

FRANCISCO DE ASSIS CORREIA

A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO FUNDAMENTAL E
ENGLOBANTE DA BIOÉTICA

Este exemplar corresponde à redação
final da Tese defendida por FRANCISCO DE
ASSIS CORREIA e aprovada pela Comissão
Julgadora em _____

DATA: 03/19/93
ASSINATURA: [assinatura]

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1993

Tese apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de DOUTOR EM EDUCAÇÃO na Área de Concentração: Filosofia e História da Educação à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Newton Aquiles von Zuben.

COMISSÃO JULGADORA

Aminturam Zul
Baffin
Jornais
Jari Luis Lipari

Campinas (SP), 03/09/93

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Newton Aquiles von Zuben: pela segura orientação, pelo apoio competente, pelo estímulo envolvente e pela fraterna amizade.

A Dom Arnaldo Ribeiro, Arcebispo Metropolitano de Ribeirão Preto, pela sua atenção, compreensão e solicitude nesta caminhada.

Ao Pe. Prof. José Benedito de Almeida David, amigo fraterno e sempre solícito em me apoiar e oferecer sua acolhedora residência.

Às comunidades de Santo Antônio de Bento Quirino (São Simão-SP), Imaculada Conceição de Dumont-SP e São Pedro Apóstolo (Ipiranga, Ribeirão Preto-SP).

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que levam em conta o "Outro" nos serviços de saúde.

À memória de meu pai, Ciniro.

À minha mãe, Zulmira.

Aos irmãos: Maria Clara, José Roberto, João Inácio, Maria Inês e Luís Antônio.

Aos Professores, Alunos e Funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Aos Professores, Alunos e Funcionários do Centro de Estudos da Arquidiocese de Ribeirão Preto-SP.

À Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

RESUMO

O objetivo deste é propor A Alteridade como Critério Fundamental e Englobante da Bioética. Dividido em três partes, na primeira, examina a origem e a conceituação da Bioética, suas principais características, e trata da chamada "trindade" bioética: beneficência, autonomia e justiça, fazendo, para cada um destes critérios, uma abordagem conceitual e histórica, bem como demonstrando seus limites; na segunda parte, propõe e define a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética e estabelece a relação entre alteridade e beneficência, alteridade e autonomia e alteridade e justiça. O marco referencial adotado é o conceito de alteridade de Enrique D. DUSSEL.

A terceira parte aplica concretamente o critério de alteridade a duas dimensões da Bioética: ao meio ambiente e ao relacionamento médico-paciente, sendo que, para este último, se articula a relação "quase-diádica" de LAÍN ENTRALGO com a alteridade segundo DUSSEL.

SUMMARY

The objective of the present study was to propose Otherness as a Fundamental and All-Encompassing Criterion of Bioethics. The study was divided into three parts. The first examines the origin and concept of Bioethics and its major characteristics, and deals with the so-called bioethical "triad": beneficence, autonomy and justice, approaching each and also demonstrating their limitations. The second proposes and defines otherness as a fundamental and all encompassing criterion of Bioethics and establishes the relation between otherness and beneficence, otherness and autonomy and otherness and justice. The referential mark used is the concept of otherness of Enrique D. DUSSEL.

The third part concretely applies the criterion of otherness to two dimensions of Bioethics: to the environment and to the doctor-patient relationship, with the "quasi-dyadic" relation of LAIN ENTRALGO being articulated with otherness according to DUSSEL for the latter.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

PRIMEIRA PARTE: A BIOÉTICA E A "TRINDADE" BIOÉTICA

I. <u>BIOÉTICA</u>	10
1.1. Origem e Conceituação da Bioética.....	10
1.2. Principais Características da Bioética.....	15
II. <u>A "TRINDADE" BIOÉTICA: BENEFICÊNCIA, AUTONOMIA E JUSTIÇA</u>	17
2.1. Beneficência.....	17
2.2. A Beneficência e seus limites.....	25
2.3. Autonomia.....	30
2.4. Autonomia e seus limites.....	37
2.5. Justiça.....	47
2.6. A Justiça e seus limites.....	65

SEGUNDA PARTE: A ALTERIDADE, CRITÉRIO FUNDAMENTAL E ENGLOBANTE DA BIOÉTICA

I. Pessoa e Alteridade.....	68
II. A Alteridade segundo ENRIQUE DUSSEL.....	76
III. A Alteridade como Critério da Bioética.....	83
3.1. A Alteridade como Critério Fundamental da Bioética.....	83
3.2. A Alteridade como Critério Englobante da Bioética.....	104
3.3. Alteridade e Beneficência.....	105
3.4. Alteridade e Autonomia.....	109
3.5. Alteridade e Justiça.....	117

TERCEIRA PARTE: A ALTERIDADE EM DUAS DIMENSÕES DA BIOÉTICA

I. Alteridade e Meio Ambiente.....	123
II. Alteridade e Relacionamento Médico-Paciente.....	138

CONCLUSÃO.....	209
----------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	214
-------------------	-----

INTRODUÇÃO

As razões que nos levaram a elaborar este trabalho são de triplíce ordem. Em primeiro lugar, a experiência docente. Em segundo, a carência bibliográfica em português sobre o tema. Em terceiro, a necessidade de oferecer aos alunos de enfermagem e de medicina, aos colegas e a pessoas interessadas, uma referência para reflexão e orientação na área da Bioética.

