

# *A bioética e a sua exigência de fundamentação*<sup>1</sup>

M. Patrão Neves

Professora Associada com Agregação de Filosofia, especialidade de Ética  
Universidade dos Açores

Quando, em 1971, Potter e Hellegers forjam o neologismo *bioética*, para designar um novo domínio da reflexão e da prática que articula necessariamente a ciência e a ética, precedia-os já cerca de quase duas décadas de estudos, conferências e publicações várias, nesse emergente espaço interdisciplinar. Este longo período de gestação da bioética foi decorrendo numa crescente tomada de consciência das implicações éticas do progresso biotecnológico, no aprofundamento de uma reflexão pluridisciplinar sobre as questões que se iam sucedendo neste domínio e no alargamento da intervenção da sociedade no processo de tomada de decisão.

A introdução do termo *bioética*, como designação de uma nova disciplina, implicou a estruturação e fundamentação teórica da sua racionalidade como definição da sua identidade e suporte, coerente e unitário, dos seus desenvolvimentos futuros. Assiste-se, desde então e até ao presente, a uma intensificação do esforço de teorização, o que vem resultando no crescente número de modelos de análise teórica sem que, todavia, uma unidade ou consenso tenha sido alcançado. Esta realidade constitui, por certo, um dos factores que contribui fortemente para que o debate sobre o estatuto da bioética permaneça ainda hoje em aberto.

Analisaremos, pois, aqui a questão da fundamentação da bioética integrada numa problemática mais vasta que é a de ensaio da sua própria estruturação como uma nova disciplina e da determinação do seu estatuto no universo dos saberes. Esta opção decorre do desígnio de ultrapassar uma perspectiva meramente dedutivista da bioética, na formulação de princípios e regras para sua aplicação aos casos, e de aceder à inteligibilidade que assiste ao desenvolvimento de um sistema geral de valores que promove.

1. *O surgimento da bioética e o questionamento do seu estatuto epistemológico.*

A história da bioética, como afinal a tantos outros saberes, não se inicia com a enunciação da sua designação e a definição do seu domínio de intervenção. A sua origem remonta a um tempo mais distante em que se constituem as condições propícias para o seu surgimento e se começam a formular os problemas a que se virá a dedicar<sup>2</sup>. É na sua designada «pré-história» que a bioética começa a ganhar os traços da sua identidade.

1.1. A bioética como um movimento de expressão humanista.

As circunstâncias que assistiram à sua gestação são bem conhecidas e sistematizamo-las em factores de ordem científico-tecnológica e sócio-política<sup>3</sup>. Os primeiros manifestam-se sobretudo a partir da descoberta do ADN por Crick e Watson, em 1953, no curso da verdadeira «revolução biológica» que então se desencadeou e a que se seguiu um vertiginoso movimento de inovação tecnológica. É o avassalador progresso biotecnológico da segunda metade do século que cria situações humanas rigorosamente inéditas que questionam o sistema de valores morais vigente. Os segundos referem-se à «revolução de mentalidades» que se estendeu a todo o mundo ocidental, a partir da Segunda Guerra Mundial, animada pela afirmação dos direitos dos homens e da autonomia dos povos. É o poderoso movimento dos direitos humanos que promove a participação do paciente no seu processo terapêutico e da sociedade na definição de políticas de saúde.

Quanto aos problemas que começaram por constituir o núcleo temático do que se viria a assumir como a bioética eram já então os de ainda hoje: transplantação, reprodução, morte e morrer. Podíamos também destacar, entre os mais relevantes, a engenharia genética, a locação de recursos para a saúde e população<sup>4</sup>. É certo que as questões que cada um destes temas actualmente coloca não são exactamente as de ontem, uma vez que o debate decorrido permitiu que se alcançassem amplos consensos, posteriormente estipulados em legislação adequada. São os temas, porém, que, em virtude do progresso contínuo e diversificado das biotecnologias, tendem eles próprios a complexificar-se, vindo a traduzir-se em novas interrogações.

O tema histórico da experimentação humana, um dos primeiros e dos que maior impacto teve no surgimento da bioética, pode constituir um bom exemplo a este propósito. Hoje, a legitimidade ética da experimentação humana é debatida em situações tão diversas como a do recurso a embriões humanos ou a dos protocolos dos ensaios clínicos: até que fase da gestação se deverá poder dispor do embrião para experimentação e sob que finalidade,

terapêutica e/ou científica? quem poderão ser os sujeitos recrutados e em que condições deverão decorrer os ensaios clínicos, em benefício próprio ou de outros? As interrogações visam sobretudo o processo como decorre a experimentação. Ontem, as questões incidiam, principalmente, nas condições prévias àquela, como garante da sua eticidade, detendo-se muito em particular na problemática do consentimento informado. Importava, fundamentalmente, que a pessoa tomasse amplo conhecimento da matéria envolvida na experimentação proposta e das suas possíveis consequências (dentro de parâmetros a determinar) e nela aderisse a participar consciente e voluntariamente.

O tema da experimentação humana ganhou uma acuidade ímpar durante o Julgamento de Nuremberga, em 1946-47, quando foram expostas ao mundo as sevícias cometidas pelos médicos nazis em prol do conhecimento científico<sup>5</sup>. Os prisioneiros do regime nazi, detidos por razões várias mas tendo em comum o facto de não serem reconhecidos ser humanos de pleno direito, eram utilizados como objectos de experimentação médica o que implicava o infligir de profundo sofrimento físico e psicológico que, regra geral, conduzia a uma morte frequentemente lenta e dolorosa. Tais acções foram então consideradas criminosas e os interesses da ciência inequivocamente denunciados como devendo subordinar-se aos do indivíduo. O requisito do consentimento informado foi estipulado como obrigatório, devendo tornar-se prática comum.

É importante, porém, que se recorde que as condições desumanas em que frequentemente se procedeu à experimentação humana não se confinou ao espaço e ao tempo do domínio nazi<sup>6</sup> e, o que é por certo mais surpreendente, persistiu e expandiu-se já depois da elaboração do Código de Nuremberga (1947). Simultaneamente, a problemática da experimentação humana, que se colocava sobretudo ao nível da investigação científica, veio a tornar-se igualmente premente ao nível da prática clínica, na justa medida em que a medicina foi também cada vez mais assumindo a sua dimensão experimental. Às anteriores situações de violação de direitos da pessoa e imposição de sofrimento acrescentaram-se casos dramáticos criados pelas consequências inesperadas (ou talvez apenas indesejáveis) da aplicação de algumas biotecnologias no curso do processo terapêutico e a angústia da incerteza da sua utilização em situações singulares concretas<sup>7</sup>. Mais uma vez se aumenta a dor e se desrespeita a integridade da pessoa. Aliás esta é uma realidade comum a todos problemas maiores que constituirão o núcleo temático da bioética, por exemplo: num período em que a transplantação era ainda indubitavelmente experimental procederam-se a vários transplantes de

cadáveres ou de órgãos mecânicos para pacientes sem esperança de sobrevivência, em que o consentimento informado não foi correctamente observado e em que tão pouco se poderia prever um aumento significativo de tempo ou qualidade de vida; num período de crença absoluta no poder científico-tecnológico, procedeu-se ao recurso tão amplo quanto disponível de inovadoras técnicas de suporte vital que, podendo ser suficientes para evitar uma morte iminente, não raras vezes se revelaram incapazes de recuperar o paciente para uma vida autónoma ou tão-somente consciente de si, prendendo-o numa espécie de limbo de prolongado sofrimento ou numa vida vegetativa.

