimento dos requisitos éticos para a realização da experimentação, entretanto

formalmente estabelecidos, e o abuso dos mais vulneráveis, já também formalmente protegidos pela Declaração dos Direitos Humanos, pela Declaração de Helsínquia, pelas Diretrizes éticas internacionais para a investigação biomédica envolvendo sujeitos humanos (da OMS/CIOMS), entre outros documentos. Ao mesmo tempo, a situação apresenta também novos contornos decorrentes das diferentes condições em que se desenvolve a investigação biomédica: criação de numerosas comissões de ética de investigação e elaboração profusa de normas ético-jurídicas reguladoras da investigação, de sentido cada vez mais prescritivo sobretudo no mundo ocidental; constituição de mega-indústrias farmacêuticas a partir de fusões de outras indústrias menores, numa crescente concentração da investigação biomédica em empresas privadas com incontestáveis interesses económicos; emergência do HIV/SIDA e a urgência de encontrar meios eficazes de controle e/ou tratamento; existência de doenças, como o paludismo e a lepra, erradicadas do mundo ocidental mas responsáveis por verdadeiras razias de vidas humanas no dito "Terceiro Mundo". Estes são factores igualmente favoráveis à globalização da investigação biomédica que progride em África, como noutras regiões no mundo menos desenvolvidas, por um *double standard* ou "duplo critério": um para os países ocidentais, eticamente bastante exigente; e um outro para outras regiões do mundo em que a ausência de restrições ético-jurídicas, um menor nível de instrução das populações, acentuados níveis de corrupção e prementes carências das populações convergem na ampliação do domínio possível de experimentação. Numa perspectiva macro, como também na micro, crescem problemas comuns à generalidade dos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento como sejam, respectivamente, questões de saúde pública e questões relativas ao respeito pelos direitos humanos no plano biomédico, como sejam a não discriminação, o consentimento informado, a confidencialidade e a privacidade.

Em síntese, as questões que estiveram na origem da bioética, no seu berço anglo-americano, não se dissiparam ao longo da sua expansão pelo resto do mundo, antes se diversificaram; a orientação ecológica e a dimensão social que Potter e Hellegers procuraram inicialmente imprimir à bioética e que se foi perdendo nas primeiras décadas, foi recuperada e intensificou-se. Hoje a bioética desenvolve-se em três diferentes planos, assumindo três diferentes expressões correspondentes:

- no plano biomédico, das ciências biológicas, como uma ética biomédica, centrada no impacto que as biotecnologias podem ter no humano individual;

- no plano ecológico, das ciências do ambiente, como uma ética ambiental, centrada no impacto que as biotecnologias podem ter nas interações entre todos os seres vivos e entre estes o seu meio ambiente;
- no plano social, das ciências sociais, centrada no impacto que as biotecnologias podem ter nas relações humanas, nas relações do homem e das comunidades com as diversas instituições, e nas relações entre estados.

De facto, estes três planos são indissociáveis e complementares, na medida em que o homem vive em comunidade e habita o planeta Terra e em que as biotecnologias se exercem sobre o humano individualmente considerado, socialmente organizado e integrado na natureza. Este é, afinal, o resultado do processo de globalização da bioética o qual agora nos convida à consideração de uma bioética global.

3. O diálogo para uma bioética global

São estas as bioéticas de hoje: todas elas procurando responder aos problemas humanos e especificamente éticos que o progresso das biotecnologias suscita; cada uma delas procurando fazê-lo de forma adequada à realidade técnico-científica, ético-moral, sócio-jurídica, económico-política, cultural e religiosa em que se exerce. Uma tendem a manter-se no plano biomédico e na prossecução de um sentido individualista, sob a perspectiva científico-tecnológica e sócio-política, respectivamente, como acontece nos Estados Unidos e também maioritariamente em países europeus; outras tendem a alargar o horizonte da reflexão e da prática projectando-se para um plano holista, o qual se estende da consideração do ser humano à das comunidades, à da biosfera, desenvolvendo um sentido ora social, ora ecológico, como acontece diversamente nos muitos países do resto do mundo. Exige-se hoje o respeito pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, como pela segunda geração de direitos, a dos Pactos internacionais, de 1966, relativos aos direitos económicos, sociais e culturais.

