

A experimentação humana e a crise da auto-regulação da biomedicina

INTRODUÇÃO

A experimentação biomédica em seres humanos é o campo onde começou por jogar-se a sorte da regulação paritária da actividade médico-científica. Por sua vez, a irreversível crise da auto-regulação da profissão médica constitui a condição maior de emergência da bioética contemporânea.

A AUTO-REGULAÇÃO PARITÁRIA, A VIRTUDE E A BENEFICÊNCIA

A tradição de auto-regulação, ou regulação paritária, da biomedicina remonta à época hipocrática. Mediante a fórmula negativa do *primum non nocere* — acima de tudo não prejudicar —, o juramento de Hipócrates consagra o princípio de beneficência, cuja definição recai exclusivamente sobre o médico, sem o concurso do paciente. Nisto consiste o paternalismo forte que rege a relação entre o médico e o seu paciente e que reduz o segundo a um estatuto de menoridade infantil tutelada pelo clínico, sobre quem recai a responsabilidade e o fardo de decidir pelo doente do próprio bem deste. Eventualmente mitigada por um paternalismo fraco que, no máximo, prevê a auscultação da opinião do paciente, então já não considerado uma criança mas antes um adolescente, a relação carismática entre o médico e o doente prevalece na tradição médica até aos nossos dias. Sendo a definição da beneficência privilégio exclusivo do médico, ela assume assim

* Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

o estatuto de uma autêntica virtude, mais do que um simples princípio, o que faz com que ética da virtude e paternalismo médico se tornem sinónimos, facto, por outro lado, consagrado no ideal do *medicus virtuosus* que guiou toda a tradição médica até ter sido posto em causa em época muito recente. O modelo hipocrático de virtude médica concilia a excelência profissional com a exemplaridade cívica e a pureza ritual e, por sua vez, articula o conjunto destas com a submissão da avaliação do grau de moralidade do comportamento do médico ao exclusivo juízo dos seus pares, o que tem por contrapartida a inimizabilidade jurídica. Desde a época clássica que a ética da virtude é uma ética restrita aos membros de uma elite profissional que os obriga para além do que é exigível aos leigos, que é marca e apanágio de uma comunidade que assim se diferencia formalmente do tecido social, elevando-se acima dele. Em suma, uma ética luxuosa que excede as prescrições morais e cívicas aplicáveis ao comum dos cidadãos e cujo acesso lhes está estatutariamente vedado, quer para a definirem, quer para a examinarem, mesmo quando o seu (in)cumprimento afecta os seus interesses e direitos (Gracia, 2004). O paternalismo forte agravou-se consideravelmente com a emergência da medicina experimental moderna, que ao mesmo tempo passa a ter por objecto a saúde das populações no quadro do Estado-nação. Da relação privada entre um médico e um paciente individuais passa-se a uma relação incomparavelmente mais abstracta, impessoal e distante entre uma classe de especialistas iniciados dotados de uma linguagem hermética e inacessível e uma massa anónima de doentes incapazes de entenderem o saber que os perscruta e de controlarem o poder que os domina.

O processo histórico da biopolítica na modernidade, descrito por Michel Foucault (2004, 1997 e 1994), criou as condições para a construção de uma relação dos indivíduos com os seus corpos, a vida deles na saúde e na doença, inteiramente mediada pela medicalização. Como é sabido, a biopolítica moderna tem no darwinismo social o seu expoente, que culmina com o higienismo eugenista, o qual, por sua vez, assume a sua expressão mais extrema com a higiene racial da biomedicina nazi (Foucault, 1997). A utilização biopolítica da medicina como instrutora do controlo social acabaria por tornar quase inexpugnável a fortaleza da regulação de toda e qualquer actividade médica com recurso exclusivo à avaliação pelos pares. Como também é sabido, ao estatizar-se nas políticas públicas de prestação de cuidados de saúde, de regulação estrita da reprodução do saber médico nas instituições de ensino e formação, de certificação do exercício profissional e de avaliação do desempenho, quer por parte dos governos, quer por parte das ordens profissionais, a medicina plasma-se com o poder de Estado, ao mesmo tempo que herda em grande medida da religião algumas das tradicionais funções de controlo social, sobretudo aquelas que passam pela relação do indivíduo com o seu corpo. Exemplo por excelência deste processo é o

facto de a medicina ser a única a partilhar com o poder de Estado o direito praticamente irrestrito sobre a vida do indivíduo em nome do seu próprio bem ou do bem comum, consolidando-se como classe profissional no preciso momento em que declina a antiga autonomia dos ofícios medievais.

Na verdade, a medicina entra na sua fase científica, moderna, simultaneamente experimental e de populações, munida tão-só de princípios de auto-regulação concebidos para o estrito quadro da acção terapêutica efectuada na relação entre um médico e um doente individuais, mas não para a prevenção maciça, que os médicos antigos não conheciam, nem para a intervenção cirúrgica, que recusavam. Com efeito, a experimentação, aliás incipiente, aleatória e empírica durante séculos, permanece desregulada até ao século XIX. Em 1803 é publicado o Código de Thomas Percival, que fornece indicações específicas para a experimentação humana, pondo a tónica na consulta dos pares para avaliação da metodologia. Em 1833, o Código de William Beaumont, o primeiro código americano a tratar da experimentação humana, faz referência à necessidade da experimentação, à sua legitimidade metodológica e ao consentimento informado. É insignificante a influência de qualquer destes códigos nas práticas efectivas de experimentação, de resto generalizadamente encaradas até ao dealbar do século XX como pouco mais do que uma extensão da prática terapêutica, como inovação terapêutica que não exige cuidados mais atentos ou uma regulamentação mais restrita do que aquela que normalmente o clínico impunha a si próprio na relação individual com o seu doente (Annas e Grodin, 1992). Empreendida pela iniciativa do clínico nos seus pacientes, a pesquisa tinha por exclusiva finalidade a melhoria dos tratamentos ou então obedecia a simples necessidades cognitivas, como meio expedito de estudar a história natural das doenças de que aqueles padeciam. Era desconhecida a experimentação laboratorial tal como hoje se pratica, sujeita a protocolos de investigação e empreendida em equipa no seio de instituições especializadas, dotadas de grandes recursos e pressionadas por poderosos interesses, sobretudo económicos. Foram excepcionais os exemplos de experimentação que envolveram grande número de indivíduos, como a de Walter Reed no exército norte-americano, de resto com trágicas consequências.

