

Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito de Vulnerabilidade

* Debora Diniz
** Dirce Guilhem

* Doutora em Antropologia, professora de Bioética do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília _ DF
** Doutora em Bioética, professora de Bioética do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília _ DF

Este artigo analisa as recentes transformações no campo da teoria bioética. Demonstra como a entrada de perspectivas críticas na Bioética, especialmente do feminismo, vem abalando os pressupostos clássicos da disciplina. Defende ainda o projeto de uma bioética crítica como estratégia compensatória para as diferentes formas de desigualdade social, concluindo ser esta é a forma mais eficaz de tornar possíveis os ideais bioéticos.

UNITERMOS _ Bioética feminista, teoria bioética, vulnerabilidade

Formalmente, a bioética de inspiração feminista surgiu no início dos anos 90, quando começaram a ser publicadas as primeiras pesquisas e ensaios sobre o tema, muito embora as reflexões sobre ética feminina e feminista existam desde os anos 60. A proposta inicial da bioética feminista não se restringia à entrada dos estudos feministas no campo da ética aplicada, ou seja, não visava apenas a incorporação do feminismo às idéias bioéticas imperantes. Na verdade, a força da bioética de inspiração feminista concentrou-se na perspectiva crítica do feminismo _ qual seja, o olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero (1) _ como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da bioética principialista (2). Por isso, paralela à entrada dos estudos de gênero e do feminismo na bioética, outras teorias com forte apelo crítico _ que aqui denominaremos por *teorias críticas* da bioética ou apenas *bioética crítica* _ tais como as anti-racistas, de estudos culturais ou de sociologia de classe, aportaram seus pressupostos na pauta teórica da bioética (3). Vale lembrar, no entanto, que constituir-se como a contrapartida crítica das teorias principialistas da bioética não era preocupação inicial ou mesmo anseio da bioética feminista, apesar de tal fato estar a cada dia se consolidando, haja vista o número de publicações, artigos e estudos que consideram o pressuposto feminista, isto é, o de crítica a todas as formas de opressão social como referencial analítico.

De forma não-intencional, portanto, as teorias feministas da bioética converteram-se em um corpo crítico às teorias imperantes nos primeiros vinte anos desta disciplina (4). Isso não significa que não tenha havido certa sedução das teóricas críticas por algumas das idéias da teoria principialista desenvolvida pelo filósofo Tom Beauchamp e pelo teólogo James Childress, por exemplo (5). Rosemarie Tong, uma filósofa estadunidense, mostra como nos primeiros anos de desenvolvimento da bioética houve uma espécie de acomodação de muitas bioeticistas feministas pelas propostas da teoria principialista. Entre outras razões possíveis, tal acomodação do feminismo à teoria dos quatro princípios foi decorrente do fato de que certos pressupostos do principialismo tocavam em questões fundamentais dos estudos de gênero, como por exemplo o princípio da beneficência (6). Por outro lado, ainda hoje a referência ao princípio da autonomia é fundamental à prática reflexiva das bioeticistas críticas, fato que se justifica por ser este um princípio ético do feminismo ou da luta anti-racista anterior à entrada dos mesmos na bioética.

Para muitas das teorias críticas, autonomia e conquista da liberdade são conceitos e princípios que se misturam na busca pela igualdade social, na crítica a todas as formas de opressão social ou mesmo na proteção de pessoas e/ou comunidades socialmente vulneráveis. No entanto, para além do princípio da autonomia, muitas vezes mecanicamente referenciado pela teoria principialista, as perspectivas críticas apontam para a necessidade de se demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode ser mascarada pela coerção da vontade, explicitando um dos aspectos fundamentais da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade.

