

CONTEXTO CULTURAL E CONSENTIMENTO

Uma perspectiva antropológica

M. Patrão Neves

O "consentimento" é sem dúvida um tema associado às origens da bioética, constituindo um de seus mais notáveis paradigmas que mantêm a atualidade, como o confirma a proposta de debate de encontro. Visto em termos amplos como um procedimento mínimo obrigatório no domínio da ética biomédica, o "consentimento" mantém ainda hoje abertas as questões que suscitou desde o começo: a de sua real necessidade e a de sua eficácia comprovada. Nossa meta vai ser determinar a mais genuína e relevante significação de "consentimento", remontando para além de seu atual significado normativista dominante e, a partir daí, identificando ou simplesmente esboçando outras formas possíveis de sua expressão no mundo em que vivemos, com vistas a justificar sua pertinência e sua validade. Esse propósito vai nos conduzir por um caminho de três etapas: (1) "consentimento como paradigma privilegiado da bioética (significado ético-jurídico)"; (2) "o valor simbólico do 'consentimento' (significado sociocultural)"; e (3) "consentimento como promoção do humano (significado humanista-personalista)". Concluímos que a noção corrum do "consentimento" normativista não é a única nem é dotada de validade universal; que, num contexto histórico-cultural, surgem novas expressões do "consentimento" adaptadas a diferentes contextos sociais e com possibilidades de implementação em países em desenvolvimento; e, por fim, que o "consentimento" é estritamente indispensável em situações de dependência extrema, em seu caráter relacional simbólico, na medida em que promove e garante que os relacionamentos entre pessoas que não se conhecem permaneçam éticos.

O "CONSENTIMENTO" é inquestionavelmente um tema originário da bioética e um dos seus paradigmas mais marcantes que se conserva actual, como se confirma pela proposta do seu debate no presente encontro. Apresentando-se amplamente como um procedimento mínimo obrigatório no domínio da ética biomédica, mantém hoje ainda em aberto as questões que desde o início suscitou: a da sua real necessidade e a da sua comprovada eficácia¹.

1. Estas são questões originárias do tema do "consentimento" e que se têm mantido desde sempre em aberto, não permitindo alcançar um consenso amplo e tranquilo em relação à obrigatoriedade do mesmo. Cf. GOLDWORTH, Amnon. Informed consent revisited. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 5, 1996: 214-220.

O nosso objectivo será o de procurar determinar o sentido mais genuíno e significativo do “consentimento”, recuando para aquém da sua actual dominante expressão normativista e, a partir daí, identificar ou esboçar outras formas possíveis da sua expressão no mundo em que vivemos, de modo a justificar a sua pertinência e a sua validade.

O “consentimento” como paradigma privilegiado da bioética (sentido ético-jurídico)

O “consentimento informado”, na sua tradicional expressão anglo-americana, ou “consentimento esclarecido”, numa proposta de reformulação da expressão original por parte de uma Europa latina, ou simplesmente o “consentimento”, mantendo-nos à margem da polémica quanto ao seu alcance, designa a anuência explícita de um indivíduo a uma proposta de acção biomédica relativa ao seu estado de saúde, adquirindo diferentes especificações conforme se reporta ao âmbito da investigação médica ou da prática clínica. O acto de consentimento, enquanto tal, será consciente (a pessoa é competente do ponto de vista psíquico, e também jurídico, para o aspecto preciso, concreto e singular a que se refere aquela sua autorização), esclarecido (a pessoa compreendeu devidamente a informação prestada sobre o procedimento em si e seus eventuais efeitos secundários) e voluntário (a pessoa é totalmente livre de dar ou recusar o seu consentimento em qualquer momento do processo em causa).