Leocinando ética no Centro de Estudos da Arquidiocese de Ribeirão Preto-SP desde 1972 e, a partir de 1978, no mesmo Centro, teologia, tivemos freqüente oportunidade de nos deparar com os problemas éticos emergentes suscitados sobretudo pela área da saúde: de um lado, as respostas clássicas tradicionais pareciam-nos insuficientes para responder aos novos desafios; de outro, as novas propostas, vindas do Primeiro Mundo, soavam como novidades, mas distantes das realidades locais. O impasse entre adaptar e conciliar ou recriar uma reflexão ética satisfatória para a condição local se fez mais premente quando começamos lecionar ética em enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em 1976 (como professor convidado e, a partir de 1986 como contratado e, efetivo, em 1990).

Em 1987, por ocasião do IV Encontro Nacional de Enfermagem Fundamental (Salvador-BA: de 15-17 de maio de 1987), apresentamos um trabalho com o título O Ensino da Ética e do Exercício Profissional e a Prática de Enfermagem, onde, após ter feito um rastreamento histórico da ética como disciplina na Enfermagem no Brasil e sobre os modelos éticos existentes, propusemos algumas pistas que nos pareceram, na época, importantes

para serem levadas em conta no ensino da ética.

Posteriormente, em 1980, concluímos uma pesquisa sob o título As Novas Dimensões da Ética Médica na Literatura dos Últimos Vinte e Cinco Anos (1960-1985) e suas Implicações na Reformulação do Conteúdo do Curso de Ética em Enfermagem, onde, na primeira parte, exploramos brevemente a história da ética como disciplina no curso de enfermagem no Brasil; na segunda, tratamos da evolução da ética médica e dos principais temas da Bioética no Primeiro Mundo; e, na terceira parte, apresentamos como proposta, uma Bioética Libertadora, com uma série de temas-chaves.

Prosseguindo o ensino, a pesquisa, a participação em vários eventos, onde se tratou de ética médica e de ética em enfermagem e o convívio semanal na Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, pudemos ainda mais sentir a necessidade de investigar um embasamento teórico que pudesse responder às novas questões e às necessidades sobretudo do ensino.

Uma das dificuldades encontradas fora a carência bibliográfica em português. A bibliografia selecionada teve de ser importada e, não raro, com tempo de espera!

Outro desafio diz respeito à atividade docente: oferecer aos alunos textos para reflexão, discussão e debate, nesta área. Predominam, em geral, abordagens técnicas.

Pretendemos propor um critério - inclusive pedagógico - que é o de levar em conta o outro. A alteridade é, pois, uma proposta de articulação das três dimensões da Bioética: a beneficência, a autonomia e a justiça.

O surgimento e a evolução da Bioética nos últimos vinte anos provocaram a necessidade de se investigarem novos critérios de reflexão ética para responder às questões emergentes e para garantir um nível de atenção humana personalizante e satisfatória, em toda a amplitude possível, na área da saúde.

A busca de um fundamento filosófico e de um critério ético tem sido uma constante para responder aos desafios, nunca imaginados nesta área, como sejam os levantados pelas questões vinculadas ao nascimento: controle da reprodução, planejamento familiar, diagnóstico pré-natal, aborto, recém-nascidos com anomalias, fecundação in vitro, inseminação artificial, "mães-de-aluguel", investigação no campo da genética, experiência com embriões, etc.; aos transplantes de órgãos: prevenção de enfermidades, banco de órgãos, comercialização, regulamentação, destinação de recursos, etc.; à morte: definição de morte, eutanásia, distanásia, "morrer com dignidade", sustentação artificial, participação do paciente na decisão - família, médico, hospital, seguridade - legislação nacional e normas deontológicas, etc.; às experiências científicas e ao meio ambiente; à experimentação com animais e com seres humanos; à política de saúde, etc....

Até recentemente, a Ética Médica pode contar com princípios clássicos auridos da tradição hipocrática, da filosofia moral, da teologia moral, dos códigos deontológicos, das convenções internacionais... As "virtudes" do profissional da saúde pareciam incólumes e definidas de uma vez para sempre: não causar dano, fazer o bem, abster-se de atos manipuladores ou coercitivos... Dos pacientes, esperavam-se: confiança e acatamento obediente das ordens do médico.

As relações médico-paciente, historicamente, no Ocidente - desde Hipócrates de Cós - foram pautadas pelo princípio da ordem natural (lei natural), identificando-se como bem tudo o que procedia conforme esta ordem e como mau - desordem - o que lhe era contrário.