É neste contexto que se evidencia a necessidade de reflectir sobre as implicações éticas do progresso biotecnológico e de decidir acerca das condições de aplicação deste ao homem. É neste contexto que a bioética emerge como um movimento, um movimento de expressão humanista. Um «movimento» – diríamos – porque a bioética se manifesta primeiramente na partilha de uma preocupação comum acerca do futuro do homem face aos avanços da tecnociência e no protagonismo de uma vontade única de alteração da situação de predomínio dos interesses da ciência sobre todos os demais. Um «movimento humanista» porque a motivação que anima a estruturação da bioética é a de contribuir para a preservação e promoção do humano.

O desenvolvimento e aprofundamento daquela reflexão exigirão a estruturação de um sistema de valores morais, de uma teoria moral, e das regras da sua aplicação às situações concretas e singulares. Sem que a bioética se desagregue como movimento, mas antes se expanda ao despertar uma sociedade cada vez mais ampla para os problemas a que se dedica, ela procura então estruturar-se e consolidar-se como um saber específico de dimensão prática.

### 1.2. A reivindicação da bioética como uma nova disciplina.

O processo de teorização da bioética inicia-se também antes mesmo de 1971, data de introdução do neologismo, no designado período remoto da sua «pré-história». Entre os seus pioneiros, destacam-se os teólogos moralistas protestantes Joseph Fletcher e Paul Ramsey pelos contributos inéditos das suas obras para a estruturação da bioética como um saber específico, respectivamente: *Morals and Medicine*, de 1954<sup>8</sup>, e *The Patient as Person*, de 1970<sup>9</sup>. Da obra de 1954 para a de 1970 será evidente a evolução da reflexão ética no âmbito da biomedicina como exigência de uma ampla consciencialização e participação da sociedade nas questões éticas associadas ao progresso biotecnológico (como movimento humanista) e como exigência da sua estruturação como uma nova disciplina.

*Joseph Fletcher e Paul Ramsey*

*Morals and Medicine*, de Joseph Fletcher, constitui um marco histórico no processo de gestação da bioética por se tratar de uma reflexão sobre ética médica escrita por um leigo na profissão e perspectivada como integrando-se no estudo da acção humana e do comportamento do homem na sua vida de relação. O autor perspectiva as diversas temáticas em análise (o dizer a verdade ao paciente, contracepção, inseminação artificial, esterilização, eutanásia) como «problemas de consciência» que deverá competir a cada indivíduo resolver, assim testemunhando o seu estatuto moral pessoal. Desta sorte, Fletcher não chega a elaborar uma teoria moral, como um conjunto articulado e coerente de proposições que contextualizem e interpretem a realidade considerada, determinando a avaliação das diversas situações que ocorrem. Do ponto de vista teórico ele preconiza uma postura «situacionista», na tomada de decisão a partir de cada situação particular, e «utilitarista», na tomada de decisão de acordo com a maior felicidade possível de alcançar.

Consequentemente, no que se refere às modalidades de passagem da teoria à prática (a que a bioética como ética aplicada necessariamente obriga), Fletcher rejeita explicitamente todo o «legalismo», em que face à existência de uma regra, esta deve ser cumprida em todos os casos (tendendo-se a reduzir a moralidade ao cumprimento da lei), sem todavia cair numa atitude «anti-normativa» que considera as regras completamente inúteis. A atitude «situacionista» em geral perspectiva as regras como tendências gerais da acção (máximas e não leis) para promoverem determinados fins, cuja formulação decorre de experiências passadas, a serem observadas na medida em que contribuírem para alcançar uma felicidade maior (*rules of thumb*). A atitude «normativa» (*rules of practice*), que afirma que face à existência de regras estas devem ser cumpridas, não obstante poderem ser revistas pela própria experiência, é também rejeitada.

A recusa de Fletcher de qualquer modelo de fundamentação teórica para a tomada de decisão ética no domínio biomédico, justifica, ela própria, o reduzido nível de teorização desta obra, sem que, todavia, o exclua absolutamente como se verificou pela reflexão sobre a relação entre os princípios e as regras e os casos. A este propósito acrescenta-se que a pluralidade de orientações do pensamento na aplicação da teoria à prática constitui já um primeiro testemunho da dificuldade de estabelecimento de um procedimento ético comum às várias pessoas envolvidas num caso ou às várias situações em presença.

*The Patient as Person*, de Paul Ramsey, constitui já, decisivamente, um empenhado e muito meritório esforço de teorização e fundamentação da re-

flexão ética aplicada à biomedicina. O objectivo de Ramsey neste âmbito é o de proceder a uma definição rigorosa dos conceitos utilizados e à descrição precisa dos factos em análise, à enunciação de princípios de acção e à exposição da sua fundamentação, ao encadeamento lógico da argumentação num raciocínio coerente.

Ramsey parte, pois, de uma posição «deontológica», mais consentânea do que a de Fletcher com a sua tradição ética judaico-cristã. A moralidade da acção é considerada no âmbito da aliança, que a todos nos liga aos outros, e sob o cânone da lealdade a esta aliança, na sua aceitação consciente e responsável. Neste sentido, importa considerar na acção o princípio que a desencadeou, a intencionalidade que a animou, ainda que esta intenção possa vir a não se cumprir. A teoria deontológica tende a estabelecer um princípio prévio ou concomitante ao agir que constitua também a sua causa final, o qual, no caso de Ramsey, é o «amor», o amor cristão: amor ao próximo, amor gratuito.

Ramsey recusa assim, no que se refere à determinação do princípio do agir, quer uma perspectiva «consequencialista», quer «situacionista» ou «discursiva» – as três principais por que se estrutura a reflexão ética a este nível. A perspectiva consequencialista tende a avaliar a moralidade de uma acção a partir do efeito por esta produzido, do bem alcançado de acordo com a finalidade desejada (numa perspectiva utilitarista); a perspectiva situacionista (num sentido genérico mais amplo do que o designado na obra de Fletcher) ou discursiva tende a subordinar a moralidade do agir ao juízo da maioria, no empenho na construção de amplos consensos sobre o melhor modo de agir e numa abdicação evidente de princípios. A pluralidade de perspectivas de reflexão, inerente ao trabalho filosófico, é mais uma vez evidente sem que seja possível enunciar qualquer supra-metodologia que decida acerca da sua respectiva validade.

O deontologismo de Ramsey obriga-o a fundamentar teoricamente os cursos de acção que preconiza. Esta estruturação teórica do pensamento contribui para a construção de uma teoria moral específica ao domínio da prática clínica, determinante para a constituição deste novo tipo de reflexão de dimensão prática como uma nova disciplina. De facto, não só P. Ramsey mas também J. Fletcher, ambos se referem já à possibilidade de constituição de uma disciplina, de uma nova ética que se dedicasse especificamente ao cada vez mais problemático domínio da biomedicina. Porém, as condições propícias e mesmo decisivas para a constituição da nova disciplina só se viriam a reunir aquando da sua designação por *bioética* e da sua estruturação programática.