A relação entre as várias expressões da bioética evoluiu complexificando-se. Até meados da década de 90, podíamos apontar uma relação de filiação no plano teórico, nos temas e perspectivas de reflexão, como no plano prático, nas normativas da acção. As bioéticas ocidentais promoviam e estimulavam o nascimento e desenvolvimento da bioética noutras

regiões do mundo e estas últimas, ao emergirem, procuravam o apoio e a orientação das primeiras. Na última década esta situação alterou-se. As mais recentes expressões da bioética, num processo natural e necessário de maturação e de afirmação da sua identidade, estenderam-se a novos domínios problemáticos e construíram novas perspectivas de compreensão e de actuação, encetando um percurso que, para além de um afastamento do sentido até então dominante, correspondeu ao processo de revelação da sua especificidade e da pertinência das vias que inauguraram. À semelhança de todas as emancipações — prolongando o sentido metafórico anteriormente introduzido —, também esta suscitou críticas e ressentimentos: críticas das expressões mais jovens da bioética em relação às suas predecessoras, pelas posições destas agora denunciadas como redutoras e autoritárias, respectivamente no individualismo e absolutismo das suas perspectivas; ressentimentos das primeiras expressões da bioética em relação às mais recentes, pelas posições destas consideradas precipitadas, imprudentes e deturpadoras da bioética.

Esta realidade apenas se revelou, tal como a descrevemos, no último ano, em particular no âmbito da elaboração da “Declaração sobre as Normas Universais de Bioética”, cujos trabalhos se iniciaram remotamente em Janeiro de 2004 e cujo anteprojecto elaborado, entre Abril de 2004 e Fevereiro de 2005, pelo Comité Internacional de Bioética (CIB) está actualmente em fase de discussão a nível intergovernamental, na sede da UNESCO.

Não obstante, alguns dos diferendos que agora eclodiram vinham já sendo anteriormente anunciados em diversas ocasiões como, por exemplo, nos últimos Congressos Mundiais de Bioética. Em 2002, o 6.º Congresso Mundial de Bioética, organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética em Brasília, decorreu sob o lema “Pobreza e Injustiça” o qual evoca indiscutivelmente uma problemática social, com vincados contornos económicos, não imediatamente reconhecida como bioética segundo o padrão comum ocidental. O tema foi desenvolvido em várias palestras das sessões plenárias — “Inclusão/exclusão social no processo de globalização”, “Conceitos de equidade e justiça num mundo globalizado”, “Cidadania: complexidade e participação”, “Poder económico e pesquisa com seres humanos” —, e também destacado em sessões principais e mesas redondas - “Bioética e vigilância sanitária”, “Feminismo, raça, etnia, pobreza e bioética”, “Bioética dura: uma perspectiva periférica de ética interventiva”. O 7.º e último Congresso Mundial de Bioética, que teve lugar na Austrália (Sydney), em Novembro de 2004, adoptou como mote “*Deep Listening*”, um “ouvir”, um “escutar profundo” que não

resulta apenas da capacidade auditiva mas combina também a compreensão da razão e o sentir do coração, e que constitui uma exortação tradicional dos povos indígenas australianos, assim se evidenciando a dimensão cultural privilegiada neste evento. Uma das sessões mais importantes do congresso foi dedicada à “Ética na saúde dos povos indígenas”, em que se incluía um momento experimental de “escutar profundo” do outro. O programa geral contemplou ainda palestras sobre temas indígenas — como “Escutando um pulsar diferente: ética no mundo aborígena e para além” —, temas sócio-económicos — como “Pobreza mundial e saúde” — e também vincadamente políticos — como “Os que procuram exílio e a política para os refugiados”. O programa sócio-cultural contou com exposições e espectáculos em torno da cultura indígena.

Os temas ditos “persistentes” (clássicos) da bioética estiveram também presentes em ambos os congressos e — importa dizê-lo — com uma expressão bem mais acentuada do que as problemáticas sócio-económicas e culturais (“emergentes”). Não obstante, a relevante atenção dedicada a estas últimas questões e o notório desenvolvimento que elas têm vindo a conhecer são, por si só, bastante significativas como indicação inequívoca do actual sentido da evolução da bioética. Evidenciam-se então diferentes tendências que, todavia, não geram ainda tensão mas, bem pelo contrário, suscitam enorme interesse no estimulante ambiente de um amplo pluralismo partilhado por académicos e profissionais de diferentes domínios do saber e da prática. Aos vários linguajares que se fazem ouvir, das diferentes regiões do mundo, há ainda uma “voz” que sobressai e prevalece sobre as restantes: a da preocupação, a do zelo pelo homem, na multitude de agressões a que está exposto e para que o extraordinariamente benéfico progresso das biotecnologias pode, perversamente, contribuir; a “voz” da bioética.