A origem da noção de “consentimento” no domínio hoje designado por biomédico² é, como se sabe, jurídica. O evento que assinala a sua génese ocorre em 1914, nos Estados Unidos, e reporta-se ao conhecido caso *Schloendorff vs. Society of N.Y. Hospitals*. Schloendorff queixa-se de lhe ter sido removido um tumor sem o seu consentimento, vindo o tribunal a pronunciar-se sobre o “direito” que “todo o ser humano de idade adulta e de mente sã tem a determinar o que será feito com o seu corpo”. Este é, todavia, um caso praticamente isolado e os que se lhe sucedem ocorrem já a partir da década de 1950 — (1957) *Salgo vs. Leland Stanford Jr. Univ. Board of Trustees*³,

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

3. A expressão “consentimento informado” surge, pela primeira vez, no pronunciamento jurídico relativo a este caso. *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* refere-se à questão de se decidir se a injeção ministrada durante a aortografia translombar (técnica de exame vascular) poderia ter afectado a espinal medula do queixoso e se, quer

(1960) *Natanson vs. Kline*⁴, (1972) *Canterbury vs. Spence*⁵ —, cada um deles assinando novas etapas no estabelecimento da obrigatoriedade jurídica do agora designado “consentimento informado”. Com efeito, atendendo ao sistema jurídico norte-americano da *common law*, as decisões tomadas pelos juizes têm uma função estruturante da ordem jurídica subsequente, vindo a constituir-se em lei. O “consentimento” surge, pois, primeiramente, ao nível da prática clínica, vindo a desenvolver-se no contexto da estruturação da doutrina jurídica da má-prática e da negligência médicas⁶.

É, no entanto, ao nível da investigação médica e mais especificamente da experimentação humana, que a exigência de “consentimento” se efectiva e se internacionaliza, influenciando, aliás, decisivamente os desenvolvimentos apontados no plano clínico. Referimo-nos obviamente ao “Código de Nuremberg”, de 1947, que, na sequência das arbitrariedades atrozes cometidas pelos médicos nazis sobre prisioneiros, declara que “1. É absolutamente essencial obter o consentimento informado do paciente”. Segue-se-lhe a “Declaração de Helsinque”, de 1954, que corrobora a exigência de “consentimento”, agora preferencialmente obtido por escrito. É sobretudo a partir de então que, lentamente, se começa a tomar consciência da necessidade de obtenção de “consentimento”, se bem que o debate em torno da questão apenas se intensifique na década de 1970 e a adopção generalizada da nova prática não se lhe siga imediatamente. Aliás, já em 1931, um importantíssimo mas pouco divulgado documento emitido pelo “Conselho da Saúde do Reich” alemão estabelecia explicitamente a exigência de “consentimento”, tanto na prática clínica como na experimentação humana. A história, porém, mostrou que este documento foi inconsequente, ao contrário do que se verificou com o

este, quer a sua família, foram previamente informados da realização da referida aortografia. O tribunal decidiu que, atendendo à natureza do procedimento, o consentimento informado deveria ter sido solicitado, acrescentando ainda que este só é válido quando apresenta os riscos do procedimento e as alternativas ao mesmo.

4. O Supremo Tribunal do Kansas estabelece a obrigatoriedade legal de obtenção de consentimento informado no julgamento de *Natanson vs. Kline*, caso relativo à exposição a uma alegada dose excessiva de radiação.

5. O caso *Canterbury vs. Spence* incide sobre a informação a incluir no processo de consentimento. A questão específica é a de determinar se 1% de probabilidade de paralisia causada por um procedimento médico (laminectomia [procedimento cirúrgico espinal em que são aparadas as áreas espessadas dos ossos e ligamentos, deixando mais espaço para os nervos]) é suficiente para requerer informação. Até então, os dados a serem transmitidos ao doente dependiam exclusivamente do critério do médico: o *professional standard* (padrão profissional ou médico) do consentimento informado foi entretanto substituído pelo *reasonable person standard* (padrão de uma pessoa razoável, de uma pessoa comum).

6. Cf. JONSEN, Albert. *The Birth of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p. 355. T. BEAUCILAMP & R. FADEN, em *A History and Theory of Informed Consent* (Oxford: Oxford University Press, 1986), sublinham o facto da perspectiva jurídica do “consentimento” incidir principalmente no âmbito da prática clínica e nas questões de negligência, enquanto a perspectiva moral considera também o âmbito da experimentação humana e questões éticas que suscita.

