

## A BIOÉTICA COMO EXPRESSÃO DE UM NOVO SABER

*M. Patrão Neves*

### **1. Origem e natureza da bioética**

A bioética ou ética aplicada à vida, de acordo com o sentido que a sua etimologia evoca, é de constituição recente enquanto expressão de um novo saber de dimensão prática. Ela identifica-se como tal a partir da circunscrição do seu objecto específico e da aplicação de um método próprio.

Nascida da revolução bio-tecnológica que avassalou o mundo ocidental a partir das décadas de 50 e 60, e alimentada por uma nova consciência dos direitos individuais e sociais revigorada após a II guerra mundial, a bioética encontra o seu domínio próprio de acção nas interrogações de ordem ética que os progressos científico-tecnológicos suscitaram (Archer, 1995; Patrão-Neves, 1996). O homem, atento ao impacto que a sua acção produtora exerce sobre a vida em geral, interroga-se sobre os limites dessa acção; desperto para o incondicional valor de todo e cada ser humano, interroga-se sobre o sentido da sua acção. E é neste espaço de interacção da vida, na sua natureza, e do homem, através do seu agir, que a bioética surge e se desenvolve. Esta aproximação quase espontânea de diferentes ordens de saber — científica e humanista —, manter-se-á como absolutamente necessária para a progressão da bioética. Ela apela ao contributo de várias formas de conhecimento (biologia, medicina, filosofia, direito, etc.) que, articuladas num plano transdisciplinar, não se reduzem ao seu somatório, mas constituem uma nova

inteligibilidade da realidade a que chamamos vida. É uma nova lógica do pensar e do agir que se inaugura, um novo tipo de discurso que se interroga pelo dever (que devo fazer? qual o sentido da minha acção?) face ao poder (que posso fazer? até onde a minha acção me pode levar?), uma razão do ser e do ir sendo, mais do que do ter ou do produzir.

Neste sentido, a bioética começa a ganhar expressão a partir mesmo do aparecimento do termo, em 1970-71, introduzido por Van Rensselaer Potter, um investigador da área da oncologia, em Madison, Universidade de Wisconsin. Potter recorreu ao termo "bioética" para designar uma nova "ciência da sobrevivência" (Potter, 1970), a constituir a partir da associação necessária do conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos (*bio-*), e do conhecimento dos sistemas de valores humanos (*-ética*) (Potter, 1971). "Bioética" designava então uma disciplina que recorre às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humano, no sentido em que permite ao homem participar na evolução biológica, preservando a harmonia universal (dimensão vincadamente ecológica).

Quase simultaneamente, também em 1971, e sem conhecimento do já anterior aparecimento do termo "bioética", Andre Hellegers, um obstetra holandês da Universidade de Georgetown, em Washington D.C., introdu-lo de novo com carácter inédito e com um sentido algo distinto: o de ética biomédica, enquanto ética das ciências da vida particularmente consideradas ao nível do humano. "Bioética" designa então um novo domínio da reflexão e da prática que incide sobre as questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica em seres humanos, e que recorre a sistemas éticos já estabelecidos ou a teorias a estruturar com a finalidade de salvaguardar a dignidade da pessoa, na integralidade da sua singularidade e na universalidade da sua humanidade. Foi devido esta utilização do termo "bioética" que o mesmo veio a alcançar a projecção que hoje se lhe reconhece.

A bioética não se identifica, entretanto, com a "ética biomédica", tomada no seu sentido específico. Esta refere-se à conduta a adoptar pelos médicos face aos mais recentes progressos alcançados pelas bio-medicinas, enquanto a bioética envolve o modo de agir de todos os intervenientes na investigação e processo terapêutico, incluindo os seus profissionais e os pacientes. Também

não se confunde com uma deontologia ou ética profissional. Esta define-se por um conjunto de regras de acção próprias aos membros de uma determinada profissão, enquanto a bioética pondera acerca da acção humana sobre a vida, sem outras restrições. A bioética tão pouco se esgota como parte da ética, ciência dos princípios da acção, ou da moral, conjunto de normas que regulam o agir humano, precisamente porque combina em si a exigência de fundamentação do agir com o imperativo da intervenção efectiva.

Neste sentido, a bioética não pode ser dita como mais uma disciplina filosófica, tão pouco como uma nova ciência tomada como saber experimental. A natureza transdisciplinar da sua reflexão e a incidência da sua prática na singularidade do humano, atribuem-lhe um estatuto epistemológico ainda por definir claramente. A bioética é uma nova disciplina do saber enquanto conhecimento diferente dos demais; é uma nova ética enquanto reflexão inédita sobre os actuais valores dominantes; é uma nova ciência enquanto visão objectiva da biologia humana recontextualizada na unicidade integral do homem. A bioética é essencialmente um novo modo de pensar, a partir do humano como valor fundamental, de agir, a partir de regras que salvaguardem o homem, e de ser, na mais plena realização de si.