A fricção de forças que progridem em sentidos opostos apenas se fez sentir no âmbito dos trabalhos conducentes à projectada Declaração Universal de Bioética. Importa agora alcançar um documento escrito que se apresente como suficientemente geral para poder gerar consensos e suficientemente rigoroso para poder servir de orientação, suficientemente amplo para que todos os países nele se revejam e suficientemente coeso para constituir uma unidade. Este difícil equilíbrio foi primeiramente ensaiado pelos académicos e/ou profissionais de diferentes áreas que compõem o CIB, contando com o contributo de numerosas audições bastante amplas e diversificadas que foram sendo realizadas a personalidades, instituições e países; hoje é ensaiado por políticos que, acompanhados por peritos para aconselhamento no que se refere à substância das

matérias em discussão, procuram desenvolver formas para fazer valer o que percebem como interesses nacionais.

De facto, as primeiras reacções de sentido contrário fizeram-se ouvir quase imediatamente após a proposta inicial de elaboração de uma Declaração. Os países ocidentais pronunciam-se quase unanimemente contra o projecto desta Declaração considerando que o substancial e rico conjunto de documentação ético-jurídica produzida e vigente no âmbito das ciências biomédicas no mundo ocidental é não só em si mesmo suficiente, enquanto adequado às actuais necessidades, como ultrapassa largamente, em rigor e determinação, o que o conteúdo generalista de uma Declaração poderá oferecer. Os países em vias de desenvolvimento pronunciam-se quase unanimemente a favor do projecto de Declaração considerando que esta poderá constituir um instrumento importante para pressionar os Estados a tomarem medidas de protecção e promoção do bem-estar das populações, bem como um meio eficaz para impor obrigações a outros estados, na partilha de benefícios, e/ou a poderosas mega-indústrias, na obediência aos mesmos critérios ético-legais em toda e qualquer região do mundo.

Na presente fase de debate do anteprojecto elaborado pelo CIB, as diferenças acentuam-se na explicitação dos interesses de cada uma das partes. A primeira Reunião Intergovernamental de Peritos para a elaboração do Projecto de Declaração sobre Normas Universais em Matéria de Bioética, que decorreu na primeira semana de Abril de 2005, em Paris, cavou uma profunda separação — que, apesar do dito, cremos ser mais estratégica do que real — entre países ditos desenvolvidos e em vias de desenvolvimento tais como, respectivamente, Estados Unidos, Alemanha, Canadá, e Brasil, México, Bolívia, Índia, entre outros. Os diferendos que então eclodiram não constituem uma verdadeira surpresa para os especialistas da área mas apresentam-se, não obstante, como um marco importante na medida em que formalizam divergências que se vinham esboçando nos últimos anos e que nós aqui sistematizamos brevemente nos aspectos que se seguem:

- primeiramente o do âmbito a conceder à Declaração, isto é, o do domínio próprio a reconhecer à bioética, o qual oscila entre a consideração exclusiva do nível humano, atendendo a que o objectivo da Declaração é o de proteger os seres humanos, ou abri-la à consideração de todos os seres vivos e seus respectivos habitats, na confirmação da “bioética” como uma “ética da vida” na aceção plena da “vida”;
- numa linha paralela de pensamento, importa considerar se a Declaração se deve circunscrever ao domínio das ciências da

vida, cujo poder de artificialização e instrumentalização da vida suscitou a bioética, ou se esta, na sua característica transdisciplinaridade e atendendo a que o humano tem uma dimensão individual inalienável da sua dimensão social, se deve alargar ao âmbito das ciências sociais;

- simultaneamente, importa considerar se a Declaração se dirige aos estados, à semelhança de anteriores declarações do género, ou se se dirige a todos — indivíduos e instituições — os que têm responsabilidade nos domínios contemplados;
- um quarto e último aspecto diz respeito ao estilo do texto que tanto se poderá manter generalista, de acordo com o padrão para o presente tipo de documentos e no sentido de facilitar a construção de plataformas de entendimento, ou, pelo contrário, tornar-se pormenorizado relativamente aos cursos de acção preconizados em contextos específicos.