Na Idade Média, a ordem natural, teologizada como criada e querida por Deus, fora apresentada como valor intrínseco às coisas naturais, aos homens, à sociedade e à história. Ela até mesmo estabeleceu hierarquias e funções.

Em relação ao corpo e aos seus órgãos, bom era o seu uso ordenado, mau o seu uso desordenado.

Em termos de relações profissionais - para nos atermos ao nosso propósito, na área do relacionamento médico-paciente a ordem natural era a de o médico ser agente e o cliente, paciente. O dever do médico era o de "fazer o bem" ao paciente e este, o de obedecer-lhe. Surgiu, assim, a "moral de beneficência". O médico era não só o agente técnico, mas, também, moral. O paciente era carente de ambas as ajudas. Criou-se, deste modo, o paternalismo médico.

Acrescenta-se a isto que, o ethos produzido pelo surgimento da burguesia no século XVI, transformou o logos - a razão no grande sistema de dominação do mundo, distorcendo as relações homem-natureza, homem-semelhante, unindo saber e poder em função do desfrute humano. O ideal do homem da modernidade tornou-se estar sobre as coisas e não mais com elas. Tudo, então, tornou-se objeto: natureza, flora, animal, homem... Objeto de conhecimento, de manipulação...

Colaboraram, cada um a seu modo, para isso, Copérnico, Brahe, Kepler, Galileu, Newton, Descartes, D'Alembert, Diderot, La Mettrie, Helvetius, D'Holbach, etc.

Ciência e técnica erigiram-se hegemonicamente em instrumentos omnicomprensivos e ilimitados e pareciam não necessitar de outros critérios que os gestados por elas.

A reforma Protestante, a descoberta dos Direitos Humanos, as revoluções democráticas (inglesa, norte-americana e francesa), o Iluminismo, entre outras conquistas, tiveram o mérito de mudar a idéia de ordem pela de autonomia ou, de ordem "natural" pela de ordem "moral" ou da "liberdade". Kant é, reconhecidamente apontado como responsável pela introdução definitiva do critério de autonomia na vida moral!

Mas não podemos nos esquecer da influência de John Locke, de John S. Mill, de Nietzsche, da "Escola de Frankfurt", de Freud e das correntes pós-freudianas!

Seus ideais libertários substituíram, ao menos em nível de Primeiro Mundo, as relações verticais, monárquicas, paternalistas e injustas, por relações horizontais, democráticas, simétricas e justas.

As relações médico-paciente só recentemente, entretanto, vieram se beneficiar destas transformações.

O que parecia avanço desmedido da ciência e da técnica foi colocado em xeque, após as experiências das Guerras Mundiais. A exigência de salvaguardar a humanidade e o meio ambiente fez que a ética médica se articulasse frente aos desafios e se apresentasse com novos critérios capazes de responder às novas situações.

Enquanto no Primeiro Mundo Latino (Haering, Zalba, Becker, Rincón-Orduña, Vidal...) os princípios de defesa da vida física, da liberdade e responsabilidade, da totalidade ou princípio terapêutico, e da socialidade e subsidiariedade vicejavam, no anglo-saxão (Engelhardt Jr., Frankena, Dyer-Bloch, Childress, Pellegrino, Thomasma...) estabeleceu-se a "trindade" bioética: beneficência, autonomia e justiça, como critérios norteadores de procedimentos ou condutas éticas de médicos, de pesquisadores e de pacientes, com forte conotação individual.

No contexto de Terceiro Mundo, especificamente de América Latina, sem rejeitar estes critérios primeiro-mundistas, urge resgatar o critério de alteridade, ou seja, o outro, como valor axiológico e praxiológico. O outro como sujeito histórico, enquanto identidade, indivíduo, pessoa e outro, enquanto plural, isto é, maioria empobrecida e marginalizada das atenções de saúde, categoria esta não devidamente contemplada pela perspectiva da "trindade" bioética. Esta abordagem pode ser chamada de práxis de alteridade.

Na História da Filosofia, o critério de alteridade não é novo. Desde Aristóteles, já se tratou do outro em termos de relações humanas e de suas implicações.

Nova foi a abordagem dada, por exemplo, por BUBER, LEVINAS, LAÍN ENTRALGO e DUSSEL.

Na história recente da Ética, a alteridade ficou velada na noção de pessoa, não se extraindo da mesma todas as conseqüências para o agir ético.

Deve-se a LAÍN ENTRALGO (Teoría y Realidad del Otro, La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría; El Médico y El Enfermo) tê-la explorado na relação médico-paciente e a DUSSEL

(Para uma Ética da Libertação Latino-Americana, Filosofia da Libertação, Ética Comunitária) no contexto da ética da libertação na América Latina.

LAÍN ENTRALGO fez uma abordagem sob o critério do que chamou "quase-diáda" ou "quase-diádica" à relação médico-paciente.