## **2. Fundamentação teórica da bioética**

O desenvolvimento da bioética nas duas últimas décadas, a sua estruturação como saber de dimensão prática, obrigou a uma intensa reflexão no domínio da ética, quer pelo aprofundamento de sistemas éticos já existentes, quer pela criação de novos sistemas, e sempre com o requisito da sua aplicabilidade. Importa não só a sua coerência, sob o ponto de vista teórico, mas também a sua capacidade de intervenção, sob o ponto de vista prático. Nesta perspectiva, a bioética estabelece-se com uma exigência de fundamentação, garante da sua objectividade, e com uma necessidade normativa, garante da sua eficácia. Entendemos aqui por eficácia um contributo decisivo para a adopção de um sentido moral do agir numa realidade vivida concreta.

A procura de fundamentação da bioética ou descoberta do sentido que deve orientar a nossa acção boa, tem-se desenvolvido através de orientações diversas de pensamento e de acção: ora

tendendo a colocar a ênfase no resultado da acção (perspectiva consequencialista); ora empenhando-se na construção de amplos consensos sobre o melhor modo de agir (perspectiva situacionista e discursiva); ora, ainda, tendendo estabelecer um princípio prévio ou concomitante ao agir, que constitua também sua causa final (perspectiva deontológica). Qualquer um deles determina modos de pensar e de agir, de interpretar e de intervir bem distintos entre si.

Numa perspectiva utilitarista, consequencialista tender-se-á 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 consensual ou discursiva tender-se-á a subordinar a moralidade do agir ao juízo da maioria, numa abdicação evidente de princípios. Numa perspectiva deontológica, pelo contrário, tender-se-á a considerar a moralidade da acção a partir do princípio que a desencadeou, da intencionalidade que a animou, ainda que esta possa não vir a realizar-se. Não surpreenderá, por isso, que as duas primeiras se venham a estruturar preferencialmente através de um conjunto de regras que orientem a acção para a concretização efectiva do resultado procurado (ponto de vista extrínseco), e que a última se desenvolva pelo aprofundamento dos princípios que garantam intrinsecamente a moralidade da acção. Do mesmo modo, a perspectiva utilitarista bem como a consensual tendem naturalmente a serem relativistas, uma vez que a determinação do bem varia de acordo com o espaço, tempo e situação. A perspectiva deontológica procura alcançar um ponto de vista universal, indispensável para uma verdadeira fundamentação. Em qualquer das tendências, é a partir da perspectiva privilegiada que se deduzem as regras de acção de modo a melhor servirem os objectivos eleitos.

As diversas orientações por que o pensar bioético se tem desenvolvido conduziram naturalmente à elaboração de modelos, aqui entendidos como estrutura articulada entre princípios e regras, com uma finalidade eminentemente prática.

## **2.1. Modelos de análise teórica**

### **2.1.1. Modelo Principalista**

Um dos modelos de análise bioética mais divulgados é cer-

tamente o "principalista", apresentado por Tom Beauchamp e James Childress, em *Principles of Biomedical Ethics* (1979). 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 re-gras 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 (pp. 194-255; pp. 329-341) e nele se fundamenta a regra da confidencialidade. A aplicação do princípio da beneficência exige uma ponderação acerca dos custos (recursos necessários para operar um benefício, bem como os efeitos negativos decorrentes da procura e realização desse benefício), dos riscos (mal ou prejuízo futuro entendidos como contrariedades relativamente a interesses como a vida, a saúde e o bem-estar) e dos benefícios (conceito que, ao contrário dos anteriores, não é probabilístico, referindo-se a algo de valor positivo como a vida ou a saúde), o que em alguns casos de estimado equilíbrio torna qualquer decisão extremamente difícil (pp. 228-255). A regra da confidencialidade contribui para uma maior confiança do paciente no médico o qual, desta sorte, estará em melhores condições para promover o bem do paciente.

O princípio da não maleficência determina o não infligir de qualquer mal (pp. 120-193; 341-357) 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. A aplicação do princípio da não maleficência pode conduzir à consideração do princípio do duplo efeito, o qual sustenta que uma acção de efeito prejudicial, nem sempre é moralmente condenável (a oposição católica ao aborto, fundamentada na proibição moral de causar a morte de um ser humano, admite a morte do feto no caso de cancro do útero ou gravidez ectópica) (pp. 127-134). Este princípio do duplo efeito suscita entretanto dificuldades de vária ordem como a determinação da natureza de uma acção (ou omissão) intencional ou do que é um efeito intencional e ainda a eventual relevância moral da distinção entres acções e efeitos (p.130).

O princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças (pp. 256-

tendendo a colocar a ênfase no resultado da acção (perspectiva consequencialista); ora empenhando-se na construção de amplos consensos sobre o melhor modo de agir (perspectiva situacionista e discursiva); ora, ainda, tendendo estabelecer um princípio prévio ou concomitante ao agir, que constitua também sua causa final (perspectiva deontológica). Qualquer um deles determina modos de pensar e de agir, de interpretar e de intervir bem distintos entre si.

Numa perspectiva utilitarista, consequencialista tender-se-á 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 consensual ou discursiva tender-se-á a subordinar a moralidade do agir ao juízo da maioria, numa abdicção evidente de princípios. Numa perspectiva deontológica, pelo contrário, tender-se-á a considerar a moralidade da acção a partir do princípio que a desencadeou, da intencionalidade que a animou, ainda que esta possa não vir a realizar-se. Não surpreenderá, por isso, que as duas primeiras se venham a estruturar preferencialmente através de um conjunto de regras que orientem a acção para a concretização efectiva do resultado procurado (ponto de vista extrínseco), e que a última se desenvolva pelo aprofundamento dos princípios que garantam intrinsecamente a moralidade da acção. Do mesmo modo, a perspectiva utilitarista bem como a consensual tendem naturalmente a serem relativistas, uma vez que a determinação do bem varia de acordo com o espaço, tempo e situação. A perspectiva deontológica procura alcançar um ponto de vista universal, indispensável para uma verdadeira fundamentação. Em qualquer das tendências, é a partir da perspectiva privilegiada que se deduzem as regras de acção de modo a melhor servirem os objectivos eleitos.

As diversas orientações por que o pensar bioético se tem desenvolvido conduziram naturalmente à elaboração de modelos, aqui entendidos como estrutura articulada entre princípios e regras, com uma finalidade eminentemente prática.

## **2.1. Modelos de análise teórica**

### **2.1.1. Modelo Principalista**

Um dos modelos de análise bioética mais divulgados é cer-

tamente o "principalista", apresentado por Tom Beauchamp e James Childress, em *Principles of Biomedical Ethics* (1979). 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 (pp. 194-255; pp. 329-341) e nele se fundamenta a regra da confidencialidade. A aplicação do princípio da beneficência exige uma ponderação acerca dos custos (recursos necessários para operar um benefício, bem como os efeitos negativos decorrentes da procura e realização desse benefício), dos riscos (mal ou prejuízo futuro entendidos como contrariedades relativamente a interesses como a vida, a saúde e o bem-estar) e dos benefícios (conceito que, ao contrário dos anteriores, não é probabilístico, referindo-se a algo de valor positivo como a vida ou a saúde), o que em alguns casos de estimado equilíbrio torna qualquer decisão extremamente difícil (pp. 228-255). A regra da confidencialidade contribui para uma maior confiança do paciente no médico o qual, desta sorte, estará em melhores condições para promover o bem do paciente.

O princípio da não maleficência determina o não infligir de qualquer mal (pp. 120-193; 341-357) 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. A aplicação do princípio da não maleficência pode conduzir à consideração do princípio do duplo efeito, o qual sustenta que uma acção de efeito prejudicial, nem sempre é moralmente condenável (a oposição católica ao aborto, fundamentada na proibição moral de causar a morte de um ser humano, admite a morte do feto no caso de cancro do útero ou gravidez ectópica) (pp. 127-134). Este princípio do duplo efeito suscita entretanto dificuldades de vária ordem como a determinação da natureza de uma acção (ou omissão) intencional ou do que é um efeito intencional e ainda a eventual relevância moral da distinção entre acções e efeitos (p.130).

O princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças (pp. 256-

306; pp. 317-329) 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. É evidente que neste princípio entram em consideração várias teorias da justiça (os autores destacam os modelos igualitário, libertário e utilitário, pp. 265-270), sem que seja possível estabelecer um significativo consenso em torno de apenas uma das teorias. Entretanto verifica-se facilmente que a adopção de diferentes teorias implica diferentes modelos de justiça distributiva como, por exemplo, diferentes prioridades na distribuição dos cada vez mais escassos recursos para a saúde. A alternância de domínio de cada teoria da justiça a que se assiste, conduzindo a uma inegável ambivalência, não contribui de facto para a injustiça.

O princípio da autonomia afirma a capacidade que a pessoa tem de se auto-determinar (pp. 67-119; pp. 307-317) e exige a regra da veracidade como condição mínima para a sua aplicabilidade. Este princípio da autonomia, ou de respeito pela capacidade de decisão autónoma, envolve dois aspectos complementares entre si: por um lado, o reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões, baseadas nos seus valores pessoais e crenças; por outro, a promoção efectiva de condições que favoreçam o exercício da autonomia. O desrespeito pela autonomia da pessoa implica a sua desconsideração como sujeito e fim em si mesmo e a sua perspectivação como simples meio, susceptível de objectivação. No que se refere às condições de exercício da autonomia, indicam-se diversas formas de acção absolutamente necessárias, entre as quais se destacam a transmissão de informação por parte do profissional de saúde e a verificação da compreensão da mesma, avaliação da competência e vontade do paciente, cumprimento do processo de consentimento informado.