*Van Rensselaer Potter e André Hellegers*

O neologismo *bioética* foi forjado pela primeira vez por Van Rensselaer Potter na sua obra *Bioethics: bridge to the future*<sup>10</sup>, de (Janciro) 1971, e cujo capítulo «Bioethics, The Science of Survival»<sup>11</sup> foi publicado antecipadamente, sob a forma de um artigo, em 1970. Potter explicita claramente o sentido com que forja este neologismo: necessidade de articulação do conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos (*bio-*), e do conhecimento dos sistemas de valores humanos (*-ética*) para ultrapassar a especialização crescente da ciência e alcançar uma sabedoria maximamente ampla (global), indispensável para garantir a sobrevivência do homem. Num sentido distinto daquele em que nos temos estado a referir à articulação da ciência e da ética, Potter atribui à bioética uma dimensão essencialmente ecológica, decorrente das suas principais preocupações relativas à deteriorização do ambiente e ao aumento demográfico como ameaças para a sobrevivência do homem. Na esteira do desenvolvimento que vimos traçando, trata-se ainda da urgência de constituição de um saber interdisciplinar para promoção do homem, mas considerado numa dimensão maximamente ampla que o curso imediato da história não privilegiará.

Por isso Potter permaneceu esquecido durante muitos anos em prol de um maior destaque concedido a André Hellegers que, ainda em 1971, a 1 de Julho, terá proposto o neologismo *bioética* também com carácter inédito, na medida em que parecia desconhecer a anterior introdução do termo. Não enveredaremos aqui pelo debate em torno da autoria do termo<sup>12</sup>. Importa-nos, sobretudo, destacar a diferente significação que Hellegers lhe atribui: a de ética biomédica, enquanto ética das ciências da vida particularmente consideradas ao nível do humano. Afinal, é evocando este sentido que o neologismo *bioética* surge na continuidade do processo de transformações científicas e humanas no domínio biomédico que vimos seguindo, conferindo sistematicidade e unidade a este movimento, exigindo a estruturação teórica e metodológica para esta disciplina. Não surpreenderá, pois, que seja este o sentido de bioética a prevalecer. Só mais recentemente a significação que Potter lhe confere virá a ser recuperada, particularmente no âmbito de uma «ética do ambiente» ou de uma «ética global», expressão que tenderá a generalizar-se.

No contexto problemático em que nos situamos, importa sobretudo realçar que, para Potter como para Hellegers, a bioética surge da já mencionada necessária articulação da ciência e da ética, evidenciando também em comum o projectar constituir-se como uma nova disciplina que, para ambos, deve responder a uma dupla exigência: uma exigência de reflexão, isto é, de

desenvolvimento de um novo modo de pensar que compreenda as realidades inéditas do nosso tempo produzidas pelas biotecnologias e se desenrole como seu princípio de inteligibilidade (daí que se exprima necessariamente sob a forma de um pensamento); e também uma exigência prática, isto é, de aplicação do pensamento ao domínio da acção, numa intervenção efectiva (produzindo algo de novo) transformadora (daí que a bioética não possa permanecer exclusivamente num plano especulativo, mas se realize plenamente no plano da acção). No curso do seu posterior desenvolvimento a bioética procurará contemplar sempre estas duas exigências ou dimensões: a da fundamentação, na reflexão sobre os princípios que determinam o agir humano; e a da normatividade, na elaboração de regras que orientem o comportamento humano. E, porque se trata de uma ética aplicada, deverá igualmente considerar o plano em que os casos se apresentam. Estabelecem-se assim três níveis de actuação: o dos princípios, das regras e dos casos que a bioética deverá percorrer sucessivamente nos dois sentidos, de modo a que a teoria se vá aplicando à prática e a acção estimule o pensamento.

Não obstante o inicial desígnio de Potter, a sua acepção de «bioética» não virá a aspirar reivindicar o estatuto de «disciplina», isto é, um sistema coerente e unitário de conhecimentos relativos a um objecto de estudo específico, a que se aplica uma metodologia própria, numa actividade desenvolvida por um grupo significativo de académicos especializados que produzem bibliografia substancial sobre a matéria e promovem o seu ensino. Potter permaneceu isolado nesta sua causa que, entretanto, em moldes algo diferentes do que ele idealizara, ia sendo desenvolvida pelo movimento ecologista nascente.

Já a acepção que Hellegers imprimiu ao termo *bioética* conheceu um destino diferente. Com a instituição de «The Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics», em 1971, estabeleceram-se condições favoráveis para o desenvolvimento deste novo sentido da reflexão: reunião de um activo grupo de académicos dedicados aos designados temas bioéticos e fundação de uma biblioteca especializada, o «National Reference Center for Bioethics Literature». Em 1973, Daniel Callahan publica «Bioethics as a Discipline», no primeiro número do *Hastings Center Studies*<sup>13</sup>, o qual virá a determinar a introdução do termo *bioética* como referência temática da Biblioteca do Congresso, em 1974, e, assim, para as restantes dos Estados Unidos. Em 1978, é publicada a *Encyclopedia of Bioethics*<sup>14</sup>, testemunhando a estruturação de um novo domínio académico de estudos e impulsionando o seu desenvolvimento sistemático.

A questão do estatuto da «bioética» está agora em aberto e persegue-se



a pretensão de vir a ser reconhecida como uma «disciplina». Já não se trata mais de considerar a bioética apenas como uma nova sub-especialidade da biologia ou, fundamentalmente, como um novo ramo da filosofia ou da ética, tal como Potter no início se interrogara, mas em definir o seu estatuto no universo dos saberes constituídos.

## 2. *Teorias éticas aplicadas à biomedicina.*

A exigência de fundamentação da bioética corresponde à condição da sua estruturação como uma nova disciplina – de acordo com a perspectiva que nos vem orientando ao longo deste estudo. Todo o saber específico que se quer constituir como disciplina terá de dispor de uma teoria e de uma metodologia próprias e é nesse sentido, de uma crescente teorização não perdendo o contacto com a prática, que a bioética se desenvolverá seguindo duas vias distintas, mas frequentemente complementares: a do aprofundamento de sistemas éticos já existentes e/ou a da criação de novos sistemas, ambos os procedimentos mantendo o requisito da sua aplicabilidade.

### 2.1. Alguns modelos anglo-americanos de análise teórica da bioética<sup>15</sup>.

Os anos que se seguem serão, pois, pautados por um extraordinário esforço de teorização moral, sendo muitos os modelos de análise que virão a ser propostos, particularmente no espaço geográfico-cultural anglo-americano em que a bioética primeiramente surgiu. Procuraremos destacar aqueles que alcançaram um nível de reflexão mais profundo e uma estruturação mais desenvolvida e que causaram um impacto mais significativo na problematização e ensaio de resolução das questões éticas no âmbito da biomedicina.

#### *Modelo principalista*

Sob o critério enunciado a nossa atenção terá necessária e primeiramente que recair sobre o modelo principalista apresentado por Tom Beauchamp e James Childress, em *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979<sup>16</sup>. Trata-se de um modelo deontológico em que os autores propõem a existência de quatro princípios morais para aplicação no domínio da investigação científica, da medicina e dos cuidados de saúde, e nos quais se fundamentam algumas regras que visam contribuir para a promoção das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes: o princípio da beneficência enuncia a obrigatoriedade do profissional de saúde ou investigador de promover, primeiramente e sempre, o bem do paciente e nele se fundamenta a regra da confidencialida-

de; o princípio da não maleficência determina o não infligir de qualquer mal e dele decorre a regra da fidelidade, entendida como a obrigatoriedade de manter as promessas, a limite, de se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do paciente; o princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças e dele parte a regra da privacidade entendida, em termos gerais, como o acesso limitado à pessoa e visando manter o respeito pela dignidade de ser pessoa; o princípio da autonomia afirma a capacidade que a pessoa tem de se autodeterminar e exige a regra da veracidade como condição mínima para a sua aplicabilidade.

