

DILEMAS ÉTICOS NO ÂMBITO DA GENÉTICA

MARIA CRISTINA ROSAMOND PINTO

Cadeira de Genética. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

Numa curta introdução, a autora refere-se à função da Genética Médica nos grandes conflitos éticos da década corrente. Refere-se seguidamente à metodologia aplicada a fim de se promover uma base para uma discussão visando alguns problemas éticos no âmbito da genética. Os resultados obtidos são explicitados segundo a dicotomia seguida por Wertz e Fletcher*: casos em que a prática consensual dos dados equacionados foi quase absoluta face aos casos em que não houve consenso. Seguem-se considerando finais em que são equacionados os problemas acima referidos explicitando-se alguns factores que teriam estado na base das opções motivadas. Nestes considerando, e igualmente focado o desempenho do aconselhamento genético e da triagem genética para as doenças hereditárias mais prevalentes. Finaliza-se concluindo pelas exigências impostas ao geneticista moderno, focando-se o extraordinário desenvolvimento da engenharia genética na antecipação do mapeamento completo do genoma humano.

SUMMARY

Ethical dilemmas in genetics

After a brief introduction, the role of Medical Genetics in modern ethical conflicts is emphasized. International working approaches are discussed in an attempt to solve medical conflicts. The studies proposed by Wertz and Fletcher* are reviewed in order to assess the strength of consensus on various working approaches. A brief discussion evaluates working approaches to ethical problems in genetics. This discussion also focuses on genetic counselling and screening questions regarding pertinent hereditary diseases. Final considerations point out the demanding role played by the modern geneticist in medical ethics perspectives now broadened by new insights, namely the challenge of human genoma mapping.

INTRODUÇÃO

A Genética Médica promete ser uma área de grandes conflitos éticos nesta década do fim do milénio, à medida que o mapeamento do genoma humano tornará possível a aplicação de uma série de ensaios para triagem das doenças hereditárias.

Os geneticistas confrontam-se assim com os problemas éticos impostos pelas novas descobertas tecnológicas e as suas opiniões terão certamente um grande impacto nos debates que se avizinham.

Não se dispõe de qualquer estudo sistemático para o enquadramento dos problemas clínicos, embora de uma forma individual, vários especialistas tenham divulgado as suas ideias¹⁻⁴.

A metodologia usada debate princípios mais ou menos abstractos na tentativa de solucionar os conflitos

existentes. Um médico ver-se-á por exemplo, frequentemente confrontado com a confidencialidade devida a um doente e o dever de proteger familiares em risco de contrair doenças genéticas graves.

Alguns geneticistas⁵ têm proposto reflexões de carácter colectivo relativamente aos métodos reputados como mais eficientes para encarar opções moralmente difíceis. Deste esforço colectivo parece emanar um consenso geral com respeito pela autonomia do doente e o *primum non nocere* que deverá nortear todo o acto clínico.

ENTIDADES NOSOLÓGICAS

Afim de se promover uma base para uma discussão de carácter internacional visando os problemas éticos, passamos a referir os trabalhos de Wertz et al.⁶. Nestes

* Wertz D.C., Fletcher J.C. 1989 Ethics and human genetics: A cross-cultural perspective. Spriger Verlag, Berlin and New York.

estudos foram consultados os geneticistas médicos de 18 nações, com a participação de mais de vinte e cinco centros de genética. Os questionários incidiram sobre catorze casos clínicos e cinco situações de triagem médica.

Estes questionários foram administrados em inglês dado que a maior parte dos especialistas em genética foram treinados em países de expressão inglesa. Perguntava-se aos correspondentes qual seria a sua opção face a uma lista de respostas possíveis e porquê é que seleccionariam um determinado modelo de intervenção médica.

Neste estudo, Wertz e Fletcher⁶ escolheram nações representando toda uma gama geográfica e cultural.

Os centros consultados incluíram pelo menos dez geneticistas médicos, sendo omitidos os aconselhadores genéticos com um grau de mestrado, dado que esta categoria profissional está a diferenciar-se essencialmente nos Estados Unidos da América e no Canadá. Cabe aqui um parêntese para referir que esta tendência parece estar a ser seguida pelos nossos colegas dos Centros de Genética do Porto.

Conforme se pode verificar pelo Quadro 1, participaram 1053 geneticistas.