Estes princípios não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie*, 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 prece-dência. O princípio da autonomia parece então receber a preferência dos autores.

De um modo geral, podemos afirmar que, no presente modelo, a moralidade consiste na observância dos mencionados princípios e regras, enunciados a partir de uma reflexão sobre a

tradição de ética médica, em particular, e a história da filosofia ou das ideias, em geral, após o que mereceram aceitação generalizada. Com efeito, este modelo tem larga aplicação na prática clínica, em todo o mundo em que a bioética se está a desenvolver. Os seus resultados são muito positivos no que se refere ao respeito pela dignidade da pessoa individual. Todavia, vem também a legitimar quase toda a prática desejada pelo paciente ou por ele consentida, incluindo a eutanásia ou o aborto, consideradas moralmente más à luz de outros princípios. Fica, entretanto, por apurar a sua validade fora do âmbito restrito para que se propõe e subsiste a interrogação acerca da legitimidade de um sistema ético de aplicação restrita. No caso presente pode vir a confundir-se com um simples sistema ou código deontológico.

### 2.1.2. Modelo Libertário

Decorrente de uma outra linha de pensamento (na esteira da obra *State, Anarchy and Utopia*, de Roberto Nozick, 1974), temos o modelo "libertário" de Tristram Engelhardt, apresentado na sua obra maior, *The Foundations of Bioethics*, 1986 e também este largamente divulgado entre os estudiosos da bioética.

Engelhardt começa a sua reflexão trazendo a ética para o plano secular (pp. 11-14), o único em que se poderá aspirar a uma objectividade no âmbito da moral — questão fundamental para o autor. 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 nihilismo 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 (o qual pode decorrer de uma diversidade de religiões, mas também de diferentes costumes ou de regras de etiqueta, ou de diferentes códigos de leis, etc.), conduziu Engelhardt a colocar a ética num plano exclusivamente racional. A racionalidade dos argumentos impõe a procurada objectividade e constroi um plano moral consensual maximamente alargado e partilhado por todos os membros de uma sociedade.

A ética secular pluralista (metaforicamente politeísta em

oposição ao monoteísmo de um único sentido moral) é uma "tentativa para encontrar aqueles entendimentos que se podem justificar em comunidades morais particulares" (pp. 11); ela "aspira a oferecer uma lógica para uma pluralidade de crenças, uma perspectiva comum da boa vida" (p. 26). 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.

Esta perspectiva moral permite justificar não só as acções decorrentes da expressão da vontade livre do paciente (recusa de meios terapêuticos desproporcionados, e também escolha de um estilo de morte), mas outras ainda mais polémicas como, por exemplo, as que assumem o corpo como propriedade do próprio e que se traduzem na venda de sangue ou de órgãos. Para tal basta que se estabeleça um consenso na comunidade em questão. Os limites desta moral são apenas os que a razão (base objectiva da construção de consensos) e a autoridade (é inaceitável o uso da força para resolver disputas morais) determinam. Entretanto importa salientar que esta perspectiva moral permite a existência de outras, num espírito profundo de tolerância.

A abertura a uma ética dos consensos ou consensual implica algumas outras determinações que merecem ser aqui enunciadas. Primeiramente, decorre do que foi dito a ausência de princípios fundadores do agir. Engelhardt refere apenas os princípios da autonomia e da beneficência como duas diferentes origens para a justificação moral no que se refere aos cuidados de saúde. Porém, como princípios opostos que são, testemunham simplesmente uma tensão sem mediação. Desta sorte, o modelo libertário expõe-se à crítica de ausência de legitimidade moral para implementar as formas de acção consensualmente desejáveis.

Em segundo lugar importa também considerar que, sendo o indivíduo racional o único capaz de promover a moralidade também só ele é um ser moral. É neste contexto que deve ser compreendida uma das posições axiais deste modelo: a de noção de pessoa, assente na distinção entre vida biológica e vida pessoal (pp. 241-243). A vida biológica não coincide com a vida pessoal, esta última exigindo consciência de si e capacidade de auto-

-determinação. A mera existência de vida biológica sem vida pessoal, como se verifica nos fetos e embriões ou nos seres em coma vegetativa persistente ou em morte neo-cortical (e não apenas morte do tronco cerebral), determina a consideração desses seres como não pessoas. Ora só as pessoas fazem parte da comunidade moral, pelo que não assistem quaisquer obrigações morais da comunidade em relação às não pessoas. E, sendo a medicina "o agente de pessoas", também não tem obrigações para não pessoas. Esta posição tem gerado forte controvérsia proveniente de sensibilidades diversas no âmbito da bioética.