Um exemplo comumente utilizado pelas teóricas feministas é o do uso e acesso às novas tecnologias reprodutivas. Há situações, por exemplo, em que o consentimento das mulheres às tecnologias reprodutivas não indica o exercício livre da vontade, da autonomia ou mesmo dos direitos reprodutivos. É importante considerar a hipótese de que muitas mulheres submetam-se passivamente a essas técnicas como forma de adequar-se aos papéis socialmente desejados e esperados das mulheres _ especialmente daquelas em situação de conjugalidade _ em

que a maternidade é quase um imperativo social. Nas palavras da médica Marilena Corrêa, uma das poucas bioeticistas brasileiras atentas à reprodução assistida, "(...) as novas tecnologias reprodutivas reforçariam, também, a visão da mulher como totalmente identificada com a maternidade e a reprodução, identificação tanto ou mais poderosa do que a que se fazia exclusivamente em nome da natureza (...)" (7). Assim sendo, o desejo por filhos, embebido no imaginário social associado à feminilidade, faz com que as mulheres submetam-se *voluntariamente* às terapias invasivas e de alto custo das novas tecnologias reprodutivas, sendo que muitas vezes essa vontade pode antes ser fruto de uma imposição social naturalizada pela cultura, isto é, de uma vulnerabilidade moral das mulheres, que expressão de um desejo por filhos (8,9).

A interação efetiva do feminismo às questões bioéticas permitiu, então, que situações e abordagens tradicionalmente silenciadas pelos pressupostos éticos universalizantes, seja do princípalismo ou da ética deontológica, fossem postos na mesa de discussões de congressos internacionais e nacionais, discussões sociais e acadêmicas e, mais recentemente, em salas de aulas no ensino e na pesquisa da bioética. Na verdade, o nó da discussão imposto pelas teorias críticas na bioética foi o pressuposto de que não é possível falar de princípios absolutos mediadores dos conflitos morais, tais como a autonomia ou a liberdade, em contextos de profunda desigualdade social, onde oprimidos mesclam-se aos vulneráveis. Ou seja, antes que o apelo a princípios éticos sublimes, e muito provavelmente com forte grau de adesão entre bioeticistas de todo o mundo _ tais como o princípio da liberdade ou da dignidade humana _ , a tarefa da bioética deveria ser a análise, a discussão e o desenvolvimento de mecanismos éticos de intervenção frente a todos os tipos de desigualdade social. Assim sendo, a tarefa fundamental da bioética não seria mais a apresentação do mapa ético de como a humanidade deveria ser _ se regida pela beneficência, não-maleficência, justiça ou autonomia _, mas sim a procura por mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral que tornem esses princípios eficazes. De princípios éticos universais passaríamos, portanto, para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social.

Em nome disso, a bioética de inspiração feminista, bem como as outras correntes críticas da bioética, não buscam meramente defender os interesses e direitos de grupos específicos de cada sociedade, como os das mulheres ou de minorias étnicas. Confundir bioética feminista com um certo discurso sexista é antes que tudo uma estratégia eficaz de justificar e silenciar os padrões de desigualdade e opressão que imperam nas sociedades: *é confundir vulnerabilidade, opressão e desigualdade com diferença*. Diferença é um valor moral da modernidade que merece e deve ser preservado. É uma conquista histórica de povos e sociedades que lutaram e acreditaram nos pressupostos ilustrados da dignidade humana, da liberdade e da democracia. O pressuposto da diferença é, assim, um dos componentes do projeto filosófico do pluralismo moral; um projeto em torno do qual boa parte das teorias críticas da bioética se harmonizam, pois é o que garante a certeza de que, apesar de a humanidade divergir em pontos fundamentais sobre a existência, a coexistência mútua na diferença é possível. Portanto, é fundamental diferenciar vulnerabilidade de diferença e, ainda, desigualdade de diferença. E o que torna desigualdade e diferença duas categorias apartadas é o acesso e o usufruto do poder social concedido a cada pessoa. Por isso, dizer que homens são diferentes de mulheres _ uma afirmação transcultural passível de ser consensual _ não é o mesmo que afirmar que a socialização feminina deva ser pautada pela dominação masculina.