Estes princípios não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie* (isto é, constituem obrigações a cumprir, excepto em caso de conflito com um outro princípio representando uma igual ou superior obrigação), o mesmo ocorrendo com as regras. Em caso de conflito entre si, será a situação em causa e as suas circunstâncias que indicarão o que deve ganhar precedência. O princípio da autonomia parece então receber a preferência dos autores sem que, todavia, os conflitos venham a ser efectiva e satisfatoriamente resolvidos (principal crítica dentro do contexto norte-americano).

A formulação destes princípios (e não de outros) decorre do seu enraizamento no pensamento ético ocidental (justiça e autonomia) e também na tradição médica (beneficência e não maleficência), tendo os autores o objectivo de estruturar sistemática e coerentemente a moral comum vigente na sua aplicação ao domínio em apreço. O sucesso deste modelo, particularmente entre os profissionais de saúde, é enorme porque permite integrar facilmente a apreciação ética na decisão médica. Não obstante, o relacionamento que preconizam entre os profissionais de saúde e os pacientes, sobretudo na prevalência concedida à autonomia, não merece consenso e será principalmente neste âmbito temático que outras teorias morais se virão a desenvolver.

#### *Modelo contratualista*

O modelo contratualista, apresentado por Robert Veatch em *A Theory of Medical Ethics*, de 1981<sup>17</sup>, constitui um esforço de teorização a partir da análise dos problemas éticos então emergentes na área da biomedicina, na consideração de que não será suficiente aplicar sistemas éticos clássicos a estes novos problemas mas que urge estruturar uma nova teoria ética (de aplicação necessariamente mais restritiva do que o anterior modelo).

Veatch parte da denúncia de várias insuficiências de fundo que a ética hipocrática encerra, muito em especial a sua orientação paternalista e individualista. Aliás, é a crítica de Veatch a este último aspecto que o leva a rejeitar igualmente uma ética construída a partir dos direitos dos pacientes. A am-

bas, o autor contrapõe um modelo contratualista (de compromisso) como nova ética das relações médico-paciente. Nesta perspectiva, médico e paciente são considerados como parceiros iguais numa transacção, num negócio, relação que posteriormente vem a evoluir para a de um contrato legal entre ambos, para a de uma aliança. Introduz então as noções de «confiança» e de «obrigação».

Veatch propõe um triplo contrato (um contrato social celebrado a três níveis) para a tomada de decisões no âmbito da prestação dos cuidados de saúde: em primeiro lugar, um contrato maximamente amplo acerca dos princípios sociais básicos que organizam a sociedade, princípios éticos que presidem às relações humanas; imediatamente a seguir, um contrato entre a sociedade e o grupo profissional que especifique o papel e os deveres imputados a cada grupo na sua interacção, em conformidade com a moralidade do contrato social antes estabelecido; e, por último, um contrato entre os profissionais de saúde e os pacientes (e os leigos), em conformidade com os dois anteriores e especificando mais desenvolvidamente as obrigações de cada grupo. Este percurso deveria garantir uma base universal para as relações individuais, numa coerência das obrigações sociais.

As críticas mais relevantes dirigidas a este modelo denunciam-no como desconhecedor da prática clínica, uma vez que se funda na falsa assunção da existência de um contrato explícito entre médicos e pacientes, o que só muito raramente acontecerá.

### *Modelo libertário*

O modelo libertário apresentado por Tristram Engelhardt, na sua obra maior, *The Foundations of Bioethics*, de 1986<sup>18</sup>, reflecte já a consciência da proliferação de teorias de análise bioética e a impossibilidade de formulação de uma única universal, bem como a da existência de conflitos e a necessidade de os resolver.

A reflexão de Engelhardt, ao contrário do que se verificou com o esforço inicial de teorização da ética aplicada à biomedicina, situa-se num plano rigorosamente secular, o único em que se poderá aspirar a uma objectividade no âmbito da moral. Com efeito – afirma –, as sérias controvérsias éticas contemporâneas, de que a bioética também não está isenta, transportam-nos necessariamente à origem dos valores humanos e respectiva justificação do sentido da acção ou enunciação do critério de bem e de mal. Na ausência deste ponto de vista objectivo, resvalaremos inevitavelmente para um niilismo em que todas as acções podem ser igualmente defensáveis ou não. Simultaneamente, a dificuldade em justificar um qualquer ponto de vista moral

particular nas actuais sociedades pluralistas, conduziu Engelhardt a colocar a ética num plano exclusivamente racional. A racionalidade dos argumentos impõe a procurada objectividade e constrói um plano moral consensual maximamente alargado e partilhado por todos os membros de uma sociedade.

No contexto desta ética secular e pluralista, a bioética deve, pois, partir do «respeito mútuo respeito» entre as pessoas e «funcionar como lógica de um pluralismo», como meio de «negociação pacífica entre instituições morais», implementada por indivíduos tomados na sua comum natureza racional e na sua capacidade de justificar posições e promover consensos entre comunidades com distintos padrões morais, distintas tradições, ideologias, religiões. Desta forma, legitimam-se eticamente todas as acções decorrentes da expressão da vontade livre do paciente bem como quaisquer outras que resultem de um consenso na comunidade em questão. Torna-se, pois, evidente a ausência de princípios fundamentadores do agir e a abertura a um espírito profundo de tolerância protagonizado pelo indivíduo racional, o único capaz de promover a moralidade e também o único ser moral.

### *Modelo da Virtude*

Reagindo à tendência individualista de alguns dos sistemas anteriores e procurando também revolucionar a ética hipocrática, surge o modelo da virtude, apresentado por Edmund Pellegrino e David Thomasma em *For the Patient's Good*, de 1988<sup>19</sup>. Os autores propõem um modelo fiduciário fundado na redescoberta da ética da virtude (na tradição aristotélica) como alternativa à ética do dever (de origem kantiana). A simples existência de regras não implica que venham a ser cumpridas – afirmam –, o que só virá a acontecer entre pessoas cujo carácter impele a respeitá-las. Daí que coloquem claramente a tónica no agente, particularmente nos profissionais de saúde. Sendo a virtude uma disposição para agir bem que se aperfeiçoa pelo hábito, há que apelar a este sentido da acção na educação dos profissionais da saúde e na prática clínica. Uma pessoa virtuosa agirá sempre bem em qualquer circunstância, de acordo com a sua própria natureza. No âmbito específico da prestação de cuidados de saúde, o profissional virtuoso é definido em relação ao fim da medicina, cujo princípio arquitectónico é o bem do paciente expresso na saúde, no curar, no cuidar; o bom paciente, por sua vez, manifestará algumas virtudes principais entre as quais se destacam a sinceridade, a probidade, a justiça e a tolerância, e a confiança.

Este modelo coloca a ênfase na beneficência (numa tradição hipocrática), sem todavia cair num paternalismo ou atropelar a autonomia do paciente (integra-se plenamente o paciente no processo de decisão médica). Procura-

-se o equilíbrio entre uma atitude paternalista, decorrente do tradicional absolutismo do princípio da beneficência, e a obediência à autonomia do paciente, decorrente de uma crescente consciência dos direitos individuais, através do que os autores propõem como uma «beneficência em confiança». Este novo modelo nas relações médico-paciente exprime a relação fiduciária entre médicos e pacientes, traduzindo a unidade de ambos no objectivo comum de agir no melhor interesse de cada um. Em caso de conflito dever-se-á desenvolver o diálogo, tomando como base os valores que afirmam a vida, comuns à profissão médica.