### 2.1.3. Modelo da Virtude

Reagindo à tendência individualista dos sistemas anteriores, temos o modelo da "virtude", apresentado por Edmund Pellegrino e David Thomasma em *For the Patient's Good* (1988). Partindo da tradição grega, aristotélica (e valendo-se do contributo de *After Virtue*, de Alisdair McIntyre, 1981), os autores propõem um modelo fiduciário fundado na redescoberta da ética da virtude 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 arquitetónico 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 juiça e a tolerância, e a confiança.

Este modelo fiduciário caracteriza-se também pela consideração da pessoa na sua integralidade e por incorporar o centro moral da medicina. O "bem" do paciente, mais do que o respeito (formal) dos seus "direitos", é o fim a ter em conta. Evidencia-se, pois, mais uma vez que se 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), até porque o bem do paciente é uma realidade composta. O seu bem não é apenas determinado sob o ponto de vista biomédico, mas envolve aspectos subjectivos diversos, entre os quais se destacam os seus valores que devem também entrar em linha de consideração no diálogo acerca do tratamento médico.

Em todas as características do modelo da virtude ressalta invariavelmente o equilíbrio procurado 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. Tanto uma postura paternalista por parte do profissional de saúde, como a afirmação da autonomia do paciente, são criticadas quando tomadas singularmente: a primeira, porque pode conduzir ao desrespeito do paciente como pessoa; a segunda, porque pode esquecer o fim da medicina e a missão dos seus profissionais. Afirmando a necessidade de articular ambos os princípios — beneficência e autonomia —, no que de melhor trazem para a reflexão bioética, os autores propõem uma "beneficência em confiança" (pp. 51-58) como novo modelo nas relações médico-paciente, assente numa relação fiduciária. Salva-guarda-se, deste modo, o curar como primeira e mais fundamental obrigação do médico e mantém-se a atenção à vontade do paciente.

"Beneficência em confiança" (beneficência fiduciária) 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 de valores não será possível, no âmbito de um pluralismo cultural, recorrer a quaisquer princípios estabelecidos *a priori*, tão pouco se poderá admitir que a decisão final seja de apenas um dos intervenientes do processo terapêutico. Dever-se-á, então, desenvolver o diálogo, tomando como base os valores que afirmam a vida, comuns à profissão médica. Entretanto, a possibilidade do profissional de saúde voluntariamente se afastar de um caso permanece em aberto.

Esta perspectiva é particularmente fecunda no que se refere a casos de mercantilismo ou de recusa de tratamento de pacientes com sida, ou doenças infecciosas mortais (ébola). Além disso, justifica também que o direito de recusar tratamento é relativo e não absoluto. As dificuldades mais específicas prendem-se com a

natureza dos meios para despertar os profissionais da saúde para o valor da virtude e a sua respectiva eficácia, e também em alcançar o equilíbrio entre o paternalismo do médico e a autonomia do paciente, em situações concretas.

#### 2.1.4. Alguns outros modelos

Outros modelos de reflexão e análise actualmente aplicados em bioética, mas de menor impacto (nos Estados Unidos como na Europa), são: o modelo casuístico, o modelo do cuidado, o modelo contemporâneo do direito natural e o modelo contractualista.

##### **Modelo Casuísta**

O modelo casuísta, apresentado por Albert Jonsen e Stephen Toulmin em *The Abuse of Casuistry* (1988), e apoiado por uma longa tradição do pensamento moral, preconiza uma análise caso a caso, num plano analógico. Criticando o abstracionismo 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.

A arte da casuística não assenta, pois, em quaisquer princípios universais, invariáveis, orientadores para a acção. 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 (taxonomia moral) (pp. 11-16). Este procedimento, aliás, mantém-se a par com a aplicação de outros modelos de fundamentação teórica da ética aplicada, nenhum prescindindo da análise de casos. Promover-se-á, assim, uma maior equidade, na medida em que se evitariam os aspectos negativos de uma aplicação rigorosista de princípios (que pode conduzir a uma tirania) e se manteria desperta a atenção para as necessidades humanas, considerando as subtis diferenças individuais. Este modelo pode desempenhar um papel importante na resolução prática de "casos de consciência".

Na Europa, onde o sentido moral casuísta se tornou pouco considerado, pelas dificuldades que apresenta quanto à objectividade e rigor dos juízos morais, a sua aceitação é reduzida.

### Modelo do Cuidado

O modelo do cuidado, apresentado por Carol Gilligan em *In a Different Voice* (1982), 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. Verifica, entretanto, que a representação do desenvolvimento humano tem excluído a experiência feminina, a qual se torna necessário recuperar para uma mais completa e verdadeira concepção da existência humana (pp. 1-4).