“Código de Nuremberg”, que permanece na base da generalidade dos regulamentos para a investigação científica com sujeitos humanos, sendo apontado por alguns estudiosos como assinalando o início da pré-história da bioética.

O “consentimento informado” tem, pois, um enraizamento jurídico originário, apresentando-se, tanto no âmbito da investigação como no clínico, como um requisito legal: por um lado, a cumprir pelo investigador/médico, decorrente da responsabilidade que este tem para com os sujeitos/doentes; por outro, a reivindicar por estes últimos como meio de protecção de eventuais abusos. Este requisito jurídico justifica-se pelo “direito à não-ingerência”, pelo direito à privacidade, difundido pelo pensamento liberal e consagrado nas constituições nacionais por este inspiradas.

A justificação jurídica, porém, não é em si mesma suficiente para fundamentar a adopção alargada do “consentimento” tal como hoje a conhecemos, uma vez que faz depender a sua validade dos respectivos sistemas jurídicos nacionais. O amplo reconhecimento da obrigatoriedade do “consentimento” só poderá enraizar-se num plano que aspire à universalidade, a que apenas o filosófico corresponde.

Os trabalhos relevantes na área da reflexão filosófica que se começam a dedicar à problemática do “consentimento” datam principalmente da década de 1970 e vão traçando, no seu conjunto, a raiz ética do conceito: (1969) “Philosophical reflections on experimentation with human subjects” de Hans Jonas⁷, (1970) *The Patient as a Person* de Paul Ramsey⁸, (1973) “Realities of patient consent to medical research” de John Fletcher⁹, (1973) “Reservations about Panel Report on Charge I” de Jay Katz¹⁰, (1978) “Three theories of informed consent: philosophical foundations and policy implications” de Robert Veatch¹¹ e o (1978) *Belmont*

7. Hans JONAS, em *Philosophical reflections on experimentation with human subjects* (*Daedalus* 98, n. 2, 1970: 219-247), chama a atenção para a concepção do “consentimento” não como uma mera permissão mas como o empenhamento da pessoa que o dá num projecto partilhado com o investigador.

8. Paul RAMSEY, em *The Patient as a Person: Explorations in Medical Ethics* (New Haven: Yale University Press, 1970), atribui grande ênfase ao “consentimento” como suporte basilar da lealdade que deve assistir às relações entre o sujeito de experimentação/doente e o investigador/médico.

9. John FLETCHER, em *Realities of patient consent to medical research* (*Hastings Center Report* 1, 1973: 39-49), apresenta os dados, que considera decepcionantes, de um estudo feito em campo sobre o “consentimento” tal como então se praticava nas instituições de saúde. Neste trabalho, o autor constata a ausência de uma autêntica liberdade de decisão.

10. Jay KATZ, um dos membros do painel de apreciação do célebre projecto Tuskegee Syphilis Study, afirma, em *Reservations about Panel Report on Charge I* (*Final Report of the Tuskegee Syphilis Study Ad Hoc Advisory Panel*, Washington, D.C., U.S. Public Service, 1973), que uma das razões fundamentais para condenar o projecto era o facto de as pessoas envolvidas nunca terem tido conhecimento verdadeiro e actualizado sobre a experiência em curso, tendo-lhes sido deliberadamente ocultada toda a informação relativa à mesma.

11. Robert VEATCH escreve *Three theories of informed consent: philosophical foundations and policy implications* (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and*

*Report*¹². Estes trabalhos estabelecem já, de um modo geral, a relação entre a capacidade de autodeterminação do indivíduo, inalienável do seu estatuto pessoal, e a exigência de consentimento, como salvaguarda desse mesmo estatuto, na qual efectivamente o conceito moral de “consentimento” virá a ser filosoficamente justificado. Este passo decisivo terá sido dado, quanto a nós, por Beauchamp e Childress na sua célebre obra *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979¹³. Aqui, eles retomam o sentido das reflexões anteriores sobre o “consentimento” (em que, aliás, haviam também participado), desenvolvem-no e consolidam-no integrando-o no âmbito de um sistema coerente e unitário, na teoria ética principalista de que são dos mais ilustres representantes: a moralidade consiste agora na observância dos princípios enunciados, entre os quais o do respeito pela autonomia, o qual só poderá ser cumprido se se adoptar o procedimento de “consentimento informado”. O princípio do respeito pela autonomia não exprime apenas a capacidade da pessoa se auto-determinar, na ausência de qualquer interferência exterior (numa formulação negativa), mas exige também a promoção efectiva das condições que favorecem o exercício da autonomia (numa formulação positiva). Ou seja, no caso presente, exige a prática do “consentimento informado”. O “consentimento” é, pois, exigido pelo respeito pela autonomia da pessoa universalmente reconhecido a todo agente moral.