Dado o interesse dos resultados obtidos neste estudo prospectivo, passa-se a referir os mesmos segundo uma dicotomia: casos em que o consenso foi quase absoluto face aos casos em que não houve consenso.

Situações Consensuais — Verificou-se consenso em cinco dos catorze casos clínicos, cuja discriminação seria exaustiva e está fora do âmbito deste trabalho.

Relativamente ao fornecimento de resultados com achados diagnósticos controversos, basta referir que quatro destes casos clínicos diziam respeito à apresentação global dos resultados dos testes aos doentes. Um destes casos clínicos relacionava-se com aconselhamento genético indirecto em que se pretende acarear o doente com uma série de opções, cujos prós e contras

são discutidos tentando não influenciar a atitude do doente.

Nestes casos (Quadro 2), muito poucos geneticistas manifestaram qualquer tipo de conflito ético em revelar os resultados dos testes no primeiro caso explicitado no quadro. No segundo caso exposto no quadro (apresentação de resultados factícios), 66% dos geneticistas prevalentemente europeus (dada a exclusão dos E.U.A.) alertariam igualmente o doente para a eventual discordância por parte de outros colegas na interpretação destes resultados.

Outros casos (não referidos), implicavam falsa paternidade.

Paradigmaticamente, uma criança com doença autossómica recessiva (doença de transmissão mendeliana em que o fenotipo é expresso somente quando o genotipo é homocigoto, implicando que ambos os progenitores são portadores do gene em questão) em que se detectou que a mãe (ou mulher) e 50% dos irmãos são portadores do gene responsável pela patologia, enquanto que o marido apresenta um teste negativo. Oferece-se o dilema entre o dever de revelar a verdade e o dever de poupar uma família a danos morais, evitando igualmente prejudicar uma criança vitimada por uma patologia e consequentemente mais vulnerável. Noventa e seis por cento dos intervenientes no inquérito avalizaram a protecção da mãe e o critério da confidencialidade opôs-se a que a verdadeira paternidade fosse revelada. A maior parte dos geneticistas informariam a mãe em particular, sem a presença do marido, deixando que fosse ela a tomar a decisão de informar o esposo acerca do pai biológico da criança. As intenções invocadas pelos geneticistas iam desde o desejo de preservar a integridade da célula familiar, ao direito da decisão da mãe ou direito da privacidade materna. Alguns dos correspondentes (cerca de dez por cento) informariam o casal de que eram ambos geneticamente responsáveis pela patologia do filho. Só uma percentagem

QUADRO 1 — Nações participantes

Nação	Geneticistas a quem foi solicitada a participação (N)	Colaboradores correspondentes (N)	Percentagens nas respostas (%)
Austrália	014	012	86
Brasil	051	032	63
Canadá	073	047	64
Dinamarca	028	015	58
R. Federal Alemã	055	047	85
França	035	017	49
R. Democrática Alemã	025	021	80
Grécia	011	007	64
Hungria	018	015	83
Índia	040	027	67
Israel	017	015	88
Itália	026	011	42
Japão	074	051	69
Noruega	010	006	60
Suécia	026	021	81
Suíça	010	005	50
Reino Unido	050	033	66
Estados Unidos	490	295	60
Total	1053	677	64

tagem mínima (cerca de 2% atribuía a patologia da criança a uma nova mutação).

Nos casos encarando opções reprodutoras (também não referidos), incluindo o aborto terapêutico ou a gestação de termo, a prática consensual era a favor do aconselhamento genético indirecto.

Prática não consensual — Não houve forte consenso internacional nos casos implicando conflitos entre princípios éticos ou interesses dos indivíduos implicados na situação clínica. Dois casos paradigmáticos opunham o dever do geneticista em preservar a confidencialidade do doente ao dever de alertar os membros familiares em risco. Estes casos diziam respeito a indivíduos com genes mutantes: coreia de Huntington e hemofilia A, respectivamente (Quadro 2 caso 3).