Claude Bernard (1978), na sua *Introdução ao Estudo da Medicina Experimental*, de 1865, estabelece as bases teóricas da metodologia da moderna experimentação humana na medicina clínica do século XIX (Isambert, 1987). Documentando largamente experiências com seres humanos, Bernard estabelece princípios para a prossecução ética da experimentação humana, dando relevo ao valor conjugado da beneficência do paciente, da inovação terapêutica e da experimentação terapêutica. Bernard não inclui o consentimento entre os requisitos éticos da experimentação humana, mas tão-só o dever e o direito de o médico realizar a experiência sempre que se trate de salvar a

vida do paciente, de o curar ou de lhe proporcionar algum benefício, de tal maneira que o princípio da moralidade médica ou cirúrgica consiste assim em nunca efectuar uma experiência que possa de algum modo ser prejudicial ao paciente, mesmo que os resultados possam ser altamente vantajosos para a ciência, isto é, para a saúde de outrem. A tradição médica que, no século XIX, se transmite à medicina científica moderna encorajou esta a tentar novos tratamentos num paciente para o bem-estar e em benefício deste, tal como ele era determinado pelos próprios médicos; eram geralmente executados sem consentimento, pois os médicos eram guiados pelo *primum non nocere* hipocrático, princípio que lhes serviu durante milénios em que a sua capacidade de curar era limitada (Annas e Grodin, 1992; Caplan, 1992). E bem assim a Claude Bernard (1978), que, pretendendo manter estrita fidelidade às antiquíssimas prescrições hipocráticas, as transporta para uma condição histórica nova de exercício da profissão médica, quer a nível terapêutico, quer de investigação, que não é já a dos tempos dos médicos hipocráticos. Efectivamente, com o advento da era da ciência há uma ruptura radical, as intervenções experimentais já não servem apenas, ou nada mesmo, a um paciente concreto, mas aos interesses de pacientes futuros ou da ciência. Tal significa que a distinção entre paciente e experimentado ficou desde então esbatida. Parte-se do princípio de que a necessidade da experimentação humana é óbvia e não carece por isso de justificação, embora requeira regulação. Aplicados à experimentação não terapêutica, os requisitos de Claude Bernard (1978) tê-la-iam impedido, e não pode ser esta justificada apenas mediante o simples consentimento informado. Todos estes documentos privilegiam a responsabilidade pela beneficência do paciente submetido a terapêutica ou experimentação; o juramento de Hipócrates trata apenas da relação médico-doente; Percival debruça-se sobre a inovação terapêutica; Beaumont cobre a experimentação não terapêutica; Beaumont e Bernard também se ocupam do risco experimental aceitável; Beaumont é o único a fornecer uma discussão do consentimento voluntário.

Entretanto, tornava-se crescente a necessidade do recurso à experimentação humana, especialmente nos campos da bacteriologia, da imunologia e da fisiologia. O primeiro documento normativo que se conhece especificamente dirigido à experimentação médica em seres humanos é uma directiva prussiana datada de 29 de Dezembro de 1900 sobre o consentimento informado, emanada do Ministério para os Assuntos Religiosos, Educativos e Médicos, com o título «Instruções aos Directores de Clínicas, Policlínicas e Outros Estabelecimentos Médicos». Esta directiva surge na sequência da discussão do caso Neisser no Parlamento prussiano em 1899. O médico Albert Neisser, descobridor do gonococo e professor de Dermatologia e Venereologia na Universidade de Breslau, tinha anteriormente sido multado pelo Tribunal Disciplinar Real pela infecção experimental da sífilis em pes-

soas, nomeadamente prostitutas da sua consulta, a quem não só não se pedia o consentimento como nem sequer se informava da experiência. Embora baseada em doutrina jurídica, a directiva não possuía, no entanto, a necessária contrapartida da obrigação legal e o seu impacto na prática da experimentação posterior é desconhecido (Annas e Grodin, 1992; Vollmann e Winau, 1996). De resto, o recurso sistemático a indivíduos de algum modo marginalizados e vulneráveis era regra por toda a parte nos hospitais e escolas médicas do mundo ocidental, como era regra não se obter o consentimento dos experimentados ou sequer informá-los do que se estava a praticar com as suas pessoas (Rothman, 1995).

O debate sobre a ética da experimentação humana não deixou, porém, de prosseguir na Alemanha, sobretudo a seguir à primeira guerra mundial, nas décadas de 20 e 30, que assistem à ascensão do movimento nazi. Dado o papel da comunidade médica nele, afigura-se particularmente importante olhar para os regulamentos alemães a partir de 1930 para se saber quais eram os padrões éticos naquele período. Assim, porventura bem mais significativa do que o documento de 1900 é a circular do Ministério do Interior do Reich datada de 28 de Fevereiro de 1931, nas vésperas da ascensão do nazismo ao poder. Segundo Grodin, é plausível que este conjunto de catorze «regulamentos sobre novas terapias e experimentação humana» tenha sido redigido por pressão exercida pelo médico Julius Moses, que foi generalista em Berlim de 1920 a 1932 e membro do Parlamento pelo Partido Social-Democrata alemão e que, em 1930, tinha denunciado publicamente as mortes de setenta e cinco crianças de Lübeck às mãos de pediatras que nelas tinham experimentado vacinas contra a tuberculose (Annas e Grodin, 1992). Começando por reconhecer a necessidade da experimentação em seres humanos para o avanço do diagnóstico, do tratamento e da prevenção de doenças, estas directivas sublinham que a liberdade do médico deve ser contrabalançada com a consciência da sua responsabilidade para com a vida e a saúde daqueles sobre quem executa a experimentação ou inovação terapêutica.

A pesquisa histórica recente tem demonstrado, e obriga-nos por isso a reconhecer, que a noção da necessidade da obtenção do consentimento informado se desenvolveu muito antes da segunda guerra mundial e dos crimes nazis na Alemanha, mas não por iniciativa da profissão médica ou da comunidade de investigação, e antes como doutrina legal pelas autoridades governamentais. O que, não obstante, se verifica é que as tentativas de regulação da experimentação médica em seres humanos pouca repercussão real tiveram nas práticas de investigação. Mas, muito mais do que isso, se elas não puderam, nem poderiam ter podido, impedir os crimes contra a humanidade perpetrados no mundo concentracionário nazi, o que é mais relevante para nós e a nossa actualidade é que a tradição de auto-regulação da profissão médica não constituiu impedimento a que os médicos fossem

pioneiros na senda que levou à inumanidade nazi, e não peões instrumentalizados e indefesos cooptados contra a sua vontade e a despeito da sua resistência (que praticamente nunca existiu) pelas políticas de um regime totalitário. E isto ao contrário do que demasiado generalizadamente se propaga e se tende a acreditar (Annas e Grodin, 1992; Burleigh, 1997; Caplan, 1994; Kühl, 1994; Michalczyk, 1994). Com efeito, a regulação da experimentação humana na Alemanha anterior ao III Reich, que se manteve vigente ao longo da guerra e que durante esse tempo todo não poderia ter havido maneira de ter sido ignorada ao menos pelas cúpulas dirigentes da classe médica, pouco fica a dever ao espírito e à letra dos mais rigorosos documentos de regulação ética posteriores à segunda guerra mundial (Vollmann e Winau, 1996, p. 1447). Mais ainda, o fenómeno repete-se no pós-guerra, quando se sabe que a proliferação de instrumentos de regulação ética não foi suficiente para obviar à recorrência de experimentação abusiva e criminosa no quadro dos Estados democráticos de direito (Annas e Grodin, 1994; Cascais, 2005; Moreno e Lederer, 1996).