A distinção entre o masculino e o feminino, todavia, não é de género, mas temática, de modos de pensar e de interpretar. Desta sorte, adoptando o ponto de vista da experiência feminina, as relações humanas serão predominantemente interpretadas em termos de "teia" em contraposição a um modelo "hierárquico", 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).

Gilligan propõe o "cuidado" (*care*) como noção fundamental para o desenvolvimento moral. Cuidar consiste numa "actividade de relação, de ver e de responder à necessidade [...] de modo que ninguém fique sózinho" (p. 62). A um modelo educativo que mede a maturidade dos jovens pela sua capacidade de autonomia e de independência, contrapõe-se a importância na vida da conexão entre o eu e os outros e a universalidade da necessidade de compaixão e de cuidado — qualidades da sensibilidade feminina; a uma moral dos direitos contrapõe-se uma moral do espírito de sacrifício e de abnegação.

A intencionalidade personalista deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina (o cuidado é personalizado e atende aos valores dos indivíduos envolvidos). O ponto de vista adoptado, especificamente femininista, tem condicionado a divulgação dos seus conteúdos à classe da enfermagem, ainda maioritariamente feminina.

### Modelo do Direito Natural

O modelo contemporâneo do direito natural, desenvolvido

por John Finnis em *Natural Law and Natural Rights* (1980), apresenta-se como um contributo importante para a reflexão prática daqueles que, efectivamente, têm de agir. Não se limita, por isso, à construção de um sistema conceptual como suporte das ciências sociais descritivas, se bem que o conhecimento que a análise destas proporciona acerca das possibilidades e oportunidades, das inclinações e capacidades humanas lhe seja indispensável. Uma teoria do direito natural 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 recorrem 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 são estabelecidos em número de sete: vida (impulso para a auto-preservação), conhecimento (desejável em si mesmo e não apenas pelo seu valor instrumental), vida lúdica (elemento irreduzível na cultura humana enquanto actividade que não possui qualquer outra finalidade para além de si), vida estética (valorização do belo, por si mesmo, e vivência da experiência do seu apreço), sociabilidade/amizade (valor que na sua forma inferior se realiza por um mínimo de paz e da harmonia, e que na sua forma superior se realiza pela amizade), racionalidade prática (capacidade de empregar a inteligência na escolha do curso da sua acção e na formação do seu carácter), religiosidade (as ordens estabelecidas por iniciativa humana devem relacionar-se com a ordem última do universo e com a própria origem da ordem) (81-99 pp.).

Estes são bens em si mesmos, fins e não meios, que não supõem qualquer organização hierárquica entre si. 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 toda a acção que contribui para o desenvolvimento destes valores. O reconhecimento da validade moral daqueles bens é, em termos gerais, consensual. Porém, subsistem questões acerca do fundamento de cada um e da eliminação de outros.

Importa notar que este modelo de análise toma o homem na sua integralidade, tal como acontecia já com o anterior, e procura uma perspectiva englobante da integração do homem na sociedade.

### Modelo Contratualista

O modelo contratualista, apresentado por Robert Veatch em *A Theory of Medical Ethics* (1981), parte da denúncia das 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 ambas, 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 transação, num negócio (nos escritos mais recentes o autor evoluiu da proposta de um contrato legal entre médico e paciente, para a de uma aliança entre ambos, o que introduz noções como "confiança" e "obrigação").

Veatch propõe um triplo contrato para a tomada de decisões no âmbito da prestação dos cuidados de saúde: um contrato entre médico e pacientes; um outro entre médicos e a sociedade; e um terceiro, mais amplo, acerca dos princípios orientadores da relação médico-paciente. Para regular estas relações, e garantir uma máxima objectividade, importa obedecer a alguns princípios fundamentais: o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e o de manter as promessas. De facto, trata-se uma vez mais de regras de conduta moral que, na sua enunciação sistemática, não anulam a nomeação de outras.

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

### 3. Uma perspectiva europeia

Os modelos até agora apresentados, todos eles de expressão anglo-americana, correspondem a um elevado nível de sistematização de um conjunto de normas de acção estruturadas em função do objectivo a alcançar. Este objectivo é determinado no âmbito da prestação dos cuidados de saúde e os modelos de aná-

lise contribuem para o processo de tomada de decisão (*decision making*) tendo em vista a obtenção do objectivo proposto. Desta sorte, desenvolvem-se, em geral, segundo uma orientação fortemente pragmática, assumindo-se não só como modelos de análise teórica (tal como os apresentámos), mas como modelos do próprio agir. Compreende-se, pois, que ganhem facilmente a adesão dos profissionais de saúde que vêm neles mais um instrumento de trabalho, tecnicamente aplicável (perspectiva empirista).