Da mesma forma que a bioética feminista não deve ser considerada sexista, a bioética de inspiração e compromisso anti-racistas não diz respeito apenas às questões de minorias raciais ou étnicas, mas aos direitos e dignidades das populações subjugadas em nome da diversidade racial e que foram, erroneamente, julgadas inferiores por moralidades historicamente poderosas e intolerantes. Assim sendo, mais do que a defesa da condição feminina, dos direitos das minorias raciais ou mesmo dos interesses de grupos socialmente não-hegemônicos, a bioética crítica, e particularmente a bioética crítica de inspiração feminista, traduz e representa esta nova onda reflexiva da bioética em que aqueles(as) historicamente desconsiderados(as) nos estudos éticos, sejam eles(as) mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos, pobres, passam a compor a pauta de discussões. Ou ainda nas palavras de Margaret Little, "(...) algumas pessoas sugerem que a bioética feminista se refere às questões das mulheres na bioética, ou mesmo que são mulheres falando de bioética. Muito embora tenha relações com ambas as coisas, a bioética feminista não é equivalente a nenhuma delas. A bioética feminista é a análise de todas as questões bioéticas sob a perspectiva feminista (...)" (10). Parafraseando Little, diríamos que a bioética crítica é a análise de todas as questões bioéticas, seja a eutanásia, o aborto ou a alocação de recursos em saúde, sob o compromisso compensatório de interesses dos grupos e pessoas socialmente vulneráveis.

Mas o que os estudos de teoria crítica aplicados demonstraram, tais como o da enfermeira-bioeticista Helga Kuhse sobre a relação desigual entre médicos e enfermeiras no trato de pacientes terminais, foi a necessidade de se modificar não apenas os pressupostos hierárquicos de gênero, classe ou raça imperantes nas sociedades, mas sim que era fundamental e urgente refletir sobre os pressupostos ideológicos da própria bioética (11). Susan Wolf, uma filósofa estadunidense, organizadora do livro *Feminism and bioethics*, denominou o conjunto ideológico que nutria a bioética, especialmente a teoria princípalista, por "estrutura profunda da bioética" (12). *Grosso modo*, a estrutura profunda da bioética seriam os pressupostos absolutos, ocidentais (euro-americano), racistas (branco), classistas (capitalista) e sexistas (masculino) que inspiram boa parte das teorias éticas. Para a autora, o "muro de

separação" entre as teorias críticas e a bioética, e mais propriamente entre o feminismo e a bioética, deve-se basicamente a certas preferências ideológicas da disciplina: 1) preferência por regras e princípios abstratos que desconsideram as diferenças individuais e contextuais; 2) preferência pelo individualismo liberal que obscurece a importância dos grupos; 3) preferência por espaços institucionais de aplicação prática, tais como governo, escolas de medicina ou hospitais; e 4) preferência pelo isolamento frente às teorias críticas da pós-modernidade (12).

Em nome da falência dessas preferências ideológicas tradicionais da bioética, ou melhor dito, em nome do etnocentrismo disfarçado dessas teorias bioéticas, é que Wolf reclama a urgência do reordenamento dos pressupostos básicos da disciplina. Para a autora, o estilo argumentativo e reflexivo das primeiras teorias da bioética conduziu a disciplina a um certo elitismo, acrescido ao fato de os princípios éticos serem referenciados de forma descontextualizada e isolada de outras áreas do conhecimento. A consequência mais imediata e perversa dessa estrutura de pensamento bioético é que apenas algumas vozes e interesses foram incluídos na pauta bioética, deixando à parte um conjunto de indivíduos e grupos, tradicionalmente oprimidos e vulneráveis. Sobre essa apartação imposta pelas teorias principialistas, vale conferir um trecho de Wolf: "(...) os princípios e as salvaguardas da bioética não parecem ser aplicados igualmente para todos(as). Desenvolveu-se uma bioética voltada para a pessoa com acesso ao serviço de saúde e com um corpo médico disposto a escutá-la, compreendê-la e respeitá-la como pessoa. *Esta é uma bioética para privilegiados (...)*" (13) (sem grifos no original)

Na verdade, *privilegiadas* são as pessoas idealizadas pelas teorias éticas racionalistas, isto é, indivíduos aptos a considerar a eficácia dos pressupostos éticos das teorias bioéticas e capazes de defender seus interesses por meio desses princípios. Para a grande maioria de *desprivilegiados*, os excluídos do projeto bioético _ os socialmente vulneráveis _, resta o reconhecimento silencioso da fraqueza ética, fazendo com que, em situações extremas, os princípios possam ser usados de forma prejudicial a seus interesses.