Tanto nos compele a considerar seriamente o facto de a biomedicina nazi não estar tão desintegrada das correntes *mainstream* da medicina mundial da época e de essa integração se fazer dentro dos mais exigentes padrões de excelência do que então eram conhecimentos e práticas de verdadeira vanguarda (Kühl, 1994). Uma vez mais, Michel Foucault teve um papel proeminente ao mostrar que a biomedicina nazi não deixa de ser o fruto, tão genuíno quanto venenoso, da somatocracia moderna (Foucault, 1997), assim como, na esteira dele, Giorgio Agamben mostra como o paradigma biopolítico atravessa o totalitarismo nazi e os Estados democráticos de direito modernos (Agamben, 1997). A biomedicina praticada no Estado *biologisch* do III Reich não diverge, nos seus traços essenciais, das tendências dominantes das ciências e tecnologias biomédicas tal como elas eram concebidas e praticadas não só nos regimes declaradamente totalitários como nas democracias e a níveis que, pelos padrões da época, eram unanimemente considerados de superlativa excelência (Gotz, Chroust, Pross e Cooper, 1994; Kühl, 1994; Renneberg e Walker, 1994). Só no imediato pós-guerra é que o conhecimento da extensão dos crimes contra a humanidade perpetrados pela biomedicina nazi veio revelar não só a verdadeira natureza dela, mas sobretudo pôr em causa algumas das tendências dominantes de toda a tecnociência biomédica, à cabeça das quais o eugenismo. A excelência científica da biomedicina alemã, assim como a presença de documentos de regulação ética, não foram por si só de molde a prevenir a colaboração entusiástica do grosso da classe médica alemã com um regime que se lhe afigurava realizar de certo modo alguns dos ideais mais caros ao pensamento biomédico. Um dos maiores méritos do Julgamento dos Médicos nazis em Nuremberga em 1946 consistiu justamente em lançar luz sobre o facto de que aquilo que se

poderia apontar à ciência médica nazi poderia também apontar-se às ciências biomédicas *mainstream* da época. Espantosamente, ou talvez não, as alegações apresentadas pela defesa dos médicos nazis continuam a ser, e quase ponto por ponto, aquelas que a classe médica esgrime sempre que se vê confrontada com desafios externos às suas práticas, respectivos pressupostos e implicações, sendo que quem assim procede o faz, na maior parte das vezes, com pleno desconhecimento daqueles antecedentes históricos.

A CRISE DA AUTO-REGULAÇÃO E A EMERGÊNCIA DA BIOÉTICA

No Julgamento dos Médicos, a actividade médico-científica foi pela primeira vez submetida à sanção de uma instância jurídico-política, opondo à auto-regulação corporativa da biomedicina um desafio de que esta não recuperaria e que constituiu a condição remota, mas fundamental, da emergência daquilo que décadas mais tarde viria a ser a bioética. O caminho foi-lhe aberto pelo Código de Nuremberga, que inicialmente constituía a parte final do acórdão do Tribunal e que posteriormente, em 1947, dele viria a autonomizar-se sob esse nome. O Código de Nuremberga, ao enfatizar como exigência absoluta de validação ética da prática de experimentação biomédica em seres humanos a obtenção do seu consentimento informado, consagra um princípio ético de autonomia que, por sua vez, se ergue como forma de defesa do indivíduo contra o seu uso abusivo pela tecnociência biomédica. O princípio de respeito da autonomia, com o seu requisito absoluto de obtenção do consentimento livre e informado, viria posteriormente a alargar-se do domínio estrito da actividade de experimentação biomédica para as demais actividades, nomeadamente a terapêutica, ainda que com as necessárias adaptações a esta. Por outras palavras, o Julgamento dos Médicos nazis e o Código de Nuremberga são os momentos-chave em que culmina a crise da auto-regulação paritária das actividades biomédicas, facto que constitui, por sua vez, a condição primeira da emergência daquilo que hoje conhecemos como bioética (Gracia, 2004, pp. 265-299; Katz, 1994).

O campo da bioética é, pois, aberto pela falência da auto-suficiência da racionalidade científica, em geral, e biomédica, em particular, no que toca à possibilidade de se regular, isto é, de pôr limites ao seu próprio impulso. Essa falência significa claramente que a racionalidade co-presente ao fazer ciência, e que pressupõe que os cientistas manipulem uma linguagem e exerçam uma prática inacessíveis aos não iniciados, não se basta a si própria quando se trata de avaliar a actividade científica à luz dos superiores interesses, quer da sociedade, quer do indivíduo. O que equivale a dizer que, na ausência de consulta, não é já dado ao cientista-médico presumir a universalidade do interesse cognitivo que persegue, ou seja, não lhe é dado presumir que o

interesse da ciência subsume o interesse da sociedade, ou até da comunidade humana em geral, e, mais ainda, que tal interesse possa sobrelevar a salvaguarda dos interesses dos indivíduos. O mesmo é também dizer que, doravante, a responsabilidade científica extravasa o simples âmbito intracientífico e assume o carácter de uma responsabilidade social geral. A responsabilidade científica não exprime já uma preocupação de tipo deontológico dos cientistas em face da ciência que fazem, antes veicula um desafio de fundo que a sociedade em geral lança à comunidade científica e que, nesse sentido, pressupõe de algum modo um certo grau de suspeição em relação à actividade científica, nomeadamente na medida em que dela estão incumbidos corpos profissionais claramente diferenciados do resto da população.

Com efeito, ainda que a responsabilidade científica tenha sido excepcionalmente assumida por alguns cientistas, de que são exemplos esclarecedores mas singulares os casos de Robert Oppenheimer, com o questionamento da bondade do projecto *Manhattan*, de que tinha sido presidente, e de Paul Berg, com a sua proposta de moratória sobre a experimentação do ADN recombinante e a criação de organismos transgénicos (Krimsky, 1982), a tendência, sempre crescente desde o pós-segunda guerra mundial, é a da responsabilização das comunidades científicas a partir do exterior delas (Annas e Grodin, 1992). Os exemplos abundam, desde o movimento anti-nuclear, que remonta ao imediato pós-guerra, à preocupação ambientalista e ecológica, mas também, e nisto se revela uma outra face da responsabilização das comunidades científicas e biomédicas, aos grupos de pressão empenhados no combate à epidemia de SIDA, de que é emblemático o *Act Up*, que reivindicam a própria investigação biomédica (Cascais, 2002; Freedman, 1995; Kramer, 1994; Levine, 1994). E, como é evidente, os exemplos maiores de uma tecnóética e de uma bioética. Ou seja, a tematização da responsabilidade científica de modo algum deve ser entendida como sinónimo, ou veículo, de alguma atitude por princípio anticientífica, nem sequer exprimir uma vontade de diabolização da tecnociência contemporânea. Pode, inclusivamente, consubstanciar uma exigência de mais ciência, ou, sobretudo, de outra ciência (que não necessária e estritamente uma «melhor» ciência). Mais, este tipo de responsabilidade substantiva, mais do que formal, das actividades e das comunidades científicas é algo que as aborda e interpela e que, sem dúvida, se lhes dirige, atribuindo-lhes o estatuto de interlocutores privilegiados, mas que do mesmo modo implica um questionamento da sociedade em geral, nas suas múltiplas instâncias, na medida em que envolve no procedimento responsabilizador as exigências que estas dirigem à ciência e aos cientistas, assim como os usos sociais do conhecimento científico, os quais, como é evidente, não são exclusivos dos cientistas. Dito ainda por outras palavras, a responsabilidade científica assim entendida abrange tanto a presunção de universalidade que a ciência tem tendência a assumir como

procuração tácita concedida quer pela sociedade, quer pelas pessoas individuais, como o próprio mandato com que elas eventualmente podem dotar de modo explícito a ciência e os cientistas.