Difícilmente traduzível sob a forma de um modelo é a expressão do actual pensamento bioético europeu, que assim recusa o funcionalismo ou tecnicismo que tende a resultar dos modelos, normativos por natureza. Na Europa tem-se vindo a desenvolver uma tendência personalista, humanista, que afirma a pessoa, na sua humanidade essencial, como fundamento e finalidade de todo o agir ético. A pessoa é, pois, reconhecida como princípio ético universal que, como tal, constitui fundamento não apenas de uma ética biomédica, mas da ética no seu sentido mais abrangente. E 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. Daí que o personalismo constitua uma orientação ou tendência, não plenamente traduzível em regras, mas antes continuamente atenta à indicação das condições de preservação do humano e de realização da pessoa.

### **Tendência Personalista e Humanista**

A perspectiva personalista, que vem sendo desenvolvida particularmente em Lovaina (por Paul Schotsmans), está profundamente enraizada na filosofia europeia contemporânea, em particular na sua tradição fenomenológica e no desenvolvimento que esta conhece no existencialismo e, sobretudo, na hermenêutica. Não assume, porém, uma natureza descritiva, nem procura estabelecer normas de acção. Antes desenvolve um raciocínio deontológico, de fundamentação teleológica que toma o homem, na sua dignidade universal, como valor supremo do agir.

Neste sentido parte de uma noção de pessoa, que toma na singularidade da sua realidade concreta e na universalidade da sua humanidade, e procura enunciar as categorias essenciais da pessoa enquanto tal. São elas: a unicidade da subjectividade, o ca-

rácter relacional na intersubjectividade, e a solidariedade em sociedade (1988: pp.169-174).

A unicidade da subjectividade refere-se ao carácter singular e irrepitível da pessoa, ao ser único e original que a pessoa constitui. A perspectiva personalista coloca a pessoa no centro e, neste processo, reflecte o contributo do existencialismo enquanto este faz partir toda a reflexão da subjectividade, do sujeito enquanto consciência.

O carácter relacional e inter-subjectivo do humano refere-se à inviabilidade de um processo individual de personalização, já que a pessoa é, por natureza e condição, um ser aberto aos outros e ao mundo. O ser humano toma consciência de si no seu relacionamento com os outros, de modo que a intersubjectividade constitui uma dimensão da própria subjectividade. Gabriel Marcel chamara já a atenção para a realização plena do ser humano no plano da comunhão com os outros.

A comunicação e solidariedade em sociedade refere-se à integração efectiva do homem numa sociedade concreta, na qual é chamado a intervir pela dimensão social do seu ser e do seu existir. Há um apelo à responsabilidade social de cada pessoa na construção do verdadeiro humanismo que toma todos os homens como homens numa perspectiva de justiça equitativa. Toda a existência é coexistência. É provavelmente Apel quem, pela primeira vez de modo explícito, procura relacionar a consciência na sua formação ética, com uma responsabilidade solidária pela sociedade.

A perspectiva personalista sintetiza-se no reforço da "unicidade, através da intersubjectividade para a responsabilidade na solidariedade" (relacional e inter-subjectiva) (pp. 169-174). Ele parte da pessoa, na sua natureza única, relacional e social e como qualidade essencial do homem, ou traço da sua humanidade, para enveredar pelo sentido que conduz à pessoa como categoria ética na mais plena realização de si nas suas três dimensões. A sequência por que se apresentam estas três dimensões de definição e de acesso à pessoa é indicativa de um progressivo alargamento do domínio em que a compreensão da pessoa se dá.

Tomando a pessoa como fundamento, privilegiando simultaneamente a singularidade e a universalidade do ser humano, cremos que se pode progredir num sentido que se afasta de toda o casuísmo e que evita qualquer relativismo, avançando na direcção

de um universal concreto. A dificuldade maior que esta perspectiva apresenta está na definição desse universal concreto do homem e ainda na operatividade dessa noção. Também o distanciamento da tendência personalista de um plano normativo enfraquece o seu impacto no âmbito da prática clínica ou da investigação científica. Além disso, importava ainda considerar a sua capacidade de resposta face aos desafios actuais de um mundo pluralista.

#### **4. Reflexão bioética portuguesa: princípios éticos**

A reflexão bioética portuguesa tem-se vindo a desenvolver de acordo com a orientação dominante na Europa, no plano da fundamentação do agir.

Na ausência de um trabalho sistemático e profundo sobre a fundamentação teórica do pensamento bioético português, recorremos aqui ao estudo e interpretação dos numerosos, diversificados e valiosos pareceres que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida vem produzindo nos últimos anos para enunciar os valores que têm estado na base das apreciações realizadas por este organismo.

Da generalidade dos pareceres emitidos há um princípio, e um único, que se destaca dos demais que vão também sendo formulados, mas que, de algum modo, decorrem do primeiro (funcionando, pois, como regras). Referimo-nos ao princípio supremo da dignidade da pessoa humana.