O curioso é que até mesmo os projetos bioéticos considerados marginais e concorrentes às propostas principialistas hegemônicas, como a teoria do consentimento voluntário de Tristram Engelhardt, ignoram a desigualdade social como uma instância necessária para a reflexão bioética (14). Guiado pelo fracasso dos valores ilustrados, Engelhardt propõe que, na impossibilidade de apelo ao tribunal além-das-moralidades, a saída para as discórdias morais seria a defesa de uma bioética do procedimento (15). Ou seja, pelo princípio da acomodação mútua, diferentes comunidades morais sobreviveriam em uma organização societária a partir do respeito ao consentimento das pessoas. Nesse sentido, o princípio do consentimento, resumido na teoria engelhardtiana pela vontade ou pelo desejo individual, é a referência que legitima a moralidade de toda e qualquer crença. Infelizmente, na defesa da soberania da vontade, o autor escapa da pergunta fundamental das teorias críticas: a origem do desejo. Muitas vezes, assim como o exemplo das tecnologias reprodutivas demonstra, a vontade é antes resultado de uma socialização pautada por princípios e pressupostos opressores que mesmo a representação legítima de algum resquício da liberdade entre os desiguais.

Mas é especificamente em relação ao principialismo defendido por Beauchamp e Childress que Wolf analisa mais detalhadamente os limites das primeiras teorias bioéticas na consideração da vulnerabilidade social. A autora considera a teoria dos quatro princípios incapaz de incluir conceitualmente a categoria "outros(as)" da pós-modernidade, demonstrando o quanto as diferenças de gênero, raça e classe não foram consideradas pelo principialismo. Esse descaso, no entanto, se processa em um contexto em que a (in)diferença moral vem sendo analisada e comentada como nunca antes no campo dos estudos éticos aplicados à biomedicina. Falam-se das mulheres mutiladas ritualmente, dos religiosos Jeová que recusam a transfusão sanguínea, de Jack Kervorkian e seus quadros pintados a sangue, de Baby Doe, entre tantos outros ícones da diferença moral eleitos pela casuística bioética. Essa iconografia bioética, contudo, parece somente reconhecer os distantes morais, ou mesmo os imorais, capazes de fazer uso da linguagem do poder, ou como considera Wolf: "(...) sim, a bioética reconheceu que os Testemunhas de Jeová ou mesmo que outros grupos religiosos possuem visões distintas, mas porque esses grupos exigiram isso na base da força. Por outro lado, a bioética raramente considerou que uma paciente ou uma enfermeira pudessem ter problemas porque fossem mulher, negra ou lésbica (...)" (16). Além disso, outro aspecto perverso desse *casuísmo da crise* do discurso bioético é que o *casuísmo ordinário*, o da imoralidade do racismo ou do sexismo, isto é, de práticas cotidianas e normalizadas pelas sociedades, é esquecido pelas teorias bioéticas. Fala-se vulgarmente do Dr. Morte, uma figura romanesca no contexto das moralidades, mas não da ausência de leitos em UTI ou mesmo das práticas eugênicas do nazismo, mas não do racismo das estruturas profissionais de saúde. Com isso, a ameaça que permanece é que as teorias bioéticas convertam-se em mecanismos de defesa da ordem estabelecida, impedindo que vozes discordantes da hegemonia social tenham acesso à crítica moral.