No entanto, não é este o entendimento que longamente tendeu a prevalecer e que persiste ainda em não pequena medida no seio das comunidades científicas, em geral, e da comunidade biomédica, em particular (Gracia, 2004, pp. 265-278). Significa isto que ela tem mantido um persistente esforço para assimilar exigência de rigor científico e caução de legitimidade ético-política, racionalidade científica e racionalidade reguladora, que o mesmo é dizer: um esforço de devolver à auto-regulação paritária a problematização ética das actividades científicas em termos de responsabilidade, cujo impulso provém do exterior das comunidades científicas e biomédicas, ao invés de se gerar no interior delas. Com efeito, a história, paralela, da experimentação biomédica em seres humanos e da respectiva regulação ética desde a segunda guerra mundial demonstra à sociedade, por um lado, que a experimentação biomédica ilegítima de modo nenhum cessou com os crimes contra a humanidade praticados pela medicina nazi, antes se tornou um facto recorrente, e, por outro lado, que as tentativas da sua regulação ética não só não obviaram à repetição incessante de abusos e crimes, como resultam mais do tipo de reacção, e até de resistência, da comunidade médico-científica às pressões exteriores no sentido de avaliarem as suas práticas e menos da espontânea e genuína assumpção, por parte delas, de um qualquer escrúpulo ético. Tanto assim é que as comunidades médicas retomaram ao desafio lançado pelo Código de Nuremberga à sua tradição de regulação paritária com a Declaração de Helsínquia de 1964, sucessivamente reformulada desde a sua primeira revisão em 1975, data em que consolida a sua principal feição, mantida desde então com alterações de menor monta. Invocando como modelo o Código de Nuremberga, a Declaração de Helsínquia consubstancia realmente uma alternativa a ele, sobretudo na medida em que coloca à cabeça dos requisitos formais de legitimidade da experimentação biomédica em seres humanos o rigor científico dos projectos de investigação, em vez do requisito da obtenção do consentimento informado que, classificado de absolutamente essencial no Código de Nuremberga, neste consagra o respeito da autonomia individual. Ora o privilégio da cientificidade da actividade biomédica, na Declaração de Helsínquia, implica necessariamente que a avaliação do rigor científico de um protocolo de experimentação biomédica seja em exclusivo cometida àqueles que se encontram dotados da competência necessária para a ela procederem, isto é, os próprios médicos-cientistas. Por esta via, a Declaração de Helsínquia configura uma tentativa de recuperação do privilégio da auto-regulação das actividades biomédicas, porquanto só os próprios pares, iniciados na tecnociên-

cia biomédica, são detentores das qualificações imprescindíveis para a avaliação da cientificidade daquelas (Cascais, 1998). O que significa, no mesmo gesto, que a caução ética da experimentação biomédica é inteiramente subsumida pelos critérios de cientificidade. Por outras palavras, as que, aliás, os próprios médicos-cientistas se comprazem em usar, a boa ciência é, por si só, portadora de bondade ética, o que faz com que ela se apresente, nessa exacta medida, como garantia suficiente da salvaguarda dos interesses das pessoas sobre que incidem as actividades biomédicas, quer experimentais, quer terapêuticas, quer preventivas. Não é outro o privilégio da beneficência médica, cuja inspiração remonta, em última análise, à medicina hipocrática, mas que a comunidade médica hoje recupera através do filtro da cientificidade: deste ponto de vista, a boa ciência não pode deixar de ser beneficente e a racionalidade da biomedicina é auto-suficiente quanto à definição da sua eticidade na proporção directa em que o é quanto ao estabelecimento das condições da sua cientificidade.

Entre o Código de Nuremberga, que privilegia a autonomia, e a Declaração de Helsínquia, que lhe sobrepõe a beneficência, com que a comunidade médico-científica tenta recuperar o poder perdido, cindem-se de modo irrecuperável a regulação jurídico-política e a regulação paritária de toda a actividade médico-científica, e não só o âmbito mais restrito da experimentação humana. Ao contrário de o ultrapassarem, o relatório Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979) e todos os posteriores instrumentos de regulação ética da experimentação humana mais não fazem do que evoluir no elemento daquele diferendo. Na verdade, o relatório Belmont, que data de 1978, mostra-se muito mais fiel ao espírito e à letra do Código de Nuremberga, ao recuperar a supremacia do princípio de autonomia sobre o princípio de beneficência da Declaração de Helsínquia. Com o relatório Belmont desenha-se claramente a dupla filiação dos instrumentos de regulação ética da experimentação humana, em particular, mas também, e por extensão, das actividades biomédicas, em geral, de que a regulação da experimentação humana acabou por constituir o modelo (Levine, 1986). De resto, nunca é de mais reparar que da comissão encarregada de redigir o relatório Belmont faziam parte, entre outros, Tom Beauchamp e James Childress, que aos três princípios éticos maiores enunciados no relatório Belmont, autonomia, beneficência e justiça, em obra publicada apenas um ano após o relatório, em 1979, haveriam de acrescentar um quarto princípio, o de não maleficência, que completaria a fórmula principialista clássica entretanto consagrada (Beauchamp e Childress, 1994). O principialismo de Beauchamp e de Childress viria de facto a consubstanciar a principal alternativa às correntes que, no interior da própria bioética, se esforçam por recuperar a ética da

virtude de extracção hipocrática e que atribuem à beneficência, se não o privilégio exclusivo, pelo menos a primazia teórica e prática em relação aos demais princípios. Efectivamente, um traço distintivo maior da bioética principialista, que a distingue daquela outra corrente no seu interior, é o facto de o primado, quer teórico, quer prático, de qualquer dos princípios sobre os restantes ser determinado essencialmente de modo pragmático pela natureza da situação concreta em análise, ou do dilema ético específico em questão num dado momento, e não por uma axiomática rígida da virtude com eixo único na beneficência. Temos, assim, por um lado, uma linhagem de documentos reguladores que com toda a propriedade se deve denominar política e que emerge do exterior das comunidades médico-científicas, de que é exemplo máximo o Código de Nuremberga, mas em que também há que filiar a recente proibição liminar da prática da clonagem humana nos Estados Unidos da América e na Comunidade Europeia, e, por outro lado, uma linhagem de documentos reguladores provindos do interior das comunidades médico-científicas, exemplificados pela Declaração de Helsínquia, além de um elevado número de outros com a mesma origem que têm em comum um carácter deontológico-corporativo, na medida em que remetem para a exclusiva regulação paritária das actividades biomédicas.