### *Alguns outros modelos*

Outros modelos de análise teórica merecem também referência, de acordo com o critério que antes estabelecemos. Porém, o formato do presente estudo apenas nos permitirá referi-los. Privilegiaremos os modelos casuística e o do direito natural, como teorias morais tradicionais contemporaneamente revitalizadas, e o do cuidado, como uma nova teoria moral de expressão feminista.

O modelo casuista, apresentado por Albert Jonsen e Stephen Toulmin em *The Abuse of Casuistry*, de 1988<sup>20</sup>, e apoiado por uma longa tradição do pensamento moral, preconiza uma análise caso a caso, num plano analógico. Criticando o abstraccionismo da meta-ética e contestando a necessidade de reportar todo o juízo ético a um plano universal para garantir a sua justeza, propõem a reabilitação da casuística, indispensável para enfrentar os problemas práticos concretos da vida moral do homem actual.

Atendendo às circunstâncias concretas de casos presentes e às máximas que as pessoas invocam face a dilemas morais, examina-se cada caso nas suas características paradigmáticas, estabelecendo-se semelhanças e diferenças com outros casos, com tipos particulares de casos, na construção de uma «taxonomia moral». Este procedimento não só desempenha um papel importante nos chamados «casos de consciência», mas é também, de alguma forma, chamado a intervir a par com a aplicação de outros modelos de fundamentação teórica da ética aplicada, nenhum prescindindo da análise de casos.

O modelo contemporâneo do direito natural, desenvolvido por John Finnis em *Natural Law and Natural Rights*, de 1980<sup>21</sup>, reivindica poder identificar as condições e os princípios de uma prática recta, do bem e da ordem devida, quer entre os homens em sociedade, quer na sua conduta individual. Para tal, o direito natural apresenta um conjunto de valores básicos, princípios indemonstráveis mas evidentes por si (são princípios a que todos recor-

rem quando ponderam acerca do sentido da sua acção), que modelam o raciocínio prático dos homens. São formas básicas do bem, espécies de razões que determinam a existência de acções que devem ou não devem ser feitas.

Estes princípios, valores ou bens fundamentais em si mesmos (fins e não meios) são estabelecidos em número de sete, sem qualquer organização hierárquica: vida, conhecimento, vida lúdica, vida estética, sociabilidade/amizade, racionalidade prática, religiosidade. As muitas outras formas e objectivos de bem que se podem enunciar, derivam de combinações nos modos de perseguir as sete formas básicas de bem. Moral será, pois, toda a acção que contribui para o desenvolvimento destes valores.

O modelo do cuidado, apresentado por Carol Gilligan em *In a Different Voice*, de 1982<sup>22</sup>, assentando no estudo da psicologia evolutiva, é mais de natureza psicológica do que filosófica. Partindo do estudo sobre a relação entre o juízo e a acção numa situação de conflito moral e escolha, Gilligan observou a existência de dois diferentes modos de descrever a relação entre o eu e o outro que associou, numa perspectiva psicológica, à voz feminina e masculina. Esta distinção não é de género, mas temática, relativa a modos de pensar e de interpretar. Adoptando o ponto de vista da experiência feminina, as relações humanas serão predominantemente interpretadas em termos de «teia» em contraposição a um modelo «hierárquico» e de interconexão por oposição à desigualdade; enaltecendo o valor do «cuidado» (de expressão mais acentuadamente feminina), mais do que o da «justiça» (de expressão mais acentuadamente masculina) e apelando a uma moral do espírito de sacrifício e de abnegação, mais do que a uma moral dos direitos. O «cuidado» (*care*), relação de ver e responder à necessidade, é proposto como noção fundamental para o desenvolvimento moral.

## 2.2. Perspectivas europeias de análise teórica da bioética.

Como cremos ter-se tornado evidente, nenhuma das teorias morais indicadas se terá conseguido assumir como a nova ética médica ou biomédica, pelo que o debate em torno da fundamentação da bioética prossegue na procura de teorias alternativas às já formuladas. Este esforço de teorização moral aplicado à realidade biomédica é hoje desenvolvido não apenas no panorama anglo-americano, comum aos modelos até agora apresentados, mas cada vez mais também no panorama europeu. Aqui é manifesta uma diferente orientação do pensamento e da prática decorrente, principalmente, de uma diferente tradição filosófica. Assim, diríamos que a tendência individualista, normativa, utilitarista e pragmatista da bioética anglo-americana, se contrapõe uma perspectiva europeia com preocupações mais vincadamente

te sociais, comunitaristas, e com uma dimensão mais fortemente especulativa; aos micro-problemas se contrapõem os macro-problemas, e a uma incidência sobre os «direitos», uma atenção à «equidade»; à determinação da moralidade da acção pelo Direito se contrapõe o esforço legislativo que atribui a força de lei à reflexão ética. Sob o ponto de vista filosófico, e em termos muito gerais, a reflexão europeia é tendencialmente mais racionalista e deontológica e menos empirista e consequencialista do que a perspectiva anglo-americana, e também cada vez mais descritiva e menos prescritiva<sup>21</sup>.

É neste contexto particular que assistimos, mais recentemente, à elaboração de teorias éticas aplicadas à biomedicina na esteira de um pensamento personalista, fenomenológico, existencialista, hermenêutico, comunitarista, comunicacional entre outros<sup>22</sup>. O seu nível de estruturação e sistematização é francamente inferior ao que encontramos nos modelos anglo-americanos, o que resulta das características anteriormente apontadas. Além disso, importa também lembrar que as principais tendências que hoje dominam a reflexão ética europeia, sendo bastante diversificadas, procedem por vezes de uma mesma ou muito próxima filiação filosófica e desenvolvem-se frequentemente num diálogo mais ou menos explícito. Por isso, dificilmente se podem definir na sua específica singularidade sem referência a outras tendências mais ou menos próximas, excepto do ponto de vista metodológico. Também por isso, e ainda por um significativo descrédito (por parte de alguns) na concepção geral de «ética aplicada» (entendida como uma ética disponível para ser aplicada, numa clara separação entre a teoria e a prática), não será possível indicarmos modelos europeus, enquanto estrutura articulada entre princípios e regras com uma finalidade eminentemente prática. Referir-nos-emos tão somente a sentidos ou orientações do pensamento mais amplamente divulgadas no espaço europeu que, incidindo sobre o domínio da biomedicina como sua matéria de reflexão, trazem novos contributos para a sua teorização e para a fundamentação de novas práticas.

A tendência personalista, humanista, que afirma a pessoa, na sua humanidade essencial, como fundamento (raciocínio deontológico) e finalidade (fundamentação teleológica) de todo o agir ético tem uma longa tradição no pensamento filosófico europeu. A pessoa é reconhecida como princípio ético universal que, como tal, constitui fundamento não apenas de uma ética biomédica, mas da ética no seu sentido mais abrangente. É porque a pessoa não é objectivável, enquanto sujeito, iniciativa ou centro de actos que por essência é, nem susceptível de definição, enquanto processo de realização de si, a atenção à pessoa mantém-se como uma inquietação ou apelo constante para todo o agir humano. Importa então preservar e promover o que se apre-

senta como as categorias essenciais da pessoa: a unicidade da subjectividade, o carácter relacional na intersubjectividade, e a solidariedade em sociedade<sup>25</sup>. Uma perspectiva personalista e humanista, em geral, vem sendo contemporaneamente trabalhada no âmbito de uma filosofia fenomenológica bem como nos originais e fecundos desenvolvimentos que esta conhece sob a perspectiva específica do existencialismo, e sobretudo da hermenêutica.