Por uma linha muito semelhante, Susan Sherwin, uma filósofa canadense, em *No longer patient: feminist ethics and health care*, analisa os pressupostos argumentativos das ferramentas morais tradicionalmente consideradas pela bioética (17). Para a autora, a bioética, ao reproduzir o viés hierárquico de gênero, classe, raça e, ainda, profissional, se converte em um corpo teórico e prático, antes facilitador dos interesses dominantes que mesmo

crítico da ordem social: "(...) a organização da bioética reflete a estrutura de poder que domina os sistemas de saúde, o que, por sua vez, reproduz as estruturas de poder da sociedade mais ampla (...)" (18). No intuito de demonstrar o quanto as hierarquizações profissionais dominam o pensamento bioético, Sherwin se pergunta o porquê de os dilemas morais analisados pelos bioeticistas considerarem insistentemente a figura do médico ou mesmo o ponto de vista da medicina, em especial da ética deontológica médica, como contrapartida ética. O fato é que esse deslize da casuística bioética, esse ofuscamento dos interesses morais de outras profissões biomédicas, vulnerabilizadas pela desigualdade técnica frente à medicina, aponta e reforça a crença de que o trabalho do médico é não apenas tecnicamente mais importante mas também detentor de uma maior legitimidade moral em casos de conflito, não sendo necessária, portanto, a escuta de outras vozes. Ou seja, a menos que se encontrem mecanismos eficazes de compensação para a diferença que, em muitos casos, se converte em desigualdade, vulnerabilidade e exercício do poder serão sempre duas instâncias inconciliáveis da ordem social.

Assim sendo, não hesitaríamos em apontar o lugar de onde a bioética elabora e reproduz o seu discurso: *da tranqüilidade do poder*. Muitos profissionais da medicina, por exemplo, ao transporem-se da hegemonia técnica para a autoridade ética, assumem como próprio da bioética o discurso dominante da supremacia médica, fazendo com que a crítica de Barbara Nicholas, uma filósofa neo-zelandesa, seja oportuna: "(...) neste sentido, os bioeticistas têm evitado a confrontação e o enfrentamento direto com o discurso do poder. Nós nos colocamos à disposição da medicina, auxiliando apenas a profissão a executar o seu trabalho melhor. Os bioeticistas reconheceram que para manter sua presença ativa ao lado dos médicos é preciso elaborar argumentos aceitáveis, no sentido de que possam ser ouvidos e aceitos pelo mundo médico (...)" (19). Ou seja, segundo Nicholas, a contrapartida da legitimidade acadêmica e profissional da bioética vem sendo, em alguma medida, a própria medicalização de seu discurso, um fato representado até mesmo pela hegemonia de temas e situações clínicas da medicina em detrimento de outras experiências de conflito moral. Para muitos teóricos da bioética, especialmente àqueles comprometidos com as teorias críticas, essa compensação exigida pelo casamento bioética-medicina vem sendo considerada não apenas um mecanismo de enfraquecimento da disciplina pelo conseqüente rebaixamento analítico das reflexões mas, principalmente, uma quebra de compromisso com certos ideais da própria bioética, entre eles o da pluralidade de vozes morais.

Sem sombra de dúvida, não é de uma bioética como esta que os grupos e as pessoas socialmente vulneráveis necessitam para a defesa de seus direitos e interesses, mas de uma bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias principialistas e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem. Para isso, é fundamental a consideração de perspectivas teóricas bioéticas comprometidas com a opressão social e a desigualdade de poder, pois, caso contrário, a bioética se converterá em um recurso argumentativo sedutor para a legitimação dos interesses hegemônicos de cada sociedade. Ignorar as experiências, os interesses e mesmo a vida moral dos tradicionalmente postos à parte das reflexões bioéticas, sejam eles os vulneráveis, os oprimidos, os desiguais ou meramente os imorais, fará com que o fantasma do elitismo, do absolutismo e do imperialismo rondem cada vez mais intensamente a bioética.

Mas o reconhecimento da pluralidade de interesses morais e a conseqüente crítica ao absolutismo dos princípios bioéticos não implicam na defesa do dogmatismo do relativismo radical. Reconhecer a diversidade de interesses morais e éticos da humanidade é apenas olhar ao redor do sujeito transcendente _ fonte de inspiração das teorias bioéticas _ e constatar que as moralidades concorrem antes para o dissenso que para qualquer forma espontânea de harmonia pacífica. Ou seja, demonstrar a fragilidade das teorias principialistas da bioética não é o mesmo que confinar a bioética ao imobilismo ético dos teóricos do relativismo radical. Sim, é possível e necessária a defesa de projetos éticos que se amparem e defendam pressupostos universais, tais como os fazem as teorias críticas fundamentadas nos ideais dos direitos humanos ou dos interesses das mulheres. A questão, no entanto, é que entre esses dois tipos de universalismos _ o universalismo burguês das primeiras teorias principialistas e o universalismo compensatório das teorias críticas _ há uma diferença de perspectiva sobre a ordem social: o primeiro a protege, ao passo que o segundo deseja subvertê-la