Excluindo os E.U.A. Wertz e Fletcher⁶ não encontraram diferenças significativas no equacionamento destes casos. *Cerca de sessenta e seis por cento dos geneticistas partilhavam da opinião de que o dever para com os familiares em risco devia sobrepor-se ao desejo de confidencialidade expresso pelo doente.* Diferiam, no entanto, as metodologias preconizadas: *cerca de trinta por cento só informariam os familiares no caso de serem pressionados nesse sentido; cerca de trinta e três por cento facultariam tal informação mesmo que esta não tivesse sido solicitada.* De uma forma geral, trinta e dois por cento eram a favor de preservação de confidencialidade no caso do doente de foro neurológico e doze por cento dos geneticistas endossariam essa responsabilidade ao médico assistente. Percentagens muito semelhantes foram obtidas no equacionamento do aconselhamento genético inerte à coagulopatia.

Não houve igualmente forte consenso relativamente a situações que pudessem prejudicar o doente sob o ponto de vista psicológico.

Foram apresentados no questionário acima referido dois casos em que à autonomia do doente (o direito de querer saber ou desconhecer o facto médico) se opunha o dilema de uma informação potencialmente lesiva.

Um caso paradigmático foi o da identificação de uma translocação equilibrada num dos progenitores de uma criança com a Síndrome de Down. O atribuir esta translocação a um dos progenitores poderia permitir ao casal e a outros familiares em risco o recurso a opções reprodutoras que impediriam o nascimento de uma outra criança com trisomiase²¹. Paradoxalmente, tal conhecimento poderia despertar um forte sentimento de culpabilidade no portador da translocação ou ameaçar um matrimónio.

Trata-se de casos típicos em que o geneticista é confrontado com o dever de revelar a verdade e o de não prejudicar moralmente o doente. Esses casos suscitaram, igualmente, uma grande divergência entre os geneticistas. Cinquenta por cento destes profissionais médicos revelariam espontaneamente o estado de portador da translocação crossómica. Outros tantos, informariam o casal da existência de uma informação relevante, deixando-lhes a opção de pretenderem ou não ser elucidados sobre o conhecimento em causa. É pertinente referir que só nos EUA e no Canadá é que a

maior parte dos geneticistas revelariam o estado de portador. A autora desta breve resenha sobre os trabalhos de Wertz et al.⁶, tendo efectuado o seu treino clínico como geneticista nos E.U.A. não resiste à tentação de frisar que os geneticistas dos referidos países (EUA e Canadá) justificavam a sua atitude invocando que a especialização genética nestes países era superior a de qualquer outro país, julgando-se muitos destes geneticistas *capazes de revelarem a verdade de uma forma suficientemente sensível no sentido de minorar os efeitos lesivos no doente.* (fim de citação).

Os geneticistas da maior parte dos países europeus reagiram de forma bem distinta às situações acima explicitadas. As suas respostas ao inquérito (remete-se o leitor aos trabalhos de Wertz et al.⁶) sugerem que os respectivos pareceres seriam mais determinados pela especificidade dos casos do que propriamente pelos princípios gerais da ética. Segundo estes geneticistas, uma entidade clínica, bem como as atribuições familiares ou o determinismo do sexo, só poderiam ser equacionados face a todo um contexto cultural.

Não será aqui focado o aconselhamento genético nos casos de inseminação artificial por um dador, fertilização *in vitro* de uma óvulo doado e/ou inseminação de uma mãe *alugada* (*surrogate mother*) com o esperma do marido, em casos de portadores de uma doença genética grave, para a qual não se dispõe ainda de diagnóstico pré-natal. É sabido que em certos países existe legislação condenando vigorosamente estas práticas, com toda uma série de conflitos inerentes ao estado jurídico da criança gerada por estes meios. A prática da adopção parece no entanto ser internacionalmente apoiada, encontrando-se, porém mal definidas as opções respeitantes à contracepção, laqueação tubar, vasectomia, ou esterilização. Uma especial referência à selecção do sexo, colocando em jogo a definição social da mulher. Conflito ético por natureza, revelando-se extremamente controverso. Neste âmbito é importante realçar uma diferença flagrante entre os resultados dos inquéritos realizados nos E.U.A. e no Canadá em 1972-73 e em 1975. Nos primeiros inquéritos⁷ só 1% dos geneticistas estariam dispostos a efectuar o diagnóstico pré-natal visando a selecção do sexo: este número ascende a 21% em 1975⁸. Nos E.U.A. sessenta e nove por cento dos geneticistas perflhando esta opção, fa-lo-iam por respeito à autonomia dos progenitores. Para alguns a selecção do sexo constituiria uma extensão do planeamento familiar na determinação do número, intervalo e qualidade das gestações. Outros geneticistas desejariam evitar atitudes paternalistas ou aconselhamentos directos na matéria.