DUSSEL não tratou especificamente (pelo menos até o presente momento) da relação médico-paciente. Mas sua filosofia da alteridade explicita melhor uma práxis de alteridade, no nosso contexto de Terceiro Mundo.

Isto explica nossas constantes referências a LAÍN ENTRALGO e DUSSEL.

Mas, pode a alteridade constituir-se em critério ético? Sob que condições? Existe algum conceito de alteridade preliminar à ética, que poderia ser invocado como critério? como é que poderia funcionar o critério de alteridade no contexto contemporâneo da Bioética, para além do critério de LAÍN ENTRALGO?

Resgatar e apresentar a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética é o objetivo deste nosso trabalho. Ou, dito de outro modo, apresentar a práxis de alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética, para além da chamada "trindade bioética".

As razões pelas quais propomos a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética são:

1) por possuir a alteridade rica fundamentação filosófica e por isso, constituir-se em importante marco e instrumento hermenêutico para a reflexão bioética;

2) por já se encontrar, ainda que velada, na prática médica historicamente constituída; urge, agora, desvelá-la

e explicitá-la;

3) porque a alteridade não só preenche o vazio deixado pelas limitações freqüentes provocadas pelos critérios de beneficência, de autonomia e de justiça, mas os transcende;

4) porque, com a alteridade, podemos não só traçar um fio condutor de reflexão, mas, também, tematizar toda a bioética;

5) porque satisfaz às exigências éticas atuais de a pessoa ser vista como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de saúde;

6) porque restitui à pessoa sua competência moral;

7) porque salienta um nível de relacionamento interpessoal, ou, ainda, mais amplamente, implica o conjunto das relações do homem com a vida (natureza, flora, vida animal, sociedade humana);

8) porque sensibiliza o reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida de forma recíproca: o "outro" (alter) também "sou eu";

9) porque significa a solidariedade comum e a responsabilidade recíproca;

10) porque se mostra - quando adotada - um critério de transformação nos relacionamentos: já não é o modelo racionalista do homem, segundo o qual, o profissional, o pesquisador, confunde amadurecimento emotivo como indiferença frente à natureza, à flora, ao animal, à pessoa humana, à realidade da maioria empobrecida, marginalizada;

11) porque rompe com o paternalismo e o absolutismo freqüentes na área da saúde (profissional x cliente), onde o cliente é visto mais como recipiente de ordens;

12) porque torna a relação profissional x cliente uma relação de colaboração em atitude adulta, conferindo respeito mútuo;

13) porque, enfim, numa sociedade pluralista, isto é, com antropologias e sistemas de valores diversos, a alteridade pode encontrar melhor consenso, pelo valor que representa.

Nosso trabalho encontra-se dividido em três partes. A primeira é histórica ou diacrônica. Após examinarmos a origem e a conceituação da Bioética, suas principais características, trataremos da "trindade" bioética: beneficência, autonomia e justiça, fazendo, para cada um destes critérios, uma abordagem conceitual e histórica, bem como, demonstrando seus limites.

A segunda parte é sistemática ou sincrônica. Estabelecida a possibilidade de alteridade ser critério da Bioética - critério fundamental e englobante - trataremos da relação entre alteridade, e beneficência, alteridade e autonomia e alteridade e justiça.

A terceira parte é aplicativa. Ou seja, aplicaremos concretamente o critério de alteridade a duas dimensões da Bioética: ao meio ambiente e ao relacionamento médico-paciente.

Pedimos desculpas ao (à) leitor (a) pelas citações às vezes longas dos autores estudados, pois, as achamos indispensáveis para a fundamentação e para o diálogo interdisciplinar.

PRIMEIRA PARTE

A BIOÉTICA E A "TRINDADE" BIOÉTICA

PRIMEIRA PARTE: A BIOÉTICA E A "TRINDADE" BIOÉTICA

I. BIOÉTICA

1.1. ORIGEM E CONCEITUAÇÃO DA BIOÉTICA

Bioética - de bios, vida e ética - é um neologismo que significa ética da vida. Este primeiro sentido já indica um conteúdo de enorme abrangência: tudo o que for vida lhe compete. Decorre daí, a dificuldade de se dar à Bioética uma definição sumária e adequada, uma vez que as definições tendem sempre a fixar fronteiras e a Bioética não tem fronteiras, não se definindo, por isso, como as demais disciplinas¹.

Trata-se de um novo estudo, de uma nova reflexão, de um novo perfil de pesquisa, em evolução acelerada, em processo constante de descoberta de novos métodos e em afrontamento contínuo com problemas inesperados!

Não se trata, também, de uma palavra sofisticada para designar a moral médica tradicional. Embora a deontologia médica inscreva-se na Bioética, esta, contudo, é bem mais vasta que aquela². Explica-se a origem da Bioética dentro do próprio contexto

¹ Cf. DAVID J. ROY. Promesses et Dangers d'un Pouvoir Nouveau. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 81-102.