O “consentimento”, no seu enraizamento ético, e também tanto no âmbito da investigação como no clínico, afirma-se como uma exigência moral a observar por investigadores e médicos, decorrente do reconhecimento do outro, sujeito/doente, como pessoa capaz de autodeterminação. Justificando-se pelo princípio do respeito da autonomia, a noção moral de “consentimento” evoca um direito positivo e reclama uma liberdade positiva, ao contrário do que se verifica na sua conceptualização jurídica, em que reclama um direito e uma liberdade negativas (não-ingerência).

Em síntese, a noção de “consentimento”, que tem dominado a breve história da bioética e que prevalece ainda, possui uma raiz ético-jurídica, sendo entendida como uma exigência ética, principalmente actuante ao nível das relações interpessoais, enquanto obrigatoriedade de respeitar a autonomia do outro e, simul-

Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Appendix II, 1-56, citado na p. 26) a convite da Comissão Nacional nomeada para reflectir sobre as condições éticas a observar para a prática da experimentação humana e como um primeiro contributo sistemático para o debate do tema.

12. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* constitui o trabalho final da National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research estabelecida em 1974 para elaborar uma normativa ética para a experimentação humana. Cf. JONSEN, A., VEATCH, R. & WALTERS, L. (eds.). *Source Book in Bioethics. A Documentary History*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1998.

13. BEAUCHAMP, Tom & CHILDRESS, James. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1979.

taneamente, como um requisito legal, particularmente importante ao nível das relações em sociedade, enquanto direito individual que a sociedade protege. Este conceito ético-jurídico é, pois, principialista pelo seu fundamento e legalista pelo seu procedimento ou, numa única palavra, de natureza normativista na imposição de critérios e procedimentos de obtenção.

É este conceito normativista de “consentimento” que constitui um paradigma privilegiado da bioética, na medida em que a sua aplicação estabelece os parâmetros do domínio específico desta: ao nível micro, converte a então tradicional perspectiva unilateral, protagonizada por quem conhece e pode, numa relação bipolar, em que intervém também quem não sabe e espera; ou melhor, converte a relação assimétrica entre quem assume a função de agir e quem confia na acção do outro, numa relação simétrica em que ambos se reconhecem como parceiros de um projecto comum; ao nível macro, converte uma deontologia autocrática, pertença de um grupo profissional, fechado sobre si, que se rege única e exclusivamente pelas regras que a si mesmo propõe, numa ética democrática em que todos os agentes morais, pela sua capacidade de decisão no que lhes diz respeito, podem intervir em todos os domínios da actividade humana. Como paradigma bioético, o consentimento simboliza a partilha de poder do conhecimento e da acção, numa extensão do espírito democrático ocidental ao domínio biomédico. Será, porém, esta expressão normativista a única que o “consentimento” protagoniza?

O valor simbólico do “consentimento” (sentido sociocultural)

De facto, a noção de “consentimento” não é exclusiva ou inédita na bioética. Pode encontrar-se num tempo ancestral e num domínio tão antigo quanto o das sociedades humanas como é o político.