Basicamente, cerca de trinta por cento dos geneticistas questionados sobre este assunto (incluindo os dos E.U.A.), *opôr-se-iam ao aborto de um feto normal ou invocariam que os interesses do feto não deveriam ser menosprezados face aos interesses familiares*, é interessante notar que na Hungria cerca de 15% dos geneticistas dispostos a efectuar o diagnóstico pré-natal desta situação, fa-lo-iam somente para impedir o aborto sistemático de um feto normal caso os progenitores não tomassem conhecimento prévio do sexo da criança!

QUADRO 2 — Casos clínicos para resolução ética (Segundo Wertz e Fletcher — Exemplos paradigmáticos fornecidos pelos Autores em Maio de 1990)

Tema	Caso paradigmático - 1	Respostas facultativas	Princípios éticos
Apresentação completa de dados. Resultados controversos	(Extraído do questionário) Obteve-se uma α -fetoproteína materna sérica elevada na doente, tendo-se procedido a novo doseamento igualmente elevado; o exame ultrasonográfico de grau II não evidencia qualquer anomalia, embora se tivesse procedido a um exame cuidadoso do feto: cabeça, coluna, abdómen e rins. O feto apresentava um cariotipo normal, a alfa-fetoproteína amniótica encontrava-se elevada e a acetilcolinesterase no limite normal. Estes resultados levantam a possibilidade de um pequeno defeito do tubo neural. Qual seria o aconselhamento feito aos progenitores?	1 — Referir-lhes que existe a possibilidade de um pequeno defeito do tubo neural e aconselhar o aborto. 2 — Referir-lhes que pode existir um pequeno defeito do tubo neural e, aconselhá-los a levar a gestação a termo. 3 — Referir-lhes que poderá haver um pequeno defeito do tubo neural, explicar que o conhecimento científico é limitado e mencionar a possível existência de outras explicações para os resultados dos testes. Negar qualquer tipo de aconselhamento genético, abandonando a doente às suas próprias decisões.	Autonomia — (Direito de saber o resultado — versus não canalizar informação de carácter lesivo).
Apresentação completa de dados. Resultados factícios	Uma análise do líquido amniótico sugere que o feto pode ter uma trisomiasse 13 mosaico. Não existe acordo médico entre os geneticistas responsáveis pela execução desta análise relativamente ao facto deste resultado constituir um artefacto da cultura de tecidos, ou seja, um falso positivo. Dados os conhecimentos actuais, não existe forma de clarificar melhor esta situação* no prazo legalmente estabelecido para um aborto terapêutico, pois com a repetição deste teste, os resultados só estariam disponíveis cerca de 24.ª semana da gestação. Parte-se do princípio que o geneticista assistente não é o clínico responsável pelo trabalho laboratorial. Tem, no entanto, a responsabilidade de aconselhar a futura mãe.	1 — Referir que não existem quaisquer anomalias. 2 — Informar a mãe de que existe uma anomalia. 3 — Referir que poderá existir uma anomalia. 4 — Informar a mãe de que os seus colegas discordam dos resultados do teste e que poderá haver uma anomalia. 5 — Evitar qualquer menção aos resultados deste Teste.	Autonomia (Direito de saber VS não intervenção de carácter lesivo).
Privacidade do doente vs dever para com os familiares em risco genético, ex. Hemofilia.	Uma mulher com uma criança recentemente diagnosticada como tendo hemofilia. A (doença de transmissão mendeliana, ligada ao Cromossoma X), opõe-se a que o diagnóstico e a informação genética pertinente seja facultada aos familiares em risco de ter crianças com hemofilia A. Esta informação poderá ser útil aos familiares dado que a mulher portadora pode ser detectada e a hemofilia A geralmente diagnosticada prematuramente. Como geneticista clínico, qual a informação que deixaria transparecer deste caso?	1 — Respeitar o desejo da privacidade da doente. 2 — Fornecer a informação aos familiares mesmo que ela não tenha sido pedida, mas só depois do insucesso de muitos esforços ao tentar persuadir a cliente a facultar voluntariamente essa informação. 3 — Informar os familiares, quer eles tenham ou não manifestado desejo de saber os resultados, tendo a precaução de transmitir somente a informação, directamente pertinente aos riscos familiares, independentemente do desejo manifestado pela cliente. 4 — Fornecer a informação aos familiares somente se ela for solicitada e depois da inutilidade dos esforços para persuadir a cliente a consentir em revelar voluntariamente os resultados. 5 — Enviar a informação ao médico assistente da cliente, como parte integrante do acto médico, deixando que seja ele a decidir.	Autonomia (Direito da doente à privacidade) vs o dever de informar outros elementos familiares em risco.