Sob a ótica do pluralismo moral e ético, não é possível dizer que existam respostas antecipatórias corretas para os conflitos, o que não implica em dizer que o limite da tolerabilidade não possa ser delimitado para cada situação. Para Wolf, esses são dois níveis diferentes do princípio do relativismo moral que precisam ser diferenciados: "(...) o pluralista diria que não há resposta correta sobre o que uma moralidade deve ser. Mas é importante lembrar que isso não implica que não hajam respostas erradas. Pluralismo não conduz ninguém à idéia do "tudo vale" no campo da moralidade, tal como o subjetivismo faz (...)" (20). Ou seja, ser relativista sob o pressuposto pluralista sugerido por Wolf é também reconhecer que devam existir limites para a tolerância radical _ para nós, um desses limites deve ser a existência da desigualdade. Por isso, mesmo reconhecendo a complexidade das forças envolvidas em um determinado embate moral, concordamos com Sherwin quando diz: "(...) o relativismo moral feminista permanece absolutista na questão do erro moral da opressão, mas é relativista sobre outras questões morais (...)"(21). Sendo assim, o limite da tolerabilidade das teorias críticas seriam todas as formas de opressão social, onde a desigualdade seria a esfera do social que justificaria a intervenção em nome do intolerável. Intolerável e opressão são sinônimos para as teorias críticas, assim como liberdade e igualdade são equivalentes.

É neste sentido que a bioética crítica, e mais especificamente a bioética crítica de inspiração feminista, propõe: 1) não a uma epistemologia "essencial" da certeza, mas sim a uma epistemologia compensatória da desigualdade; 2) não a uma ética feminina do cuidar, mas sim a uma ética do cuidar associada à ética do poder; 3) não a um ser humano abstrato, genérico e universal, mas sim a uma atenção às condições de vulnerabilidade; 4) não a uma visão superficial do conflito moral compromissada com a hegemonia do poder, mas sim a uma análise crítica das estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva na escolha das pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade; 5) não à manutenção do *status quo* da disciplina, mas sim a uma prática ética e biomédica que contribua para o fim da desigualdade e da opressão; 6) não ao absolutismo, mas sim à adoção de um relativismo aberto de inspiração pluralista; 7) não à tolerância radical, mas sim ao reconhecimento do erro moral da opressão; 8) não ao liberalismo individualista ocidental, representado por uma autonomia sem limites, mas sim ao pluralismo moral como exercício da liberdade; 9) não ao indivíduo como referência de análise, mas sim ao indivíduo em sua rede de relações sociais; e, 10) não, definitivamente não, à acomodação teórica e instrumental da disciplina, mas sim a uma análise crítica dos pressupostos fundamentais e silenciosos da bioética (22).

Abstract _ *Feminist Bioethics: The Political Recovery of the Concept of Vulnerability*

This article analyses the most recent transformations in bioethical theory. It shows how the critical perspectives approaches to bioethics, specially feminist, have been changing the classical assumptions of the discipline. It argues for a project of critical bioethics as compensatory strategy of different forms of social inequality, concluding that it is the most effective manner to make bioethical ideals achievable.