Primeiro surge sem qualquer sentido específico rigoroso, que só virá efectivamente a adquirir no âmbito do direito (a sua origem é político-legal). Por isso, para além da sua significação técnica no direito e, posteriormente, em bioética, ainda hoje não figura como “entrada” em obras de carácter geral, mas apenas em dicionários de línguas. É ao longo do tempo e na história das relações sociais que vai ganhando determinações de sentido. A própria concepção ético-jurídica de “consentimento” que apresentámos vem precisamente na sequência do desenvolvimento de um pensamento sociopolítico contratualista e de uma filosofia liberal dos direitos. Neste contexto político bem preciso, o consentimento decorre da concepção de que todos os homens nascem livres e iguais, pelo que qualquer forma de governo terá de merecer o livre assentimento de todos e cada um.

Esta é uma aceção política de “consentimento” muito próxima e imediatamente antecedente da que domina a bioética actual. Será, por isso, conveniente recuar no tempo, num esforço por detectar a existência de um qualquer outro

sentido de “consentimento” emergente na vida pública e eventualmente disperso na história da Europa ocidental.

Estudos realizados nesta área¹⁴ permitem-nos concluir que, ao contrário do que se verifica após o desenvolvimento do liberalismo e na sua esteira, o “consentimento” não era anteriormente entendido como prerrogativa individual, nem expressão do exercício de qualquer poder, mas evocava um sentimento ou vivência comuns confirmados pelo costume ou tradição. Esta realidade, aliás, tanto se evidencia na actividade política como na religiosa. Ou seja, o “consentimento” refere-se ao que está em conformidade (ao que está de acordo) com os costumes ou tradições da comunidade em causa, sem que o mesmo lhe seja solicitado ou concedido explícita ou formalmente (a que só a apropriação jurídica do termo obrigará). Trata-se antes de um “consentimento” implícito, tácito, que designa a adesão tranquila e serena da comunidade a uma qualquer determinação explicitada como tal, a uma forma específica de actuação perfeitamente integrada nos usos e costumes daquela comunidade e assim legitimada pela tradição.

A história pré-moderna oferece-nos, pois, um conceito de “consentimento tácito”, pelo que não necessariamente verbalizado, explicitado ou formalizado. Aliás, acrescente-se, este sentido sobrevive hoje ainda na nossa vida política e social quando, por exemplo, em relação a uma qualquer matéria de interesse colectivo se estipula que só possa entrar em vigor uma vez “ouvidos” os grupos sociais mais proximamente implicados nas possíveis alterações a implementar. De facto, os indicados grupos não estão obrigados a manifestarem a sua concordância. O seu consentimento é obtido sempre que tiverem possibilidade de o recusar e decidirem abster-se de o fazer. Por isso o termo “consentimento” pode também encerrar condescendência, tolerância, ou seja, alguma contrariedade na aceitação ou na ausência de rejeição — que mantém na sua actual acepção normativista. O sentido do “consentimento tácito” sobrevive também no plano clínico (então frequentemente designado por “consentimento” implícito) em relação a intervenções médicas de rotina em que se assume o consentimento do doente, caso este não se manifeste em contrário. O sentido do “consentimento tácito” sobrevive lapidariamente no ditado “quem cala consente”.

A evocação do “consentimento” neste contexto bastante amplo e proporcionalmente pouco preciso favorece a “pacificação” da coexistência, na ausência de oposições, a “adesão” do outro pela proposta que lhe é dirigida e a “aproximação” entre as pessoas pela sintonia que entre elas se estabelece, aspectos que se intersectam numa simbologia relacional característica do “consentimento tácito” e que, curiosamente, se mantêm ainda presentes nos primeiros textos de filósofos (H. Jonas) e teólogos (P. Ramsey) no seu esforço comum de ampla fundamentação da exigência do “consentimento” em bioética¹⁵.

14. Cf. FLETCHER, John. The evolution of the ethics of informed consent. In: BERG, K. & TRANOY, K. E. (eds.). *Research Ethics*. New York: A. R. Liss, 1983, pp. 187-228.