A fenomenologia consiste, sob o ponto de vista ético, na descrição das vivências intencionais da consciência moral e na apreensão do domínio originário de significações (éticas) que então se torna manifesto. Desta sorte, rejeita todo o construtivismo e abre-se a uma percepção interna ou intuição (evidentes) do bem ou de valor (o sujeito moral não inventa nada, mas antes descobre o sentido do que já era, dos actos intencionais da consciência), numa consequente atenção prestada aos sentimentos, às emoções (numa crítica explícita ao racionalismo, ao formalismo da lei moral kantiana). Tal não implica, porém, qualquer relativismo, atendendo à universalidade da vida transcendental do sujeito (fenomenologia transcendental, eidética). O método fenomenológico tem-se evidenciado particularmente fecundo no domínio biomédico pela fundamentação da unidade radical e originária do corpo (corpo-vivido, sujeito) e da consciência (consciência-encarnada, intencional e transcendente) na experiência originária que o homem tem de si, instauradora de um novo sentido da realidade humana e da sua coexistência no mundo<sup>26</sup>.

A atenção prestada à experiência vivida como domínio de manifestação dos valores veio a ser diferentemente desenvolvida pelo existencialismo que, na sua recusa geral de qualquer identidade essencial, reivindica a capacidade de criação dos valores pela acção livre do homem e denuncia o irrecusável compromisso deste com os outros e no mundo. As filosofias existencia-listas, sem revelarem um interesse directo pelo campo da biomedicina, contribuem para a sua renovação pela chamada de atenção para a importância que a opção e a realização dos valores têm na construção de cada pessoa singular, reforçando igualmente a ideia da irredutibilidade da subjectividade em qualquer domínio de expressão humana<sup>27</sup>.

Por seu lado, a compreensão do sentido a que a fenomenologia convida veio a ser desenvolvida pelo método hermenêutico que incidindo agora sobre a acção humana a procura interpretar nos desafios éticos que ela enfrenta. A acção é tomada como um texto que se abre à interpretação e cuja significação se vai alcançando através da mediação da narração. A ênfase é agora colocada não na transformação da realidade, mas na sua interpretação, o que implica um descentramento si e uma abertura a novos horizontes de sentido.



O objectivo prioritário da apreciação ética aplicada à biomedicina não é mais o da resolução de problemas mas o da inteligibilidade do compromisso ético e o da incentivação à criatividade ética<sup>28</sup>.

A perspectiva comunitarista é frequentemente tomada, tal como acontece com o método hermenêutico, como característica de um pensamento bioético europeu (ambas as correntes de pensamento se encontram facilmente na atenção prestada à cultura e às instituições sociais)<sup>29</sup>. À semelhança do que se indicou relativamente às anteriores perspectivas, também esta vem assumindo diferentes expressões que aqui não particularizaremos. De um modo geral, distancia-se das correntes liberais na ênfase, a estas comum, sobre os direitos individuais e a liberdade pessoal que o comunitarismo, sem negar, contextualiza na realidade social em que apenas aqueles aspectos se podem realizar. Neste sentido, e do ponto de vista ético, o bem comum ganha prevalência em relação ao bem individual; do ponto de vista médico, por exemplo, a concepção de «saúde» passa pela consideração de um adequado funcionamento do cidadão na sociedade.

A contextualização comunitária das questões éticas favorece o desenvolvimento das designadas éticas do consenso, numa forte proximidade com perspectivas contratualistas, atendendo às afinidades entre consenso, contrato social e ideal comunitário. As éticas do consenso caracterizam-se, em geral, pela procura de um consenso como resposta para os conflitos morais. O procurado consenso exige uma argumentação racional, ainda que as razões apresentadas possam não ser idênticas, e tanto pode ser alcançado através da discussão moral como através do uso correcto de princípios racionais. Neste plano da reflexão cruza-se também uma ética da discussão que, pela via de uma filosofia da linguagem e da comunicação e da racionalidade que lhes é intrínseca (à margem de todo o contexto), procura fundar uma moral a partir das estruturas da comunicação linguageira. Esta moral funda-se na razão (na crítica de uma razão instrumental), decorrendo da reconstrução racional das regras de comunicação, as quais evidenciam uma dimensão normativa, presente na ideia de intercomunicação, e aspiram ao universalismo, inerente à validação de todo o discurso<sup>30</sup>.

A aplicação de uma ética do consenso como de uma ética da discussão às questões biomédicas contemporâneas contribui, principalmente, para a valorização do processo deliberativo, com o objectivo de regulação de todos os conflitos, e para o máximo alargamento do domínio de decisão, quer no que respeita aos interlocutores envolvidos, quer às matérias consideradas.

Um outro sentido da reflexão ética que pode caracterizar a perspectiva europeia e que não queríamos omitir é o de uma ética da responsabilidade.

Esta, nas diversas orientações por que envereda, partilha a enunciação da obrigatoriedade de resposta de cada ser moral em relação às questões que o mundo contemporâneo encerra e lhe dirige sob a forma de apelo. No domínio particular em que nos situamos, ganha expressão a vulnerabilidade do homem e o carácter percívél de todo o ser vivo como impondo o dever de resposta<sup>31</sup>.

A passagem por algumas das metodologias de estruturação do pensamento ético mais divulgadas na Europa continental terá contribuído para acentuar o pluralismo moral em que vivemos e reforçar a necessidade de diálogo na construção de um entendimento comum acerca da acção moral. O inédito valor da tolerância, definida como coexistência pacífica entre pessoas que partilham diferentes valores, não pode resvalar para a indiferença moral, definida como desresponsabilização pela nossa vida comunitária. Tentemos, finalmente, avançar para um ponto provisório de sistematização acerca da fundamentação teórica da bioética e do que daí advém para definição da sua realidade.

### 3. *Um saber transdisciplinar de dimensão prática.*

Se temos vindo a afirmar até ao momento que a bioética não se poderia constituir como uma nova disciplina sem passar por um processo de teorização, sem formular uma teoria e métodos específicos, agora reconhecemos que é esta mesma pluralidade (num espírito não raras vezes competitivo) que dificulta a sua definição como disciplina. Sem uma teoria única e própria que a identifique (numa inegável pertença à filosofia) e aplicando-se frequentemente as suas diversas teorias como metodologias de análise e compreensão das questões, a bioética permanece incapaz de reivindicar para si um estatuto epistemológico inquestionável.

Tem havido iniciativas no sentido de procurar formular uma teoria unitária, projecto primeira e claramente enunciado por Glenn Graber e David Thomasma, em *Theory and Practice in Medical Ethics*<sup>32</sup>, de 1989. Os autores contextualizam a necessidade de construção de uma «teoria unitária de ética clínica» na apreciação do tradicional problema metafísico da articulação da teoria e da prática. De facto, o âmbito da ética clínica protagoniza já uma mediação entre a teoria e a prática. Sem pretenderem, porém, resolver a questão de fundo, Graber e Thomasma situam-se no domínio da ética aplicada, isto é, de aplicação e articulação da ética, de natureza normativa, com a biomedicina, de natureza experimental e empirista. Formulam então um

«modelo prático de hermenêutica bioética», cuja exigência de interpretação através de um processo de mediação hermenêutica, deveria envolver os contributos dos diferentes modelos ou metodologias de análise teórica, permitindo a sua coabitação. Esta teoria unitária afigura-se, pois, tanto como uma «super-teoria» em relação às anteriores, como uma combinação híbrida daquelas.