Entretanto, a evidência de que a experimentação biomédica susceptível de configurar os crimes contra a humanidade perpetrados pela biomedicina nazi se repete desde a segunda guerra mundial torna patente que a experimentação biomédica é epítome do *experimentum humanum* (Martins, 2003), imparável, de que a tecnociência moderna é o *primum movens*. Poderia citar-se um caudal de casos exemplares, desde a experimentação do curso natural da sífilis não tratada em *Tuskegee*, no Alabama, que se prolongou da década de 30 à década de 70 (Beecher, 1966), até à experimentação dos efeitos da radioactividade em seres humanos (Faden, Lederer e Moreno, 1996), a qual, tendo-se estendido desde o início do projecto *Manhattan* até finais da guerra fria, envolveu gigantescos meios materiais e humanos e constituiu o primeiro projecto da era da *Big Science* em que vivemos, sem esquecer a exposição deliberada de militares aos efeitos de armas químicas e biológicas inimigas no decurso da guerra do Golfo (Annas e Grodin, 1992) — e com fortes indícios de que tal tenha voltado a ocorrer na guerra dos Balcãs —, assim como o ensaio de medicamentos para a SIDA em mulheres sul-americanas grávidas nos últimos anos da década de 90. Com efeito, o que se verifica historicamente é que a experimentação humana abusiva tem recrutado os seus experimentados de forma predominante entre populações que, por uma razão ou por outra, são desfavorecidas, minoritárias, dependentes e, logo, vulneráveis e que o tem feito precisamente em função dessa vulnerabilidade, a que se cola a sua fácil disponibilidade. De um ponto de vista organizacio-

nal, o facto de as profissões médico-científicas lidarem com este tipo de populações seria suficiente para interditar a sua auto-regulação.

A FUNDAMENTAÇÃO DA BIOÉTICA E A REGULAÇÃO DA EXPERIMENTAÇÃO HUMANA

Ora é precisamente na medida em que os actos praticados pela medicina nazi, e que configuraram os crimes contra a humanidade julgados em Nuremberga, se podem repetir hoje no contexto e com a suposta legitimidade dos Estados democráticos de direito sem, todavia, recaírem sob aquela figura jurídica e sem serem facilmente percebidos como tal que se tem falado de uma analogia nazi para a bioética contemporânea (Annas e Grodin, 1992; Caplan, 1994). A analogia nazi é passível de uso abusivo sobretudo em dois casos: quando esgrimida como argumento definitivo para pôr termo a uma controvérsia cumulando indiscriminadamente com a gravidade dos crimes perpetrados pela biomedicina nazi toda e qualquer actividade biomédica de algum modo susceptível de censura ou reticência; quando serve para responsabilizar de forma expedita as comunidades e as actividades biomédicas pelo totalitarismo do regime nazi, assim como por todos os totalitarismos de todas as épocas e lugares em cujas práticas se encontram médicos comprometidos, desde a colaboração na prática de tortura nas ditaduras da América Latina ao internamento psiquiátrico compulsivo na ex-União Soviética e ao aproveitamento biomédico da pena capital e às políticas de limitação eugénica da natalidade na República Popular da China. Tal uso abusivo seria corolário de uma pura e simples diabolização da tecnociência biomédica. Correctamente entendida, a analogia nazi deveria servir exclusivamente para, em primeiro lugar, tipificar sem equívocos os crimes perpetrados pela biomedicina nazi como formas extremas da inumanidade sempre susceptível de ser reactivada mesmo que em circunstâncias e contextos que só remotamente se afigurem poder assemelhar-se-lhes, e, em segundo lugar, permitir que o inumano se torne reconhecível como tal à luz da sua caracterização em função do que realmente constituiu a teoria e a prática da biomedicina nazi, ou seja, a analogia nazi deveria ser útil para caracterizar e formular da maneira mais clara possível os indicadores e critérios da indesejabilidade nos princípios e pressupostos, nos meios e instrumentos e nos fins e móbeis das actividades biomédicas, que o mesmo é dizer, estabelecer as bases que permitam fixar uma prática continuada, tanto formal como informal, de avaliação das possibilidades tecnocientíficas.

A biomedicina não criou o totalitarismo do *III Reich* nem nenhum dos que até hoje conhecemos. Mas os médicos também não se limitaram a ser meros peões da instrumentalização; como prova sem margem para dúvidas

a historiografia mais recente do regime nacional-socialista, os médicos foram autênticos pioneiros no afeiçoamento das políticas biomédicas do regime, que instruíram de ponta a ponta, de tal modo que sem eles a higiene racial nazi nunca teria tido a amplitude e a eficácia que teve, desde os programas de esterilização e de eliminação selectiva de determinados grupos até ao projecto global do holocausto, inegavelmente medicalizado em toda a sua extensão. A tecnociência biomédica não possui, não pode porventura possuir, nem talvez seja razoável exigir-lhe que alguma vez venha a possuir, os elementos necessários à resistência à instrumentalização política, económica ou outra; pelo contrário, a sua vulnerabilidade à instrumentalização é máxima se esta for de molde a sugerir, ou a realizar efectivamente, os fins mais caros à racionalidade cognitivo-instrumental da biomedicina, os interesses corporativos das comunidades médico-científicas e os interesses científicos e profissionais dos membros que as compõem. Foi precisamente isso que aconteceu com o regime nazi. Para tão irresistível atracção não possui a tecnociência biomédica defesas possíveis. A inumanidade nazi não ocorreu nem contra, nem a despeito da tecnociência biomédica, mas certamente não teria sido possível sem o seu concurso activo. Eis por que a repetição da inumanidade da biomedicina nazi é, e não pode deixar de ser assim encarada em todas as suas implicações, uma possibilidade efectiva sempre que estiverem reunidas as condições para tanto necessárias. O pensamento monológico da tecnociência, assim como todo e qualquer monologismo, e disto têm as confissões religiosas organizadas e as ideologias políticas fornecido superabundantes exemplos, está votado, pela sua própria natureza, ao delírio fundamentalista, à ontologização totalizadora e, logo, à teoria e prática activas do totalitarismo, sempre que deixado entregue a si próprio, o que ocorre maximamente quando se transforma em doutrina oficial de um Estado, ou seja, quando se torna insusceptível de se submeter a qualquer instância fiscalizadora ou reguladora.

Não se trata, realmente, de diabolizar a tecnociência, em geral, e a tecnociência biomédica, em particular. Essa diabolização teria necessariamente de passar por uma partilha, de natureza moral, entre actos intrinsecamente bons e actos intrinsecamente maus, classificando as actividades biomédicas entre estes últimos, o que liminarmente recusamos como metodologia de análise. Pelo contrário, sustentamos que a tecnociência biomédica contém elementos que lhe conferem um carácter intrinsecamente perigoso. O mesmo equivale também a dizer que o médico não é maleficente apenas quando, deliberada ou inadvertidamente, quebra os preceitos deontológicos, o que configura uma momentânea má prática como ruptura com o adquirido ético e que pode sempre ocorrer no decurso da sua actividade; há antes que dizer que a tecnociência biomédica está sempre na iminência de se tornar maleficente — que de modo nenhum é o mesmo que dizer que o seja efectivamente — em virtude

da racionalidade que lhe é própria, o que implica também que a tecnociência biomédica possa ser maleficente independentemente e até mesmo contra a própria boa vontade e excelência de intenções, ou de virtudes pessoais e profissionais, do clínico e do cientista. Como se sabe, os estudos sociológicos sobre a incerteza e o risco têm dado contributos fundamentais para esclarecer este facto.