² O termo Bioética conquistou grande alcance nos meios acadêmicos e na literatura internacional nos últimos vinte anos. Centros de pesquisa se fundaram, tendo como objetivo único a Bioética. Revistas especializadas em Bioética multiplicaram-se. Não obstante isso, não há, ainda, amplo e disseminado consenso quanto ao termo e ao conteúdo. SANDRO SPINSANTI, por exemplo, prefere a expressão "ética biomédica", porque - segundo ele -

de evolução dos países do 1º Mundo: ela é fruto de uma sociedade que atingiu a democracia, - com pleno exercício de cidadania, com a afirmação livre do sujeito e sujeito instruído - de uma sociedade pluralista e secularizada³.

Ou, dito de outro modo,

"A bioética é um produto da sociedade do bem-estar pós-industrial e da expansão dos "direitos humanos da terceira geração" (para a paz, para o desenvolvimento, meio ambiente, respeito ao patrimônio comum da humanidade) que marcaram a transição do estado de direito para o estado de justiça. Já não se trata só do direito individual e negativo à saúde, nem do direito à assistência sanitária, mas, também, das

*explicita melhor a amplitude do campo de interesse: das questões tradicionais de ética médica às recentíssimas, surgidas do desenvolvimento das ciências biológicas e das tecnologias biomédicas". SANDRO SPINSANTI. Ética Biomédica. São Paulo: Paulinas, 1990, p. 21. Sobre a discussão em torno do termo Bioética, cf. T. L. BEAUCHAMP - J. F. CHILDRESS. Principles of Biomedical Ethics. 2 ed. New York: Oxford University Press, 1983; C. BRUAIRE. Une Éthique pour la Médecine. Paris: Fayard, 1978; DANIEL CALLAHAN. Bioethics as a Discipline. THE HASTINGS CENTER STUDIES 1, nº 1 (1973) 66-73; E. CIANFI. L'Evoluzione della Medicina ed i Problemi che ne derivano. FEDERAZIONE MEDICA, XXXV (1982), 4, 292-294; K. DANNER CLOUSSER. Some Things Medical Ethics Is Not. JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 223 (1973) 787-789; What Is Medical Ethics? ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 80 (1974) 657-660; Medical Ethics: Some Uses, Abuses and Limitations. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 293 (1975) 384-387; Bioethics: Some Reflections and Exhortations. MONIST 60, nº 1 (1977) 47-61; WILLIAM J. CURRAM. Bioethics and health ethics: a critical examination of new terminology. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 66 (5) 497-498, May 1976; J. FINNIS. Fundamentals of Ethics. Oxford: Clarendon Press, 1983; RENÉE C. FOX. Ethical and existential developments in contemporaneous American medicine: Their implications for culture and society. MILBANK MEMORIAL FUND QUARTERLY 52 (4) 445-583, Fall 1974; D. GOLDSTEIN. Bioethics: a Guide to information sources. Detroit: Gale Research Co., 1982; DIEGO GRACIA. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA, 1989; Introducción. La Bioética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, 374-378; H. HUHSE - P. SINGER. Bioethics: What? and why? BIOETHICS, 1987, 1, III-V; J. MAHONEY. Bioethics and Belief. London: Sheed & Ward, 1984; R. A. MACCORMICK. How Brave a New World? Dilemmas in Bioethics. Garden City (NJ): Doubleday, 1981; V. R. POTTER. Bioethics: The science of survival. PERSPECT. BIOL. MEDICINE, 14 (1970), 1, 120-153; V. R. POTTER. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1971; R. PRODOMO. Per un Dibattito sulla Bioetica. CRITERIO, 1986, 3, 216-226; R. RESTAK. Premeditated: bioethics and control of future human life. New York: The Viking Press, 1975; E. SGRECCIA. La Bioetica. Fondamenti e Contenuti. MEDICINA E MORALE, 1984, 3, 285-305; E. SGRECCIA. La Bioetica tra natura e persona. LA FAMIGLIA, 1985, 108, 30-42; E. SGRECCIA. Problemi dell'insegnamento della Bioetica. G. ITAL. FORM. PERM. MEDICO XV (1987) 104-117; E. SGRECCIA - M. L. DI PIETRO. Che cos'è la Bioetica. In: Annuario de Aggiornamento della EST, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica. Milano: Mondadori, 1987/88, 223-226; E. SGRECCIA. Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed Etica Biomédica. 2ª ed. Milano: Vita e Pensiero, 1991; T. A. SHANNON (ed.). Bioethics. Exploring the Foundations and Frontiers. Dordrecht (Holland): D. Reidel Publ. Comp., 1985; D. TETTAMANZI. Bioetica. Nuove Sfide per l'Uomo. Casale Monferrato: Piemme, 1987; A. C. VARGA. The Main Issues in Bioethics. Ramsey (NJ): Paulist Press, 1984; VÁRIOS. Scienza e Bioetica: quale il fondamento? SOCIETÀ E SALUTE, 1986, 44/45, 45-49.