Podíamos tomar também esta sugestão como um contributo para o debate em torno do universalismo e relativismo éticos e uma tentativa de superação desta dicotomia. Atendendo à situação antes descrita de pluralismo de teorias éticas coloca-se primeiramente a questão da necessidade de validação, ou tão simplesmente de creditação, de cada uma. Neste contexto, a enunciação de um ponto de vista universal deveria tradicionalmente decidir a questão. Os modelos deontológicos procuram estruturar-se a partir de um princípio universal, tido como indispensável para uma autêntica (objectiva) fundamentação. Porém, estaríamos ainda sob o signo de uma fundamentação clássica hoje alvo de críticas profundas que põem em causa a fundamentação monológica e desqualificam mesmo todo o projecto fundacional.

A alternativa parece ser, então, a de estarmos votados a um relativismo. Os modelos estruturados sob uma perspectiva utilitarista tendem naturalmente a ser relativistas, uma vez que a determinação do bem varia de acordo com o espaço, o tempo, a situação. Abdicar-se-ia, assim, de qualquer critério de validade não subjectivo. Entre o universalismo e o relativismo éticos, o espaço continua aberto ao debate entre a procura de um ponto de vista universal, que tende a subsistir apenas como referência, e a proliferação de pontos de vista relativistas que não satisfazem as exigências do pensar e do agir. Face a esta realidade, uma opção recente, já apontada, tem sido a de procurar construir consensos, numa base comunitária de apoio. Trata-se de uma extrapolação das regras políticas democráticas para o plano da ética que, em todo o caso, não se identifica originariamente com o juízo da maioria. É neste âmbito problemático que mais uma vez a perspectiva hermenêutica é chamada a intervir parecendo oferecer unidade sem universalismo ou consensualismo, ainda que também sem normativismo.

Brevemente, e retomando a «teoria unitária» de Graber e Thomasma, a referência a esta teoria parece-nos pertinente na medida em que é reveladora: da tomada de consciência das dificuldades que o pluralismo bioético coloca ao deixar, por exemplo, o profissional de saúde no desconhecimento do melhor modelo a escolher e na inquietude de, ainda assim, ter de escolher; da necessidade de desenvolver um trabalho teórico capaz de integrar quer as novas correntes de pensamento filosófico, quer as novas exigências da prática médica; das possibilidades que a teoria narrativa oferece para a

prosecução dos objectivos anteriores. Com efeito, a ideia que parece prevalecer é a de que só o processo de narração dos actos médicos e sua compreensão no horizonte de sentido do nosso mundo cultural, parece poder integrar e articular todas as demais teorias.

Henk Ten Have<sup>43</sup> sublinha este último aspecto, afirmando que a designada «teoria unitária da ética clínica» só poderá ser uma «teoria interpretativa da ética clínica». Neste caso, porém, acrescenta, a hermenêutica incidiria sobre o processo de tomada de decisão médica, interpretando a experiência moral em medicina e cuidados de saúde, e recorrendo não apenas à reflexão ética mas também aos contributos de uma sociologia e de uma antropologia para a interpretação do sentido da acção médica. Isto é, a reflexão sobre a prática médica deveria ser contextualizada numa «filosofia da medicina». Aliás, Ten Have precisará que a realidade hoje descrita sob o termo *bioética* se inscreve no percurso contínuo de evolução da filosofia da medicina. Daí que ele prefira a expressão «ética médica» ou «ética dos cuidados de saúde» ao termo *bioética* para designar o recente interesse dedicado aos problemas éticos em medicina. A diferente terminologia atribuiria também a justa dimensão a esta reflexão ética, neutralizando a aspiração a uma disciplina autónoma, independente, e suprimindo a tendência tecnicista que a designação *bioética* vem protagonizando. É sobretudo devido a este último aspecto que ultimamente se verifica uma desconfiança crescente em relação ao neologismo e um decréscimo da sua utilização.

Graber e Thomasma não chegaram a desenvolver ou implementar o seu projecto de uma «teoria unitária» e a aplicação de uma «teoria narrativa» ao domínio específico da biomedicina, hoje perseguida por vários autores, estará ainda na sua fase inicial, evidenciando as previsíveis dificuldades de desenvolvimento entre os profissionais de saúde decorrentes da sua exigência de um contínuo trabalho filosófico.

Actualmente, a bioética designa um novo e amplo domínio de discussão, de debate e também um novo discurso ou uma nova linguagem. Um fórum de discussão, por excelência, na medida em que é capaz de motivar a intervenção de muitas e distantes disciplinas, promovendo um diálogo francamente inédito na diversidade das perspectivas complementares que articula e na riqueza dos contributos que reúne. Por isso, alguns dirão que a bioética é o domínio privilegiado para a prática de uma ética da discussão. Esta capacidade de estabelecer a comunicação entre tão diversificados interlocutores (qual «Torre de Babel») passa necessariamente pela formulação de um novo discurso, que congrega os interesses das várias disciplinas na expressão de preocupações comuns, e de uma nova linguagem, cujos conceitos, de dife-

rentes proveniências, ganham um mais amplo e comum sentido operatório para todas as disciplinas.

A bioética designa também, desde a sua origem, e consolida-se no curso do seu desenvolvimento evolutivo, como um saber de natureza transdisciplinar e de dimensão prática. Não se limitando a reunir diferentes perspectivas sobre um mesmo tema, num espírito enciclopedista ou eclético, nem se confinando ao estreito espaço de convergência entre algumas disciplinas mais próximas, numa dimensão interdisciplinar, a bioética desenvolveu uma nova racionalidade, uma nova lógica do pensar e do agir acerca do homem e da sua capacidade técnico-científica, acerca da vida humana, na sua vulnerabilidade e finitude, acerca do poder que o homem vem para si conquistando e do dever de que a sua humanidade se encontra investida.

A bioética vem ainda sendo designada como uma nova pedagogia, uma pedagogia ética e social – diríamos –, na medida em que a sua acção não é tanto reguladora como educadora, não é legislativa mas formativa. Assistimos, principalmente nos últimos anos, à vulgarização do sentido da bioética como consciencialização das questões éticas emergentes nas sociedades pós-modernas em que vivemos, como incentivadora do envolvimento de todos no debate acerca das melhores vias de acção face aos desafios que se colocam, como apelo ao comprometimento de cada um no mundo e na vida que partilhamos.

São estes diferentes aspectos protagonizados pela bioética que justificam, simultaneamente, o seu sucesso exponencial na sociedade contemporânea e também a sua impossibilidade de se submeter às exigências académicas de uma nova disciplina.

<sup>1</sup> Texto escrito a partir da lição «A Fundamentação da Bioética», proferida na Faculdade de Medicina de Lisboa (Abril de 1999) no âmbito do Curso de Mestrado em Bioética ministrado por aquela instituição. A organização temática do texto mantém uma estrutura didáctica e o discurso uma intencionalidade informativa. O presente trabalho foi realizado durante o ano sabático, com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

<sup>2</sup> A obra de Albert R. Jonsen *The Birth of Bioethics*, Nova Iorque/Oxford, Oxford University Press, XIV + 431 pp., 1998, oferece uma excelente descrição da actividade científico-académica que acompanhou o surgimento da bioética e determinou o seu posterior desenvolvimento, cobrindo quarenta anos de história (nos Estados Unidos), de 1947 até 1987.

<sup>3</sup> M. Patrão Neves, «O que é a Bioética?», *Cadernos de Bio-ética*, n.º 11, pp. 7-27, 1996, refere-se mais desenvolvidamente às circunstâncias que condicionaram o surgimento da Bioética.