Eis também por que a racionalidade cognitivo-instrumental da tecnociência biomédica, pela sua própria natureza, compromete à partida de modo definitivo a possibilidade de fundar nela uma bioética que não seja uma mera deontologia profissional. Com efeito, o projecto de auto-regulação da tecnociência biomédica, e, pior ainda, a presunção de que esta possa, inclusivamente, fundar uma bioética, esbarra com uma impossibilidade epistemológica intransponível, isto é, que decorre necessariamente da natureza da sua própria racionalidade, e que precisamente lhe confere o carácter intrinsecamente perigoso atrás referido. Esse perigo intrínseco é consubstanciado pelo facto de a racionalidade tecnocientífica ser portadora de uma vontade universalizante e ontologizante que lhe é própria e inescapável. Assim, em primeiro lugar, a racionalidade tecnocientífica vem a ser intrinsecamente perigosa na medida em que a dinâmica que lhe é própria é imparável, desmesurada no único impulso que conhece, o da produção indefinida, e por isso incapaz de incorporar qualquer princípio de autocontenção, o que a torna pela sua própria natureza alheia a qualquer formulação de uma justa medida concebida a partir daquilo mesmo que ela é e do que faz; o pressuposto de necessidade e universalidade das leis que regem os fenómenos de que se ocupa a tecnociência dota-a de uma capacidade universalizante — de uma vontade de saber e de poder — que é em si mesma, e por essa simples razão, portadora do perigo de ignorar a presença obstaculizadora de tudo quanto escape a essa racionalidade e, nomeadamente, do indivíduo com os seus interesses particulares, de resto informuláveis nos precisos termos dela (Cascais, 2000). Em segundo lugar, a racionalidade tecnocientífica é portadora da tendência para considerar todo o possível um existente, o que abre caminho à possibilidade tecnocientífica de legislar retroactivamente sobre a ocorrência, sempre excepcional, defectiva, aleatória, anormal, variável e tenteante dos fenómenos empíricos; exemplo máximo é a possibilidade de a intervenção manipuladora da engenharia genética, na sequência do mapeamento integral do genoma humano, retroagir normativamente sobre o perfil biológico dos actuais indivíduos humanos como autêntica correctora de uma natureza que há que restituir, por obra e graça da intervenção tecnocientífica, a uma perfeição maior do que a dela mesma, se deixada entregue aos desvarios dos seus próprios erros e defeitos. Trata-se aqui de uma nova falácia naturalista, que não é já aquela da simples transformação da descrição dos fenómenos naturais em legiferação dos fenómenos humanos, ou da transposição

normativa da idealidade do funcionamento dos fenómenos naturais para os comportamentos humanos, individuais e colectivos; ao invés, neste novo tipo de falácia, trata-se de considerar que o resultado da manipulação tecnocientífica dos fenómenos naturais é a única realidade e aquela a que deve, portanto, ater-se a construção dos comportamentos humanos, ou seja, a ideia segundo a qual só aquilo que é eficazmente possível possui a objectividade para que não só possa como deva ser considerado realmente existente. Não se trata já, pois, da falácia naturalista que mereceu a denúncia humeana, mas de uma falácia propriamente artificialista que veio ocupar-lhe o lugar e, em larga medida, as respectivas funções ontologizantes e normativas. O melhorismo tecnocientífico não consiste noutra coisa. De resto, assinala-se que não só o precaucionismo actual é devedor deste tipo de considerações, como também era isto que já denunciava Hans Jonas no momento de formular a sua proposta de uma ética para a era da técnica — sem, no entanto, chegarmos ao ponto de sugerirmos, como Jonas, a instituição de uma regulação quase inquisitorial da investigação científica.

Fundar, nestas bases e nestes termos, uma bioética seria exorbitar o âmbito de validade teórica e aplicabilidade prática da mera deontologia profissional. Significaria isso a assimilação da racionalidade ética à racionalidade cognitivo-instrumental da tecnociência, da legitimidade ética ao rigor científico, gesto que equivale a reconhecer à ciência carácter legiferante e normativo e ao médico-cientista o papel de legislador universal que a própria filosofia, que longamente o reivindicou para si, hoje se acautela de sequer sugerir para o filósofo. Nesta conformidade, a desconfiança ante um modelo de ética profissional inspirado pela investigação científica e o recuo para um modelo centrado na ética clínica faz-se sentir mesmo em alguns sectores da comunidade médica (Marques, 1999 e 2002). Não significa, no entanto, que a bioética ponha tão radicalmente em causa a deontologia médica a ponto de pura e simplesmente a excluir, antes lhe aponta os limites e constitui mesmo a limitação necessária do âmbito de validade e de aplicabilidade da deontologia profissional, e isto pelo simples facto da sua existência, ou seja, das condições que permitiram a sua emergência enquanto campo diferenciado e alternativo à regulação deontológica. Ora é precisamente o rumo oposto que tendem a empreender as comunidades biomédicas, invertendo o movimento de extravasamento da deontologia pela bioética com um denodado esforço de recuperação da bioética pela deontologia. As comunidades biomédicas presumem deste modo restituir o «humanismo» nas políticas públicas e nas práticas profissionais, nas relações médico-paciente e medicina-sociedade, com as mesmas concepções, pressupostos e meios que precisamente operaram a erosão de humanismo. Enquanto prevalecer este tipo de ilusões na classe médica e entre os decisores políticos, e até mesmo em alguns sectores da bioética, não poderá deixar de se agravar a situação

actual de falência da auto-regulação paritária das actividades biomédicas e de recorrência, sempre mais frequente, profunda e extensa, de situações de inadmissibilidade ética, para não dizer mesmo de precipitação do inumano, que, se não assume a face nazi, não deixa, todavia, de adquirir as feições disformes do atentado contra a dignidade humana.

O movimento que visa a redução do âmbito da bioética ao de uma mera deontologia profissional, operante no interior da bioética, implica recuperar a auto-regulação paritária das actividades biomédicas e tem por eixo a ênfase numa ética da(s) virtude(s) médica(s) (Pellegrino e Thomasma, 1993; Shelp, 1984), com particular privilégio do princípio da beneficência, na medida em que a avaliação da beneficência médica à luz dos requisitos e critérios do rigor científico apenas pode ser cumprida, tanto em teoria como na prática efectiva, pelos pares das comunidades médico-científicas devidamente qualificados para tal. Este fenómeno é sobremaneira notório quando se atenta nas comissões de ética que procedem à avaliação dos protocolos experimentais. Hoje imprescindíveis à aprovação de qualquer protocolo de experimentação biomédica em seres humanos, as comissões de ética consubstanciam a instituição formal de uma das exigências iniciais da bioética (Moulin, 1990) desde a sua emergência como disciplina e como discurso. No decurso do tempo, as comissões de ética da experimentação vieram a constituir alguns dos exemplos mais acabados de profissionalização da bioética. Mas também um dos principais veículos de recuperação da bioética para o âmbito da deontologia, na medida em que as integram sobretudo, se não mesmo exclusivamente, médicos e cientistas. Não foi sem razão que a bioética, assim profissionalizada de um modo que reverte para a deontologia, já mereceu o qualificativo de «instituto das permissões científicas» nos Estados Unidos da América (Caplan, 1992), berço da bioética e molde de muito do que ela viria a ser mesmo nos países europeus que só recentemente desenvolveram uma teoria e uma prática da bioética alternativa à norte-americana, mas que dela continuam a ser muitíssimo devedoras. Efectivamente, o fechamento das comissões de ética a não médicos — outros profissionais de saúde, cientistas sociais, psicólogos, filósofos e bioeticistas, membros de confissões religiosas, representantes de associações de doentes e clientes, organizações não governamentais empenhadas em questões de saúde, assim como os próprios doentes nos casos discriminados em que se encontrem directamente envolvidos — acarreta por si só o risco da redução da bioética ao âmbito da deontologia profissional e do branqueamento dos interesses cognitivos ou até mesmo simplesmente corporativos das comunidades médico-científicas. É frequente os apologistas do retorno às virtudes médicas acusarem a bioética de ter introduzido estranhos à cabeceira do doente, que se teriam vindo interpor entre ele e o seu médico, perturbando a relação privilegiada de há muito estabelecida entre eles. Esta acusação assenta uma vez mais no