³. Cf. DIEGO GRACIA. Introducción. La Bioética Médica. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, 374-378.

obrigações de uma justa macrobioética da responsabilidade frente à vida ameaçada (crescimento populacional, genoma, catástrofe ecológica, estratégia nuclear) e dos direitos das futuras gerações. Nesta perspectiva transgeracional adquire valor a revolução biológica e bioética como medicina ambiental, biogenética, epidemiológica (SIDA/AIDS !), preventiva, educativa e promotora da saúde"⁴

A Bioética deve sua origem, também, às novas atitudes sociais e culturais frente às novas tecnologias na área da saúde, que exigiram dos profissionais da saúde um novo ethos profissional e da parte dos clientes uma forma de exercer seu poder decisório⁵.

Acrescenta-se, ainda, que a origem da Bioética não pode ser dissociada do questionamento surgido nas ciências biológicas, depois da Segunda Guerra Mundial, "diante da perspectiva de armas nucleares capazes de destruir a humanidade, ou seja, quanto aos limites que a sociedade deveria impor à ciência e à tecnologia. O interesse, neste campo, intensificou-se desde que se decifrou o código genético humano e se apresentaram novas

4. JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Bioética: Una Nueva Filosofía de La Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, p. 600.

5. Como observa HANS-MARTIN SASS: "Os avanços da tecnologia médica e o surgimento da sociedade pluralista produziram uma combinação de fatores que determinaram o conjunto particular de prioridades da filosofia e da ética médica nos umbrais do século XXI. A medicina moderna permite-nos, mediante o cuidado intensivo, prolongar a vida de alguns pacientes a tal ponto que devemos perguntar-nos se este ato é exigido ou pelo ethos médico e sua gloriosa tradição. O transplante de órgãos, a fecundação in vitro, os cuidados intensivos, a reanimação e psicofarmacologia são novos termos que indicam maior responsabilidade moral emanada da expansão da capacidade técnica. O trabalho em equipe, os especialistas médicos, o trabalho por turnos, os seguros de saúde e os sistemas de atenção de saúde são expressões que denotam mudanças orgânicas sofridas na relação tradicional médico-paciente. Outros termos, tais como a autonomia do paciente e o consentimento informado derivam de mudanças emancipatórias no estilo de vida e de compreensão que cada cidadão instruído do final do século XX tem de si mesmo". La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, p. 392; Cf. também: HUBERT DOUCET. Quelques Exigences que pose à la morale de la médecine. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. Nº 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 117-128. DOUCET descreve a evolução do poder bio-médico e as dificuldades que se apresentam aos pacientes, quanto às decisões!

possibilidades de manipulação científica da natureza"⁶.

A pergunta fundamental da Bioética é esta:

"Até que ponto pode licitamente se estender e afirmar-se o domínio do homem sobre o homem no campo médico-biológico? A pergunta coloca o problema da fronteira ética ao progresso científico, que parece não ter fronteiras fixas, pois avança sempre além, graças à tecnologia aplicada à ciência"⁷.

Compreende-se, pois, que tenha sido um biólogo o primeiro a usar o termo Bioética. Foi em 1971. Trata-se de VAN RENSSLAER POTTER⁸. Para ele,

"Necessitamos de biólogos que nos digam o que podemos e devemos fazer para sobreviver e o que não devemos fazer, se esperamos manter e melhorar a qualidade de vida nas próximas três décadas. O destino do mundo depende da integração, preservação e extensão do conhecimento que possui um reduzido número de homens que, somente agora, começam a se dar conta do poder desproporcionado que possuem e quão enorme é a tarefa de a realizar"⁹.

A Encyclopedia of Bioethics, na sua introdução, define a Bioética como:

"Estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e da atenção de saúde, na medida em que esta conduta seja examinada à luz de valores e de princípios

⁶. SUSAN SCHOLE CONNOR y HERMANN L. FUENZALIDA-PUELMA. Bioética: Presentación del Número Especial. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, p. 369.

⁷. ELIO SGRECCIA. Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed Etica Biomedica. 2ª ed. Milano: Vita e Pensiero, 1991, p. 32.

⁸. VAN RENSSLAER POTTER. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1971.

⁹. Citado por: CHRISTIAN de PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Problemas Atuais de Bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1991, pp. 15-16. Cf. também: THOMAS A. SANNON. An Introduction to Bioethics. 2ª ed. New York/Mahwah: Paulist Press, 1987, pp. 1-6.

morais. (...)

A bioética abarca a ética médica, porém, não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre médico e paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes:

Compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões "afins" e nas vinculadas à saúde mental.

Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica.

Aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle da natalidade, entre outras.

Vai além da vida e da saúde humanas, enquanto compreende questões relativas à vida dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e a demandas ambientais conflitivas"¹⁰.

Podemos, conseqüentemente, afirmar que a Bioética, em resumo, trata da vida: da natureza, da flora, da fauna e da vida humana, à luz dos valores humanos aceitos em uma sociedade democrática, pluralista, secular e conflitiva¹¹.