Referências Bibliográficas:

1. O conceito de gênero desenvolveu-se nas ciências humanas, especialmente nos estudos antropológicos, e aponta para o fato de que sexo e papéis sexuais são duas instâncias distintas do comportamento humano. Como sugere Mireya Suárez, "(...) sexo e gênero são duas realidades diferentes, ainda que aconteçam juntas (...) gênero refere-se ao desempenho de papéis e às relações sociais que são pautadas pelas diferenças entre homens e mulheres (...)" (Suárez M. Considerações de gênero para a promoção da saúde. Brasília: OPS, 1996. mimeo 05). A autora continua sua argumentação demonstrando o quanto a anterioridade da determinação sexual, isto é, a existência de machos e fêmeas, confunde a compreensão de que masculino e feminino são criações e construções simbólicas, podendo, portanto, variar imensamente de uma sociedade para outra.
2. Alguns autores já apontaram a imprecisão conceitual da bioética em denominar a teoria dos quatro princípios de autoria de Tom Beauchamp e James Childress como teoria principialista. Na verdade, todas as teorias éticas baseadas em princípios são principialistas. A despeito do reducionismo conceitual, optamos pela nomenclatura corrente da bioética e usaremos teoria principialista como sinônimo das idéias contidas no livro *Principles of biomedical ethics*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 1979.
3. Para a definição de bioética crítica consideramos três eixos conceituais como referência: classe, raça e gênero. Sobre essa idéia tripartite dos eixos, vide Bordo S. *Feminism, postmodernism and gender-scepticism*. In: Nicholson LJ. *Feminism/postmodernism*. New York: Routledge, 1990: 133-57.
4. A confluência de outras teorias à perspectiva crítica do feminismo fez com que considerássemos esse contramovimento principialista da bioética, o antiprincipialismo, como movimento crítico ou teoria crítica, sendo ambos, portanto, sinônimos ora das teorias feministas, ora das teorias anti-racistas, por exemplo.
5. Há diferenças significativas entre a primeira edição de *Principles of biomedical ethics* e a mais recente, de 1994. Parte importante das críticas foram revistas pelos autores. No entanto, para análise dos efeitos perversos da teoria principialista na bioética, consideraremos as idéias e as argumentações contidas na primeira edição, até mesmo porque, inocentemente, boa parte dos bioeticistas periféricos ainda se referem a elas, a despeito dos ajustes da quarta edição (sobre este atraso teórico da bioética periférica, vide Diniz D, Velez AC. *Feminist bioethics*. In: *Feminist approaches to bioethics* (no prelo).
6. Tong R. Prologue. In: *Feminist approaches to bioethics: theoretical reflections and practical applications*. Colorado: Westview Press, 1998: 3. Rebecca Cook, por exemplo, defende que a teoria dos quatro princípios é ainda o melhor caminho teórico para que a questão feminista, da não-opressão, se concretize no campo da ética prática (Feminism and the four principles. In: Gillon R, editors. *Principles of health care ethics*. Chichester, England: John Wiley and Sons, 1994: 193-206).
7. Corrêa M. *Tecnologias reprodutivas: os limites da biologia ou uma biologia sem limites*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ (no prelo).
8. Donchin A. *Feminist critiques of new fertility technologies: implications for social policy*. J Med Philos 1996;21:475-98.
9. Purdy LM. *What can progress in reproductive technology mean for women?* J Med Philos 1996;21:499-514.
10. Little MO. *Why a feminist approach to bioethics?* Kennedy Institute of Ethics Journal 1996;6:1-18.
11. Kuhse H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997.
12. Wolf S. Introduction. In: Wolf S, editors. *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996: 13. Wolf S. Op.cit. 1996: 18.
14. Engelhardt TH. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
15. Sobre a impossibilidade de constituirmos um tribunal além-das-moralidades na bioética, vide Diniz D. Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 1999.
16. Wolf S. Op. cit. 1996: 17.
17. Sherwin S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
18. Sherwin S. Op. cit. 1992: 3.
19. Nicholas B. *Strategies of effective transformation*. In: Donchin A, Purdy L, editors. *Embodying feminist bioethics advances*. New York: Rowman and Littlefield Publishers, 1999: 241.
20. Wolf S. *Two levels of pluralism*. Ethics 1992;102:790.
21. Sherwin S. Op. cit. 1992:09.
22. Algumas dessas pontuações foram originalmente desenvolvidas por Guilhem D. Escravas do risco: mulheres, bioética e AIDS [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

Endereço para correspondência:

Debora Diniz
SQSW 104 F 605
70670- 406 Brasília - DF
debdiniz@zaz.com.br