pressuposto essencial da auto-suficiência da racionalidade biomédica para regular as actividades profissionais, porquanto impõe ao paciente a assimetria cognitiva que o impede de dominar os saberes biomédicos e a linguagem em que eles se exprimem como se de uma assimetria ética se tratasse, explorando em seu próprio proveito o «papel de doente» e ignorando que, quanto à defesa dos interesses e da dignidade do paciente ou do indivíduo objecto de experimentação biomédica, a relação com o clínico ou o cientista só pode ser igualitária e simétrica. Ou seja, que, em termos de dignidade ética, ou ambos se encontram em pé de igualdade, ou a relação deve ser tida como ilegítima. Mais, esta acusação ignora que toda a afecção orgânica é sempre acompanhada de conflito psíquico e disfunção social que afecta a relação do paciente, quer com o meio em que se insere, quer consigo próprio, relações nas quais aqueles outros ditos «estranhos» são susceptíveis de desempenharem um papel mediador essencial e que só o próprio paciente pode determinar e solicitar. Mais ainda, esta acusação é, em regra, marca da presunção vulgar das comunidades médico-científicas não só de conhecerem o interesse da sociedade, como de o identificarem com o interesse da ciência, apresentando-se perante o paciente individual como representantes de um bem comum do qual o isolam e contra o qual o posicionam. Em última análise, a acusação contra os estranhos à cabeceira facilmente incorre no perigo de considerar estranha a cooperação, autónoma e activa, do paciente, num processo em que ele ocupa o centro, isto é, de o considerar a ele próprio um estranho.

A tendência para reduzir a bioética a uma deontologia profissional é tanto mais acentuada nas sociedades em que as tradições corporativas se vêem reforçadas pela presença de elites profissionais há muito instaladas e pouco ou nada habituadas à presença de uma massa crítica ou ao associativismo de tipo não profissional que as desafie. Tal é o caso português, a despeito das tomadas de posição pública (Archer, Biscaia e Osswald, 1996) que a prática real desmente. Além disso, a virtude médica, a despeito da crença vulgar e amplamente disseminada no seio das comunidades médico-científicas, não equivale a um conjunto rígido e formal de valores ou de princípios invariáveis espacial e temporalmente. Ao invés, a virtude médica varia de acordo com os sistemas de crenças e valores dos próprios profissionais, pelo que a simples invocação da virtude não basta para obstar à imposição daquelas crenças e valores a um paciente que, à partida, nas sociedades crescentemente multiculturais em que se exercem as actividades biomédicas, nada permite presumir que os partilhe com o profissional de saúde. Muito pelo contrário, a invocação da virtude médica, em vez de constituir uma garantia de beneficência, pode muito bem significar uma forma de proselitismo, se não passar pelo crivo da adaptação aos sistemas de crenças e valores dos indivíduos ou das comunidades que são objecto da prestação de cuidados. Conjunção da máxima gravidade é aquela que faz coincidir numa mesma e

única pessoa a caução do rigor científico e a caução da legitimidade moral, do conhecimento especializado e da autoridade moral que conferem um carácter irretorquível a todo o pronunciamento do médico que, no seu exercício profissional, simultaneamente se apresenta como porta-voz de uma confissão religiosa ou de uma corrente de opinião.

Isto ocorre com demasiada frequência no nosso país quando as vozes que publicamente se autorizam a pronunciar-se não só sobre as questões mais estritamente bioéticas, mas sobre a tecnociência em geral, o mundo contemporâneo, as tão proclamas «cultura», «valores», «convicções» e «sensibilidade» portuguesas, quando não os destinos da humanidade e do universo e o mais que na oportunidade vier à colação, o fazem no duplo papel, explicitamente invocado, de autoridade científica e autoridade moral, sem clara e distintamente explicitarem onde termina uma e principia a outra (Garcia, 2003; Jerónimo, 2002, 2003). Não é infrequente, no nosso país, que a bioética, que nos EUA já foi apelidada de instituto das permissões científicas, acabe por vezes por coincidir, e por mais paradoxal que isso possa parecer, também com a teologia moral católica aplicada. Acontece que esta coincidência, que nada tem de fortuito, leva a que, pelo lado da autoridade médico-científica, se conheça apenas a doença e o interesse da ciência ou da sociedade em detrimento da pessoa doente e a que, pelo lado da autoridade moral, apenas se conheçam princípios e a sua defesa abstracta, de tal modo que o princípio prevalece irredutivelmente sobre a experiência concreta do indivíduo, a sua dignidade e a sua experiência da dor. É o caso da defesa à *outrance* do direito à vida a um ponto que esta passa a ser algo que autenticamente se inflige ao indivíduo, ou do direito à saúde que se transforma assim em obrigação de saúde e coacção ao gesto terapêutico, ou preventivo, se é que até não mesmo experimental, do clínico e do cientista, que esmaga toda a autonomia individual e ignora o requisito essencial do consentimento livre e informado. Se não se trata já de um *fiat justitia, pereat mundus*, trata-se decerto de um *fiat justitia, pereat homines*. De resto, o sacrifício das pessoas a uma ideia de humanidade, a uma metafísica da conservação do homem natural-cultural (Hottois, 1992), colide com o, e facilmente é quebrado pelo, aproveitamento da própria dinâmica autoproliferante da tecnociência no sentido de uma ultrapassagem da condição humana que, segundo alguns, aponta já para uma trans ou uma pós-humanidade (Cascais, 2003; Martins, 2002).

CONCLUSÃO

A bioética emergiu da crise da auto-regulação paritária das actividades biomédicas, a qual teve o seu epicentro na experimentação humana. Não obstante, é consideravelmente vulnerável às tentativas de redução dela, quer