15. Cf. notas 7 e 8.

A noção de consentimento também extravasa a sua dimensão normativista no domínio mesmo da medicina¹⁶, enquanto esta se exerce, todavia, sob um modelo anterior ao biomédico contemporâneo. Com efeito, a medicina sempre recorreu a várias formas ritualistas de aproximação do médico ao doente, gozando aquele de privilégios de acesso à pessoa que a outros eram negados. Referimo-nos, fundamentalmente, ao acesso ao corpo, na exposição da sua nudez, e à alma, na revelação dos seus segredos. Daí que já no “Código hipocrático” encontremos explicitamente a proibição de qualquer contacto sexual entre o médico e o doente, seja este livre ou escravo, bem como a salvaguarda absoluta do segredo profissional.

Também na medicina hipocrática o “consentimento” é real e necessário: real, na sua expressão tácita e não formalizada; necessário porque única via de acesso à privacidade da pessoa doente. Desta forma, o “consentimento”, na medicina ocidental tradicional é estruturado não a partir do princípio da autonomia, como no seu modelo actual, mas antes do princípio da beneficência, seguindo o modelo hipocrático.

O “consentimento” estruturado a partir do imperativo da ética médica hipocrática da beneficência reporta-se então, exclusivamente, ao que reverte a favor do bem do doente, sob um critério médico. Isto é, o médico procura o consentimento sobretudo para acesso a informação, mais do que para autorização de acção, em relação ao que considera absolutamente indispensável para o bem-estar do doente e não pode ser obtido de outra forma. Neste sentido, o “dizer a verdade” ao doente, exigência prévia à obtenção do consentimento estruturado a partir do princípio da autonomia, não se coloca como necessário quando o consentimento é estruturado pela beneficência. Neste âmbito vigora, em alternativa, a regra do privilégio terapêutico¹⁷.

Não há aqui qualquer violência em relação à pessoa porque nos reportamos a um estágio de desenvolvimento da medicina em que esta se exerce mais como uma arte do que como uma ciência e em que o bem visado é ainda o da pessoa, holístico — o médico cuida do bem-estar da pessoa —, e não um bem circunscrito, relativo a uma parte objectivada da unidade integral do indivíduo — em que o médico cura o mal do doente. Este “consentimento”, que classificariamos “em confiança” (parafraseando Pellegrino e Thomasma em *For the Patient's Good*¹⁸),

16. Há um paralelismo entre o processo de aquisição de um sentido específico do “consentimento” na história e a sua evolução na medicina.

17. O privilégio ou excepção terapêutica designa a prerrogativa médica de ocultação de informações ao doente na justa medida em que considere que estas o afectarão mais negativa do que beneficemente. Este “privilégio” constituiu (e constitui ainda em alguns países) uma excepção ao “consentimento”.

18. Edmund PELLEGRINO e David THOMASMA introduzem a noção de “beneficence-in-trust” em *For the Patient's Good*, de 1988 (Oxford: Oxford University Press). Pretendem, assim, recuperar o valor axial na prática clínica da “beneficência” e articulá-lo com o novo valor das sociedades humanas que é a “autonomia”, introduzido pelo liberalismo.

instaura uma relação “privilegiada” entre a pessoa doente e o médico, uma relação “singular” na intimidade e cumplicidade que liga aquelas duas pessoas. A sua simbologia é também relacional.

As principais características do “consentimento tácito” e do “consentimento em confiança” são, pois, semelhantes na recusa de todo formalismo ou mesmo explicitação de termos. A diferença reside essencial e respectivamente no deslocamento de um âmbito comunitário para um interpessoal em que a relação encontra melhores condições para se estreitar.

Este modelo do “consentimento em confiança” parece, no entanto, estar definitivamente ultrapassado em virtude da evolução da prática médica, cuja tecnicalização e especialização crescentes objectivaram e delimitaram o bem médico, de forma a que este deixou de coincidir com o bem da pessoa — condição de legitimidade do “consentimento em confiança”. Estaremos então condenados ao absolutismo do “consentimento normativista”? Ou poderemos inventar uma nova expressão de “consentimento”? Ou ainda, pelo contrário, concluiremos pela inutilidade e consequente dissolução do “consentimento”? Consideremos estas questões, reconhecendo que o “consentimento em confiança” vem ficando ultrapassado, nas sociedades ocidentais, enquanto processo — na medida em que não é possível contornar a explicitação da autonomia individual —, mas não na sua simbologia relacional, a qual, frequentemente ausente do “consentimento normativista”, é, no entanto, intrínseca à pessoa humana e, por consequência, a mais consentânea com a sua autenticidade.