<sup>4</sup> Albert R. Jonsen, Robert Veatch, LeRoy Walters (eds.), *Source Book in Bioethics*, Washington, D.C., Georgetown University Press, X + 510 pp., 1998, dedicam-se precisamente à análise histórica e problemática dos primeiros grandes temas bioéticos.

- <sup>5</sup> Robert Jay Lifton, *The Nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide*, Nova Iorque, Basic Books, XIII + 561 pp., 1986, constitui um notável relato de programas de experimentação humana desenvolvidos pelos médicos nazis.
- <sup>6</sup> Jay Katz, *Experimentation with Human Beings*, Nova Iorque, Russel Sage Foundation, XLIX + 1159 pp., 1972, reúne uma muitíssimo extensa e variada documentação sobre a experimentação humana realizada em diversas partes do mundo (com maior incidência nos Estados Unidos), antes e depois da Segunda Guerra Mundial.
- <sup>7</sup> Referimo-nos aqui aos numerosos e diversos casos que foram presentes ao tribunal para deliberação e cuja decisão moldou a história da bioética nos Estados Unidos (e não só). Os mais importantes encontram-se analisados por Gregory E. Pence em *Classic cases in medical ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical background*, Nova Iorque, McGraw-Hill, 2.<sup>a</sup> ed., XVIII + 504 pp., 1995.
- <sup>8</sup> Joseph F. Fletcher, *Morals and Medicine. The moral problem of the patient's right to know the truth, contraception, artificial insemination, sterilization, euthanasia*, Princeton, Princeton University Press, XVII + 243 pp., 1954.
- <sup>9</sup> Paul Ramsey, *The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics*, New Haven/Londres, Yale University Press, XXII + 283 pp., 1970.
- <sup>10</sup> Van Rensselaer Potter, *Bioethics: bridge to the future*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, XVIII + 205 pp., 1971.
- <sup>11</sup> Van Rensselaer Potter, «Bioethics, The Science of Survival», *Perspectives in Biology and Medicine*, n.º 14 (1), pp. 127-53, Outono de 1970.
- <sup>12</sup> Sobre a origem do neologismo *bioética* e o debate em torno da sua autoria leia-se: Warren T. Reich, «The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It», *Kennedy Institute of Ethics Journal*, n.º 4 (4), pp. 319-35, 1994; Warren T. Reich, «The Word 'Bioethics': the struggle over its earliest meanings», *Kennedy Institute of Ethics Journal*, n.º 5 (1), pp. 19-34, 1995.
- <sup>13</sup> Daniel Callahan, «Bioethics as a Discipline», *Hastings Center Studies*, n.º 1 (1), pp. 66-73, 1973.
- <sup>14</sup> Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 1.<sup>a</sup> ed., 4 vols., Nova Iorque, Macmillan Press, 1978; ed. util.: ed. rev., 5 vols., 1995.
- <sup>15</sup> Os modelos anglo-americanos de análise teórica da bioética encontram-se desenvolvidos pela autora em *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*, Ponta Delgada, Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 222 pp., 1996.
- <sup>16</sup> Tom Beauchamp, James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Nova Iorque, Oxford University Press, 1.<sup>a</sup> ed., XVI + 314 pp., 1979, ed. util.: 4.<sup>a</sup> ed., X + 546 pp., 1994.
- <sup>17</sup> Robert M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Nova Iorque, Basic Books, XI + 387 pp., 1981.
- <sup>18</sup> Hugo Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Nova Iorque, Oxford University Press, 1.<sup>a</sup> ed., XVI + 398 pp., 1986. Ed. util.: 2.<sup>a</sup> ed., XVIII + 446 pp., 1996.
- <sup>19</sup> Edmund Pellegrino, David Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, Nova Iorque, Oxford University Press, XII + 240 pp., 1988.
- <sup>20</sup> Albert Jonsen, Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry: a history of moral reasoning*, Berkeley, University of California Press, IX + 420 pp., 1988.
- <sup>21</sup> John Finnis, *Natural Law and Natural Rights*, Oxford/Nova Iorque, Clarendon Press/Oxford University Press, XV + 425 pp., 1980.
- <sup>22</sup> Carol Gilligan, *In a Different Voice: psychological theory and women's development*, Cambridge, Harvard University Press, 1.<sup>a</sup> ed., VI + 184 pp., 1982. Ed. util.: 2.<sup>a</sup> ed., XXVII + 184 pp., 1993.
- <sup>23</sup> Estas distinções são aqui estabelecidas apenas do ponto de vista metodológico, não sendo nosso interesse, em circunstância alguma, acentuar diferenças entre uma dita perspectiva anglo-americana e uma perspectiva europeia. O crescente pluralismo ético não convida a cavar distâncias entre as duas margens do oceano, mas antes a construir proximidades, sublinhando os contributos de cada perspectiva, as possibilidades da sua complementaridade e as vantagens das suas articulações.

- <sup>24</sup> À semelhança do que se verificou com os modelos anglo-americanos também aqui nos referiremos somente a alguns, sem possibilidade do seu aprofundamento, mas dando conta apenas da pluralidade, da diversidade de raciocínios morais em exercício na prática biomédica.
- <sup>25</sup> Os estudos importantes que, mais recentemente, protagonizam esta perspectiva personalista têm-se desenvolvido em Leuven, Bélgica, primeiramente por R. Burggraeve e actualmente por P. Schotmans. Este último tem vindo a perspectivar questões biomédicas contemporâneas a partir de uma ética personalista, constituindo «In vitro fertilisation: the ethics of illicitness? A personalist Catholic approach», *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, n.º 81, pp. 235-41, 1998, um bom exemplo.
- <sup>26</sup> Este último aspecto é um contributo de Maurice Merleau-Ponty, na esteira de um pensamento fenomenológico que caracterizámos genericamente a partir dos contributos (nem sempre concordantes) de Franz Von Brentano, Edmund Husserl e Max Scheller. Curiosamente, a consideração de questões bioéticas sob uma perspectiva fenomenológica e também existencialista tem sido prosseguida por autores norte-americanos, como R. Zaner (*Ethics and the clinical encounter*, New Jersey, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, XVI + 336 pp., 1998), o mesmo se verificando em relação a outras perspectivas filosóficas mais desenvolvidas no espaço europeu.
- <sup>27</sup> Esta perspectiva radicaliza-se na obra de Jean-Paul Sartre.
- <sup>28</sup> A hermenêutica, desenvolvida sobretudo por Hans-George Gadamer e Paul Ricoeur (na esteira de Martin Heidegger), é hoje frequentemente tomada em consideração no domínio da bioética por autores como Carson, Leder, Tøngeren ou Cadore.
- <sup>29</sup> Esta perspectiva tem sido bastante divulgada por Henk Ten Have, através dos seus trabalhos, bem como através de *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*, de que é Editor.
- <sup>30</sup> Reportamo-nos à ética da discussão na expressão que assume em Jürgen Habermas.
- <sup>31</sup> Apoiamo-nos aqui sobretudo na obra de Emmanuel Lévinas e de Hans Jonas.
- <sup>32</sup> Glenn Graber, David Thomasma, *Theory and Practice in Medical Ethics*, Nova Iorque, Continuum, X + 229 pp., 1989.
- <sup>33</sup> Henk Ten Have, «The hyperreality of clinical ethics: a unitary theory and hermeneutics», *Theoretical Medicine*, n.º 15, pp. 113-31, 1994.