* Este caso é explicitado, considerando a maior parte dos recursos europeus. Nos EUA a autora destes breves considerandos tem a possibilidade de chegar a um resultado conclusivo em 48 horas, aplicando uma sonda genética específica do cromossoma 13.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

No equacionamento dos problemas acima referidos vários terão sido os factores que previligiaram esta ou aquela opção.

Noutra série de estudos Wertz e Fletcher⁹ notaram que o sexo do geneticista influenciava o tipo de aconselhamento genético, prevalecendo nas mulheres um aconselhamento genético indirecto face a um aconselhamento directo e mais interveniente nos clínicos do sexo masculino. O grau de especialização adquirida, grupo etário, estado civil, substrato religioso ou político pareciam ser factores menos contributivos. Mais demarcantes foram as diferenças culturais mesmo entre países de expressão inglesa como o Reino Unido e os E.U.A. é sabido que nestes últimos, os clínicos favorecem actualmente opções reprodutoras e o recurso ao diagnóstico pré-natal mesmo nos casos de ansiedade materna ou selecção do sexo. Na base destas divergências poderão estar os processos judiciais movidos aos médicos ou certas tendências culturais próprias das sociedades de consumo.

É importante frisar que de uma forma geral, o aconselhamento genético visa beneficiar uma grande parte da população. A triagem genética para as doenças hereditárias mais prevalentes e que faz hoje parte integrante dos programas de Saúde Pública na maior parte dos países comprova bem este facto. A genética tem progredido muito na última década, despertando progressivamente as atenções das ciências médicas e passando a ser incorporada no curriculum médico universitário. É crescente o número de doentes referenciados às clínicas genéticas, impondo a necessidade da criação de centros capazes de corresponder às solicitações crescentes do aconselhamento genético.

Secundando a opinião geral e sempre que possível, o aconselhamento deverá ser efectuado numa clínica genética. Não se conclui daqui que o clínico geral ou outros especialistas não devam participar no aconselhamento, mas dificilmente o aconselhamento genético poderá entrar na rotina dos generalistas demasiado absorvidos nos cuidados de saúde. Existe um conhecimento crescente de doenças hereditárias que se na maioria dos casos são raras, de forma alguma poderão ser negligenciadas num agregado populacional.

O médico da família, ou outro especialista médico, podem nunca ter sido expostos a uma determinada doença genética ou às complicações que lhe são inerentes. As formas hereditárias alternativas ou as situações em que aos factores hereditários se conjugam outros multifactoriais ou ambientais exprimem bem a complexidade da patologia genética. Existe muitas vezes a necessidade de consultar outros especialistas para se chegar a um diagnóstico e é altamente recomendável que se incentive o diálogo entre os responsáveis pelas clínicas genéticas e os especialistas dos mais diversos ramos, dada a multidisciplinaridade genética.

Tradicionalmente esperar-se-ia do aconselhamento genético um risco da recorrência complicado por vezes por factores que se revelam cruciais no equacionamento deste risco, embora individualmente se possam revelar de pouca importância.

Os casos acima explicitados estabelecem uma nova metodologia hoje exigida pelo aconselhamento genético. Surgem problemas mais sofisticados e colocam-se situações que, para além do seu carácter de confidencialidade, se revestem de grande sensibilidade. Actualmente, as solicitações impostas ao geneticista ultrapassam a mera explicação acerca da patologia que aflige um determinado doente, da sua forma de transmissão ou do risco inerente a outros membros familiares. Exige-se do geneticista uma discussão clara face a um possível leque de opções. Noutra vertente desta pirâmide multifacetada situa-se o diagnóstico pré-natal. O desafio de ter uma criança saudável é válido e intrínseco. Se alguns dos dados estatísticos acima referidos parecem indicar uma prática internacionalmente consensual relativamente a situações como a adopção de uma criança ou o total repúdio de metodologias como a inseminação artificial por um dador, há que pôr em causa o realismo de soluções aparentemente mais confortáveis.