O “consentimento” como promoção do humano (sentido humanista-personalista)

Atendemos a uma sequência temporal — de um vago passado ao nosso presente — e à diversidade de contextos de reflexão — ético-jurídico e sociocultural —, vias convergentes na afirmação de uma pluralidade de expressões que o “consentimento” pode assumir.

O mote “Poder e injustiça”, que nos reúne neste Congresso, desafia já a bioética para novos domínios e perspectivas a conquistar na sua expansão e implantação a todo o mundo em que o poder sobre o biológico suscita a interrogação pelo dever ético. Nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, nos países pobres, os problemas éticos que os progressos da investigação médica ou que os processos de assistência clínica colocam não se confundem com o controle individual ou social sobre os mesmos, mas irrompem a um nível mais elementar da simples existência e acessibilidade aos mesmos. Rompe-se assim com a hegemonia de um modelo biomédico da bioética a qual é chamada a aceder à concepção de uma “bioética global”, não num sentido universalizante e homogeneizante, mas no sentido de abrangência da diversidade que Potter foi, de alguma forma, anteci-

pando¹⁹. Não exigirá esta nova bioética global, uma também nova expressão do “consentimento”, não restritivamente normativista mas paralelamente ampla? Uma concepção de “consentimento” capaz de se tornar coextensiva ou se adaptar às diversas sociedades existentes?

A resposta parece ser inevitavelmente positiva, mas arrasta consigo algumas dificuldades importantes a dilucidar. Com efeito, o reconhecimento, indispensável porque justo e necessário porque verdadeiro, de que o “consentimento” adopta uma expressão histórico-culturalmente diversificada pode igualmente conduzir-nos a um relativismo ético abissal. Sob esta perspectiva, todo o procedimento que viesse a ser apresentado ou interpretado como variável cultural do “consentimento” seria legítimo, o que equivaleria a dizer que nenhum seria credível²⁰. Na ausência de todo e qualquer padrão ou critério de referência identificador da própria realidade em causa, não há ratificação possível, resvalando-se para a dissolução da mesma. A ameaça da dissolução da exigência de “consentimento” obriga-nos a retomar as questões iniciais que havíamos colocado, fazendo então eco ao cerne do longo debate que se tem desenvolvido em torno do “consentimento”: será necessário? E será eficaz?

Consideramos que tanto sob um modelo normativista, paradigmático da ética biomédica, como no amplo contexto do relativismo cultural, o “consentimento” permanece absolutamente necessário. No primeiro caso, foi já sobejamente justificado; no segundo — em que a questão se coloca com pertinência —, diríamos que é efectivamente necessário e verdadeiramente eficaz se preservar fielmente a sua simbologia relacional original. Isto é, enquanto o “consentimento” for expressão de aproximação, comunicação e interacção, vivência humana universal que cada sociedade ritualiza diferentemente, promoverá o encontro entre as pessoas. É nesse encontro, que se pode consubstancializar pelo diálogo ou pelo silêncio, pelo gesto ou pelo olhar, ou por um qualquer ritual cultural, que cada pessoa é reconhecida em si mesma, na sua ímpar originalidade (subjectividade), e não considerada homogénea e indiferenciadamente (objectivada) entre os demais. Por isso, o “consentimento”, através do respeito pela diferença que testemunha, é necessário e eficaz para manter o carácter humano das relações entre os indivíduos em situações radicais de extrema vulnerabilidade, para garantir a natureza ética

19. A expressão “bioética global” é tardia na terminologia de Van Rensselaer Potter, mas podemos afirmar que vem na continuidade do sentido que o autor imprimiu ao neologismo “bioética” quando o criou em 1970. Potter considera que a nova “bioética global” corresponde a uma visão holista dos problemas relacionados com a saúde e a sobrevivência do homem e demais seres vivos. Cf. POTTER, Van Rensselaer. Two kinds of bioethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 30 (12) 1987: 157-169; POTTER, Van Rensselaer, Global bioethics: converting sustainable development to global survival. *Medicine and Global Survival* 2 (3) 1995: 185-191.