O pensar e agir éticos fundamentam-se na noção de pessoa, entretanto definida, na sua natureza, como: racionalidade, temporalidade, historicidade, finalidade em si, liberdade. A pessoa é compreendida como um ser num contínuo processo de autorealização pessoal e social, cujo valor não é susceptível de ser objectivado (valor não instrumental de cada pessoa) — realidade em que consiste a sua dignidade (11/CNECV/95). Por sua vez, o reconhecimento da dignidade da pessoa exige o respeito pelos seus direitos, determinados pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e perspectivados na sua indivisibilidade.

Esta posição é em si mesma significativa porque defende que o respeito devido a toda a pessoa, pelo simples facto de o ser, é incondicional, não se alterando (não se limita ou aumenta) na situação de doente. Pode, porém, especificar-se o que o Conselho faz ao enunciar o direito aos cuidados de saúde, à priva-

cidade, à equidade. No documento sobre "questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde" (14/CNECV/95), sistematizam-se também quatro valores fundamentais que adquirem particular relevância neste domínio, mas que, de facto, se integram nos direitos gerais atribuídos à pessoa: o da dignidade da pessoa humana; o da participação de cada pessoa nas decisões que lhe dizem respeito; o da equidade, por oposição à discriminação; e o da solidariedade entre os homens.

É a partir dos princípios ou valores indicados que decorrem as orientações de acção em situações concretas específicas, como sejam: a gratuidade das dações e a não comercialização ou instrumentalização do corpo ou partes do corpo humano, fundamentada no princípio da solidariedade e da dádiva pessoal; a rejeição da reprodução medicamente assistida heteróloga, fundamentada no princípio da não instrumentalização da pessoa humana; a condenação da prática da eutanásia, fundamentada na inviolabilidade da vida humana; a não obrigatoriedade do teste da Sida, fundamentada no direito à privacidade individual e à não discriminação social (princípio da equidade).

A adopção de um único princípio ético fundamental (a pessoa) confirma a orientação deontológica (perspectiva personalista) da bioética portuguesa, acentuada pela recusa de um relativismo moral e pela condenação de um pragmatismo ético. A dificuldade mais evidente que apresenta, aliás comum a todos os sistemas deontológicos, é a da aplicação do princípio (universal e formal) e das regras (gerais e abstractas) às situações ou casos concretos, singulares com que a prática clínica se depara quotidianamente. A vantagem (tal como o trunfo da perspectiva personalista) é a de se manter fiel ao princípio e fim do agir humano: servir a pessoa no seu processo de ser.

### *Leituras recomendadas*

- ARCHER, Luís, "Origem científica e âmbito transcienceífico da Bio-ética", *A Bioética e o Futuro*. Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa, 45-61, 1995.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James, *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1995, 4ª.
- DURAND, Guy, *La Bioéthique*. Paris, Cerf, 1989.

- ENGELHARDT, Tristram, *The Foundations of Bioethics*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1986.
- FINNIS, John, *Natural Law and Natural Rights*. Oxford, Clarendon Press, 1980.
- GILLIGAN, Carol, *In a Different Voice Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Massachusetts and London, England, Harvard University Press, 1982.
- JONSEN, Albert; TOULMIN, Stephen, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley/Los Angeles/London, University Press, 1988.
- McINTYRE, Alisdair, *After Virtue*. Notre Dame, Indiana, Notre Dame Press, 1981.
- NOZICK, Roberto, *State, Anarchy and Utopia*. New York, Basic Books, 1974.
- PATRÃO NEVES, M., "O que é a Bioética?", *Cadernos de Bio-ética*, 11: 7-27, 1996.
- PATRÃO NEVES, M., "A Fundamentação antropológica da bioética" — em publicação.
- PELLEGRINO, Edmund; THOMASMA, David, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1988.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, Problemas atuais de Bioética. São Paulo, Edições Loyola, Faculdades Integradas São Camilo, 1996, 3ª ed.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, Fundamentos da Bioética. São Paulo, Paulus, 1996.
- POTTER, Van Rensselaer, "Bioethics the Science of Survival", *Perspectives in Biology and Medicine*, 14: 127-153, 1970.
- POTTER, Van Rensselaer, *Bioethics, Bridge to the Future*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1971.
- RENAUD, Isabel; RENAUD, Michel, "Ética e Moral", *Bioética* (coord. L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald). Lisboa, Verbo, 34-41, 1996.
- SCHOTSMANS, Paul, "Responsible involvement and conscientious freedom: a relational approach to the medical (r)evolution in ethical perspective", *Personalist Morals*. Leuven, University Press, 167-184, 1988.
- SÈVE, L., *Pour une critique de la raison bioéthique*. Paris, Odile Jacob, 1994.

VEATCH, Robert, *A Theory of Medical Ethics*. New York, Basic Books, 1981.

VEATCH, Robert, *Death and Dying and the Biological Revolution. Our last quest for responsibility*. New Haven and London, Yale University Press, 1989.