Dadas as circunstâncias, não nos deve surpreender que muitos casais prefiram o diagnóstico pré-natal a abdicarem de uma paternidade. Mas o diagnóstico pré-natal neste contexto é, sem dúvida, diagnóstico pré-natal com a intenção de terminar a gestação caso o feto esteja afectado.

O extraordinário desenvolvimento da engenharia genética antecipando o mapeamento do genoma humano até ao fim do milénio permite advertir da possibilidade do diagnóstico pré-natal de doenças graves como a esclerose tuberosa e outras para citar um exemplo. Assim, as discussões éticas sobre inseminação artificial por um dador ou a inseminação de uma *mãe alugada* pelo esperma do marido, arriscam-se a tornarem-se obsoletas: adivinhando-se no horizonte outras discussões de carácter científico, tecnológico e moral bem como novos problemas éticos.

O conhecimento científico que deve ser exigido aos geneticistas clínicos não lhes confere certamente qualquer função elitista no debate destes problemas. O aconselhador genético terá o dever de fornecer toda a informação disponível e relevante à situação em causa, combatendo a ignorância e os falsos preconceitos. Ao doente ou potenciais progenitores é devido um aconselhamento isento e de sólido substrato científico. A decisão final, essa deverá caber sempre aos que tendo-se revelado suficientemente responsáveis para dissecarem o problema saberão certamente assumir na devida altura as opções mais acertadas.

Os dados recolhidos neste inquérito (aos quais a autora deu a sua contribuição integrada no Departamento de Genética da Universidade de Miami), visaram avaliar, conforme acima referido, o grau de consenso e variabilidade no equacionamento destes problemas por parte de geneticistas integrados em estruturas sociais e sanitárias bastante diversificadas. Estes resultados poderão vir a lançar as bases de uma prática consensual acerca dos meios de acção mais apropriados conduzindo a uma hierarquização de valores.

Um historial da ética médica está fora do âmbito deste trabalho, mas recorde-se que a ética ou a *filosofia dos valores* como é definida em dicionários creden-

ciados, tem preocupado a profissão médica desde os primórdios. Uma das características de qualquer profissão deverá ser a reflexão sobre os seus padrões de comportamento. A sociedade desempenha igualmente um papel vital esclarecendo os princípios religiosos e filosóficos que devem nortear um acto profissional.

De uma forma geral, a ética médica sedimenta-se nos princípios morais de uma Sociedade, aplicando-se no entanto ao acto médico considerando especiais dada a natureza das decisões que caracterizam a prática clínica. Os próprios médicos teriam estabelecido códigos que na maior parte dos casos foram designados para ajudar a interrelação médico-médico ou médico-doente.

Já na antiguidade a sociedade e os médicos tentavam definir os aspectos morais da prática clínica.

Os primeiros documentos que se referem ao *médico-sacerdote* datam do século XVI a.C. e constam de papiros egípcios, delineando os métodos para o estabelecimento de diagnósticos, tomada de decisões acerca de um eventual tratamento e da oportunidade do acto terapêutico. Desde que o médico se cingisse às normas estabelecidas, não seria considerado culpado mesmo em caso de morte do doente: pelo contrário, em caso de transgressão ou tentativa de tratamentos inovatórios e fatais para o doente, o próprio médico poderia ser condenado à morte.

Em 1948, a Organização Médica Mundial adoptou a Declaração de Génova que representava uma revisão do Juramento Hipocrático que deveria nortear todos os que iriam perfilar a profissão médica. Remontam igualmente a essa altura o Código de Nuremberga e a Declaração de Helsínquia pondo em evidência a necessidade do consentimento voluntário para a investigação clínica nos doentes e exprimindo duas características significativas da medicina moderna: o dever de preservar acima de tudo os direitos e as carências dos doentes bem como o reconhecimento de que é por vezes difícil tomar a decisão correcta à face dos dogmas sociais.

Estes parâmetros definiram linhas genéricas de actuação, revelando-se insuficientes para a resolução dos difíceis meandros criados por muitas situações médicas que ocorrem na moderna prática clínica.