¹⁰. WARREN T. REICH (Ed.). Encyclopedia of Bioethics. Vol. 1. New York: Georgetown University, 1982, Introduction, p. XIX; cf., também, no mesmo volume: K. DANNER CLOUSER. Bioethics, pp. 115-127.

¹¹. Cf. HENRIQUE C. DE LIMA VAZ. O Ethos da Atividade Científica. Revista Eclesiástica Brasileira (REB) 34 (1974) 45-73. VAZ, neste artigo, distingue: fisioética, bioética e antropoética. "A fisioética regularia a passagem do eco-sistema "natural" do homem ou do seu habitat natural ao eco-sistema técnico ou habitat cultural (no sentido original de "cultura", modificação intencional da natureza; mas deve-se notar que o eco-sistema do homem já é, por definição, cultural). À Bioética caberia regular normativamente a intervenção científica do homem nos mecanismos da vida. A antropoética, por fim, se edificaria no campo das relações intersubjetivas entre indivíduos e grupos (relações que integram, por sua vez, os domínios cobertos pela fisioética e pela bioética em que prevalecem as relações objetivas)" (p. 73).

1.2. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA BIOÉTICA

As principais características da Bioética são: ser uma ciência da qual o homem é sujeito e não somente objeto¹²; ter como critérios: a beneficência, a autonomia e a justiça - a chamada "trindade bioética" - cuja articulação assenta-se no tripé - nem sempre harmonioso: médico (pela beneficência), paciente (pela autonomia) e sociedade (pela justiça), o que exige constantemente haja critérios de decisão¹³; ser notadamente protetora da vida, frente à exacerbação técnico-científica; não se pretender nunca acabada, mas, aberta aos novos problemas emergentes continuamente da biologia, da genética, da engenharia genética e das outras ciências; estar aberta ao diálogo não só com as ciências biológicas, mas com todas aquelas que tratam, hoje, da vida, desde a ecologia às diferentes filosofias e correntes religiosas¹⁴; humanizar e personalizar os serviços de saúde, bem como promover os direitos dos pacientes¹⁵; articular ética e ciências biomédicas; ser interdisciplinar e ter o diálogo como um de seus métodos privilegiados¹⁶.

Por interdisciplinariedade entende-se a "interação entre duas ou mais disciplinas: esta interação pode ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos

¹². Cf. MAURICE DE WACHTER. Le Point de Départ d'une Bioéthique Interdisciplinaire. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. Nº 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 103-116.

¹³. Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 378.

¹⁴. Cf. FRITJOF CAPRA. O Ponto de Mutação. São Paulo: Editora Cultrix, s/d., pp. 299-350.

¹⁵. Cf. E. CHRISTIAN GAUDERER. Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991.

¹⁶. Cf. CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., p. 17.

conceitos diretores, da epistemologia, da terminologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa e do ensino se articulando entre si¹⁷".

A Bioética é interdisciplinar por integrar necessariamente disciplinas não só da área de saúde, mas, também, de outras áreas: biologia, sociologia, psicologia, economia, direito, política, ecologia, filosofia, teologia, etc. e exigir uma articulação que permita responder adequadamente às novas situações colocadas à vida. Envolve os profissionais da saúde e todos aqueles que, com competência e reponsabilidade, dispõem-se a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana, à sociedade, ao mundo animal e vegetal e à própria natureza. Por isso, encontra-se no diálogo a sua metodologia de trabalho. É uma "disciplina da reciprocidade", segundo MAURICE DE WACHTER¹⁸. Nós acrescentamos, ainda, que a Bioética pela sua abrangência, pela sua interdisciplinariedade e metodologia do diálogo, é, por excelência, a disciplina da alteridade.

¹⁷. MAURICE DE WACHTER. Art. cit., p. 106; Cf. HILTON JAPIASSU. Interdisciplinariedade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976. O autor trata, na primeira parte, do "domínio do interdisciplinar" (pp. 37-113) e, na segunda, da "metodologia interdisciplinar" (pp. 115-205); ver também: COMMISSION ON THE TEACHING OF BIOETHICS. The teaching of Bioethics: Report of the Commission on the teaching of Bioethics. Hasting-on-Hudson, NY.: Institute of Society, Ethics and Life Sciences, 1976.

¹⁸. Art. cit., p. 109; Cf. também: FRANCESC ABEL. Dinamismo del Diálogo Bioético en una España en Transición. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 542-549.

II. A "TRINDADE" BIOÉTICA: BENEFICÊNCIA, AUTONOMIA E JUSTIÇA

A atual Bioética tem três critérios fundamentais, que são como que três pilares sobre os quais se assenta a reflexão ética na área médica e na investigação. São: a beneficência, a autonomia e a justiça. Formam a "trindade" bioética.

Estes critérios não se explicam fora de um contexto de evolução histórica e sua conceituação ética atual é fruto de longa elaboração, cuja discussão não se encontra, ainda, terminada.