a uma moral teológica aplicada, quer a uma mera deontologia profissional, as quais ignoram a real dinâmica da tecnociência e as implicações, tanto epistemológicas como sociais, da biopolítica moderna, nada podendo assim opor com verdadeira eficácia a um relativismo ético paralisante e nada tendo para oferecer em defesa do indivíduo crescentemente vulnerável aos perigos da tecnociência. Nem por isso a bioética deixou de acumular um riquíssimo arquivo de reflexão crítica e de conhecimento prático que, no entanto, apenas poderá reactivar a sua vocação originária se e na medida em que se deixar rever de modo decisivo e profundo à luz dos contributos que, por excelência, os estudos filosóficos, sociais e culturais da ciência, da técnica, da multiculturalidade ou do género têm oferecido acerca da manipulação tecnocientífica dos corpos. A inspiração susceptível de impulsionar uma revisão de fundo da bioética virá sobretudo dos caminhos críticos abertos por campos como estes, e do modo como eles reapropriam — que não necessariamente rejeitam ou excluem — os sistemas de crenças e valores de que as comunidades médico-científicas e as confissões religiosas fazem tão-só um uso subordinado aos interesses corporativos ou proselitistas.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, G. (1997), *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil.
- ANNAS, G. J., e GRODIN, M. A. (orgs.) (1992), *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights an Human Experimentation*, Oxford, Oxford University Press.
- ARCHER, L., BISCAIA, J., e OSSWALD, W. (orgs.) (1996), *Bioética*, Lisboa, Verbo.
- BEAUCHAMP, T., e CHILDRESS, J. (1994), *Principles of Biomedical Ethics*, Nova Iorque, Oxford University Press, 4.^a ed.
- BEECHER, H. K. (1966), «Ethics and clinical research», in *The New England Journal of Medicine*, 274, 24, pp. 1354-1360.
- BERNARD, C. (1978 [1865]), *Introdução à Medicina Experimental*, trad. de M. J. Marinho, Lisboa, Guimarães Ed.
- BURLEIGH, M. (1997), *Ethics and Extermination. Reflections on Nazi Genocide*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CAPLAN, A. (org.) (1992), *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust*, Totowa, Humana Press.
- CASCAIS, A. F. (2005), «Guerra (in)justa, ciência (im)pura», in *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 16, pp. 89-118.
- CASCAIS, A. F. (2003), «Utopias biomédicas: o corpo perfeito», in *Cadernos Instituto São Tomás de Aquino*, VIII, 15, pp. 54-69.
- CASCAIS, A. F. (2002), «Genealogia, âmbito e objecto da bioética», in J. R. Barbosa, A. Silva e F. M. Vale (orgs.), *Contributos para a Bioética em Portugal*, Lisboa, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Ed. Cosmos, pp. 47-136.
- CASCAIS, A. F. (2000), «Bioethical mediation and the unstoppable course of human experimentation», in AAVV, *World Conference on Bioethics — Summary of Oral Presentations*, Gijón, pp. 243-245.
- CASCAIS, A. F. (1998), «La etica de experimentación con seres humanos», in *Médico Interamericano*, 17, 6, pp. 306-312.

- FADEN, R., LEDERER, S. E., e MORENO, J. D. (1996), «US medical researchers, the Nuremberg doctor's trial, and the Nuremberg Code. A review of findings of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments», in *Journal of the American Medical Association*, 276, 20, pp. 1667-1671.
- FOUCAULT, M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard/Seuil.
- FOUCAULT, M. (1997), «*Il faut défendre la société*». *Cours au Collège de France, 1976*, Paris, Gallimard/Seuil.
- FOUCAULT, M. (1994), *Dits et écrits 1954-1988*, 4 vols., Paris, Éditions Gallimard.
- FREEDMAN, B. (1995), «Unethical research», in W. T. Reich (org.), *Encyclopedia of Bioethics — Revised Edition*, Nova Iorque, Simon & Schuster Macmillan, 4, pp. 2258-2261.
- GARCIA, J. L., e JERÓNIMO, H. M. (2003), «'Exercícios' de ciência e ética na Brotéria», in H. Rico e J. E. Franco (orgs.), *Fé, Ciência e Cultura. Brotéria 100 Anos*, Lisboa, Gradiva, pp. 530-537.
- GOTZ, A., CHROUST, P., PROSS, CH., e COOPER, B. (1994), *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- GRACIA, D. (2004), *Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética*, Madrid, Triacastela.
- HOTTOIS, G. (1992), *O Paradigma Bioético. Uma Ética para a Tecnociência*, Lisboa, Salamandra.
- HOTTOIS, G. (1988), «Bioéthique: du problème des fondements à la question de la régulation», in G. Hottois e Ch. Susanne (orgs.), *Bioéthique et libre-examen*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, pp. 101-111.
- ISAMBERT, F.-A. (1987), «L'expérimentation sur l'homme comme pratique et représentation», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, pp. 15-30.
- JERÓNIMO, H. M. (2003), «Ética e religião na sociedade técnico-científica. A visão dos jesuítas portugueses», in H. Martins e J. L. Garcia (orgs.), *Dilemas da Civilização Tecnológica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 243-264.
- JERÓNIMO, H. M. (2002), *Ética e Religião na Sociedade Tecnológica. Os Jesuítas Portugueses e a Revista «Brotéria» (1985-2000)*, Lisboa, Ed. Notícias.
- KATZ, J. (1994), «Reflections on unethical experiments and the beginnings of bioethics in the United States», in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, 2, pp. 85-92.
- KRAMER, L. (1994), *Reports from the Holocaust. The Story of an AIDS Activist*, Nova Iorque, St. Martin's Press.
- KRIMSKY, Sh. (1982), *Genetic Alchemy. The Social History of the Recombinant DNA Controversy*, Cambridge, The MIT Press.
- KÜHL, S. (1994), *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism, and German National Socialism*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- LEVINE, R. J. (1994), «The impact of HIV infection on society's perception of clinical trials», in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, 2, pp. 93-98.
- LEVINE, R. J. (1986), *Ethics and the Regulation of Clinical Research*, Baltimore/Munich, Urban & Schwarzenberg, 2.^a ed.
- MARQUES, M. S. (2002), «O vinagre e a monarquia. Pequena história das indiferenças em medicina», in H. Martins e J. L. Garcia (orgs.), *Dilemas da Civilização Tecnológica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 169-197.
- MARQUES, M. S. (1999), *O Espelho Declinado. Natureza e Legitimação do Acto Médico*, Lisboa, Colibri.
- MARTINS, H. (2003), «Aceleração, progresso e experimentum humanum», in H. Martins e J. L. Garcia (orgs.), *Dilemas da Civilização Tecnológica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 19-77.
- MARTINS, H. (2002), «A singularidade está próxima. Prepare to meet thy doom!», in J. A. B. Miranda e M. T. Cruz (orgs.), *Crítica das Ligações na Era da Técnica*, Lisboa, Tropismos, pp. 97-105.

- MICHALCZYK, J. J. (org.) (1994), *Medicine, Ethics and the Third Reich. Historical and Contemporary Issues*, Kansas City, Sheed & Ward.
- MORENO, J. D., e LEDERER, S. E. (1996), «Revising the history of cold war research ethics», in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6, 3, pp. 223-237.
- MOULIN, M. (org.) (1990), *Contrôler la science? La question des comités d'éthique*, Bruxelas, De Boeck.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1979), *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research — The Belmont Report*, Washington.
- PELLEGRINO, E. D., e THOMASMA, D. C. (1993), *The Virtues in Medical Practice*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- RENNEBERG, M., e WALKER, M. (orgs.) (1994), *Science, Technology and National Socialism*, Nova Iorque, Cambridge University Press.
- ROTHMAN, DAVID J. (1995), «Research, human: historical aspects», in W. T. Reich (org.), *Encyclopedia of Bioethics — Revised Edition*, Nova Iorque, Simon & Schuster Macmillan, 4, pp. 2248-2258.
- SHELP, E. E. (1984), *Virtue and Medicine*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
- VOLLMANN, J., e WINAU, R. (1996), «Informed consent in human experimentation before the Nuremberg Code», in *British Medical Journal*, 313, 7, pp. 1445-1447.