20. Simultaneamente, todo o comportamento que fosse consentâneo com a tradição sociocultural de uma determinada comunidade seria tacitamente aceite, não se criando abertura ou estabelecendo flexibilidade para qualquer mudança.

da relação, isto é, “uma relação não-violenta” — nas palavras do filósofo Emmanuel Lévinas²¹. Eis também o que entendemos pela concepção do “consentimento” como meio de promoção do humano. A exigência de “consentimento” contribui muito decisivamente para o estabelecimento de condições favoráveis, em situações de dependência, para que a pessoa mantenha a sua identidade singular como realização inédita e única da universalidade da sua humanidade, isto é, que se mantenha “pessoa”. Esta é uma concepção “personalista” de “consentimento”.

Poder-se-á dizer que também a concepção normativista do “consentimento”, uma vez que se fundamenta na autonomia da pessoa, exprime o mesmo sentido personalista. Consideramos, porém, que assim não é na medida em que negligencia o facto de não só existirem outras expressões de respeito para com a pessoa, para além do respeito pela autonomia, como também outras formas de reconhecimento do estatuto pessoal do indivíduo para além da do respeito pela pessoa. Podemos e devemos respeitar a pessoa não apenas no testemunho que dá de si de poder mas também na evidência que apresenta de fragilidade e de mortalidade. Podemos e devemos reconhecer a pessoa através do respeito que lhe votamos, mas também através da solicitude que lhe dedicamos.

A concepção maximamente ampla, personalista, de “consentimento” fundamenta-se na pessoa, não na pessoa enquanto agente moral autónomo, o que conduz a mecanismos de discriminação e de exclusão, mas na pessoa simplesmente, sem qualquer condicionante: a pessoa entendida na universalidade da sua singularidade. A pessoa, assim definida, constitui uma irredutibilidade ética ou, numa terminologia mais actual, um mínimo ético, isto é, a mais ampla realidade que reúne o máximo consenso. É também a pessoa considerada na pluralidade das suas expressões que impede o relativismo ético e permite a flexibilidade no processo de obtenção do “consentimento”, isto é, estabelece um requisito universal a cumprir pelo “consentimento” — a promoção do humano —, mas admite diferentes expressões que este possa assumir — desde a normativista à personalista.

Actualmente, uma ética fenomenológico-hermenêutica, uma ética narrativa, uma ética dialógica, na medida em que valorizam o poder da comunicação, permitem aceder facilmente a esta concepção personalista de “consentimento”. Não é, porém, nosso objectivo valorizar qualquer teoria bioética em detrimento de qualquer outra, ou tampouco fazer substituir uma por outra. Também não atendemos à respectiva validade de cada uma no plano teórico. Quanto à validade de cada uma destas diversas formas de “consentimento” no plano prático, não pode ser objectivamente verificada, mas apenas subjectivamente “atestada” (na terminologia de Ricœur²²), como convicção de ter sido realizada, na justa medida em

21. Cf. LÉVINAS, E. *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff, 1971.

22. O filósofo francês Paul RICŒUR introduz o termo “atestação” para designar a espécie de “crença”, de “certeza” (*assurance*) que o sujeito adquire de ser si mesmo, e que não corresponde nem a um saber epistémico, nem a uma opinião (*doxa*). Cf. RICŒUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 33.

que promover o humano, isto é, enquanto favorecer a realização da pessoa na afirmação da sua singular universalidade. De facto, o nosso interesse restringiu-se em afirmar que a comum noção normativista de “consentimento” não é a única nem se reveste de uma validade universal; que num âmbito histórico-cultural surgem novas expressões de “consentimento” adaptadas a diferentes contextos sociais e a poderem ser implementadas em países em vias de desenvolvimento; e, por fim, que o “consentimento” é rigorosamente indispensável em situações de extrema dependência, no seu simbólico carácter relacional, na medida em que promove e assegura que as relações entre pessoas estranhas permaneçam éticas.