No momento presente, em que se projecta uma segunda Reunião Intergovernamental de Peritos para o mês de Junho e em que se espera poder vir a ter um texto definitivo da Declaração Universal de Bioética até ao próximo mês de Outubro de 2005, acrescentamos apenas que esta iniciativa pode já reivindicar um pequeno mas significativo sucesso: o de ter provocado a explicitação das diferentes percepções de bioética que se vinham já desenvolvendo há alguns anos em todo o mundo e de as ter conduzido a um mesmo forum em que se têm necessariamente de confrontar, sendo convidadas a dialogar. Trata-se indubitavelmente de um sucesso porque só esta consciente e assumida exposição frontal das diferenças poderá constituir uma base sólida para um relacionamento futuro, efectivo e fecundo. Trata-se ainda de um sucesso porque o propósito que conduziu à acareação das bioéticas é o de estabelecer condições de proximidade e não de separação e afastamento. O que se procura, mais uma vez, não é estilhaar a bioética numa pluralidade de bioéticas ou reduzir as bioéticas a uma bioética singular; o que se procura é descobrir ou construir a unidade da e na diversidade, isto é, formular uma bioética global.

Esta “bioética global” não corresponderá, talvez, à mais comum aceção com que vem sendo invocada nos últimos anos. Não nos referimos à “bioética global” de Potter, latente desde os anos 70, explicitada e desenvolvida nos anos 90, e que se reporta à concepção conjunta de uma “ética médica” (relativa ao bem-estar do homem individual, a curto prazo) e uma “ética ecológica” (relativa à sobrevivência do homem como espécie, a longo prazo), a que poderíamos acrescentar uma “ética social” (relativa à convivência do homem em comunidade, a médio prazo). Mas

consideramo-la também. Não nos referimos à “bioética global” reflexo do processo geral de globalização, que também se traduz por “internacionalização” ou “universalização”, e que se reporta à estreita proximidade no tempo e no espaço de todas as nações, de todos os homens e que os conduz a uma forte interdependência. Mas consideramo-la também. Não nos referimos à “bioética global” tal como tem sido mais recentemente evocada por antinomia a uma “bioética local” e que se reporta então à necessidade de respeitar a bioética e as bioéticas no que as diferencia. Mas consideramo-la também.

Referimo-nos à “bioética global” como uma unidade da diversidade, unidade que não anula a diversidade, mas que apenas nela e por ela se constrói como uma genuína unidade; referimo-nos à “bioética global” como diálogo entre todos os “linguajares” de uma mesma língua que, acolhendo uma variedade de regionalismos, se mantém dinâmica e se enriquece; referimo-nos à “bioética global”, afinal, como a harmonia perfeita de uma exuberância de sons, como uma *bioética polifônica*.

Bibliografia

- GARRAFA, Volnei e PESSINI, Leo (Ed.s), *Bioética: Poder e Injustiça*, Brasília, Sociedade Brasileira de Bioética / Centro Universitário São Camilo / Edições Loyola, 2003.
- HELLEGERS, Andre, “New bioethics column to discuss problems in practice”, *Pediatric News*, vol. 7, n. 3, Março, 1973, p. 3.
- HELLEGERS, Andre, “Progress raises expectations”, *Pediatric News*, 10 (2), Fevereiro, 1976: 1.
- MACER, Darryl (Ed.), *Challenges for Bioethics from Asia*, New Zealand, Eubios Ethics Institute, 2004.
- PATRÃO NEVES, M., “A bioética e a sua evolução”, *O Mundo da Saúde*, 24(3) (Maio/Junho), 2000: 211-222.
- PATRÃO NEVES, M., “Bioética ou Bioéticas: consenso e diferenças”, *Cadernos de Bioética*, 30 (Dezembro), 2002: 57-73.
- PESSINI, Leo e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Ed.s), *Problemas actuais de bioética*, Centro Universitário São Camilo / Edições Loyola, 6.ª ed., 2002.
- POTTER, Van Rensselaer, “Bioethics, The Science of Survival”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 (1), 1970, 1: 127-153.
- POTTER, Van Rensselaer, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, inc. Englewood, New Jersey, 1971.
- REICH, Warren, “How Bioethics Got Its Name”, *The Hastings Center Report — A Special Supplement*, 23 (6), 1993: S6-S7.
- REICH, Warren, “The Word “Bioethics”: The Struggle Over Its Earliest Meanings”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5 (1), 1995: 19-34.
- SANG-YONG, Song; Young-Mo, Koo e Macer, Darryl (Ed.s), *Asian Bioethics in the 21st Century*, New Zealand, Eubios Ethics Institute, 2003.
- TOULMIN, Stephen, “How Medicine saved the Life of Ethics”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 25 (4), 1973: 736-750.