Em 1984, Boyle¹⁰ na sessão inaugural da Associação Médica Americana, exortou os médicos a dedicarem-se à ética tradicional, visando uma boa qualidade do acto médico e procurando resistir ao racionamento dos cuidados médicos impostos pela limitação dos meios financeiros. Boyle preconizou que as organizações clínicas profissionais desempenhassem um papel mais activo no comportamento dos médicos, recomendando a inclusão de cursos de ética no curriculum médico universitário.

Em Portugal, os problemas éticos têm preocupado governantes e instituições médicas, traduzindo-se na criação de comissões e Conselhos de ética para emitir pareceres sobre as Ciências da Vida, incluindo a área de Biologia conotada à Bio-ética.

O Prof. Luis Archer, um dos Bioeticistas portugueses, comentou recentemente que a complexidade das técnicas da genética molecular, atingindo áreas cada

vez mais diversificadas da sociedade passou a constituir uma fonte de novos problemas éticos.

Estas mesmas preocupações tinham já sido manifestadas por J.A. Serra¹¹ o qual referiu que por ocupar uma posição central na compreensão científica da natureza assim como na dos outros seres vivos a *genética é alvo de abordagens e controvérsias sobre questões que se estendem para outros domínios, designadamente os de comportamento, sociológicos e morais...*

A moralidade e a filosofia médicas têm pois percorrido uma longa e difícil senda. Actualmente tanto a medicina como a sociedade veem-se confrontados com uma variedade de problemas complexos e difíceis, sem precedentes. As recentes e inovadoras técnicas de diagnóstico e tratamento têm-nos deslocado para um campo novo e controverso. A magnífica visão Hipocrática e os dogmas simplistas de Galeno revelam-se insuficientes para o equacionamento dos problemas médicos. Embora cada época tenda a vivenciar os seus próprios problemas com uma ênfase especial, parecem não existir dúvidas de que os problemas éticos devem sensibilizar-nos actualmente muito mais do que no passado, dada a extraordinária evolução tecnológica que vivemos.

BIBLIOGRAFIA

1. PFEIFFER R.A., FREZAL J., GERAUD F., ANDERS G., ROBERT J.Y.: Le Geneticien confronte aux problèmes d'éthique médicale. IXème Journées Europeennes de conseil génétique. Erlanger, Sept 1982. *J Genet Hum*, 1982; 30: 447-466.
2. BERG K.: Ethical problems arising from research progress in medical genetics. In: Berg K., Trany R.E. (eds.) *Research etichs*. Alan R. Lin, New York, 1983; pp. 261-275.
3. Schroeder-Kurth T.M.: Ethische Probleme bei genetischer Beratung in der Scherwangerschaft. *Monatsch F Kinderheilkunde*, 1982; 130: 71-74.
4. WERTZ D.C., FLETCHER J.C.: An international survey of attitudes of medical geneticists toward mass screening and access to results. *Pub Health Rep*, 1989; 104 (1): 35-44.
5. FLETCHER J.C., BERG K., TRANY R.E.: Ethical aspects of medical genetics. *Clin Genet*, 1985; 27: 199-205.
6. WERTZ D.C., FLETCHER J.C.: Ethics and human genetics: A cross — cultural perspective. Springer Verlag, Berlin and New York, 1989 b.
7. SORENSON J.R.: From social movement profession in regulating applied human genetics. In: Milunsky A., Annas GJ (eds) *Genetics and the law*. Plenum, New York, 1976; 467-485.
8. FRASER F.C., PRESSOR C.: Attitudes of counselors in relation to prenatal sex determination for choice of sex. In: Lubs H.A. de la Cruz F. (eds) *Genetic counseling*. Raven, New York, 1977; 109-120.
9. WERTZ D.C., FLETCHER J.C.: Ethical decision-making in medical genetics: Women as patients and practitioners in 18 nations. In Ratcliff V.L.S. (ed). *Healing Technology: Feminist Perspectives*. University of Michigan Press, Ann Arbor 1989; 221-241.
10. BOYLE, JOSEPH F.: Should we learn to say no? *J Amer Med Association*, 1984; 252(6): 782-784.
11. SERRA J.A.: Genética e Axiologia Existencial: princípios e algumas soluções práticas. 1987 Com. 419, XXIII Jornadas Luso-Espanholas de Genética. Lisboa.