Trataremos, primeiramente, do critério de beneficência; a seguir, do de autonomia e, em terceiro lugar, do de justiça.

2.1. BENEFICÊNCIA

Beneficência - de bonum facere (latim, "fazer o bem" ao paciente) - é o critério mais antigo da ética médica. O modelo hipocrático e tradicional nele se baseia e nele se orienta, não admitindo excusas, enquanto houver seres humanos que sofrem e necessitam de atenção médica e moral¹⁹.

"Fazer o bem", "não causar dano", "cuidar da saúde", "favorecer a qualidade de vida", constituem as máximas da

¹⁹. Cf. A. McYNTYRE. After Virtue. Chicago: Notre Dame University Press, 1981; E.D. PELLEGRINO & D.C. THOMASMA. A Philosophical Basic of Medical Ethics. New York: Oxford University Press, 1981; T.L. BEAUCHAMP and J.F. CHILDRESS. Principles of Bioethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1983; E.D. PELLEGRINO & D.C. THOMASMA. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press, 1988.

moral de beneficência. Ou, "a beneficência requer que os agentes morais, no mínimo, abstenham-se de prejudicar os outros e pode, também, abarcar obrigações de fazer o bem ao próximo e promover o seu bem estar. A administração do tratamento médico prende-se a este princípio porque, geralmente, oferece um benefício ao paciente²⁰".

Este princípio, ao longo dos séculos, encontrou respaldo em tradições as mais diversas: na ética cristã - nas mais diversas denominações -, na filosofia utilitarista britânica, nos rigorismos kantianos do imperativo categórico, no conceito marxista de solidariedade e, até no anarquismo de ajuda mútua de Kropotkin²¹.

Até muito recentemente, o critério de beneficência fora considerado o "primeiro princípio da ética médica" e perdera este lugar pelo de autonomia²².

O critério de beneficência é resultado do modelo hipocrático de atenção ou cuidado médico. Com efeito, no Juramento de Hipócrates, afirma-se que:

"... Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei para agradar, remédio mortal nem conselho que o indusa à destruição. Também não fornecerei a uma senhora pessário abortivo. (...) Na casa onde eu for, entrarei apenas pelo bem do doente, abstendo-me

²⁰. COURTNEY S. CAMPBELL. El Significado Moral de la Religión para la Bioética. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, p. 409.

²¹. Cf. HANS MARTIN SASS. La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) pp. 391-398.

²². Cf. E.D. PELLEGRINO. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) p. 379.

de qualquer mal voluntário, de toda sedução"²³.

Ele responde à situação antropológica e de necessidade premente que não admite subterfúgio, enquanto houver seres humanos que sofrem e necessitam de atenção médica e moral. O que se pretende, acima de tudo, é o bem-estar do cliente que, segundo as categorias de BEAUCAMP E CHILDRESS, implica, de um lado, prevenir o mal ou o dano, reparar o dano e fazer ou fomentar o bem e, de outro, evitar atos que possam causar dano ou prejuízo ao paciente²⁴.

Entre os benefícios que se esperam da conduta médica estão a cura de uma lesão ou de uma enfermidade. Entre os prejuízos que se esperam afastar, estão a dor, o sofrimento, a incapacidade e a enfermidade²⁵.

Por isso, o critério de beneficência, no Ocidente, foi formulado nas duas máximas latinas: "non nocere" e "bonum facere". E mais, "a maior parte dos textos clássicos de medicina, também, estabelece limitações quanto ao emprego dos conhecimentos médicos para certos objetivos. Atos como a eutanásia, o aborto, a tortura, o exercício do poder ou da manipulação das pessoas por meio da intervenção médica podem ser excluídos da prática idônea e competente da medicina por essas restrições da conduta profissional"²⁶.

²³. In: CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. op. cit., p. 327.

²⁴. T.L. BEAUCHAMP and J.F. CHILDRESS. Principles of Bioethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1983, p. 108.

²⁵. Cf. DIANA SERRANO LaVERTU y ANA MARIA LINARES. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y el Caribe. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, p. 491.

²⁶ - HANS-MARTIN SASS. Art. cit., pp. 391-392; cf também: HOWARD DRODY. "The Physician/Patient Relationship". In: ROBERT M. VEATH (ED.). Medical Ethics. Boston: Jones and Bartlet Publishers, 1989, pp. 65-91.

A beneficência hipocrática procurava traduzir, na verdade, o amor ao ser humano (antropofilia), o amor à natureza (fisiologia) e o amor à técnica médica (filotecnia), tão bem analisadas por LAÍN ENTRALGO, o que, em resumo, constituía a "philia-iatrikê".

"Onde há philanthrôpía, o amor ao homem enquanto homem, há também philoteknía, amor à arte (de curar), proclamam os Praecepta hipocráticos. O médico é amigo de sua arte enquanto é amigo do homem enquanto tal e, portanto, do indivíduo humano ao qual tecnicamente atende; e, como médico - à margem, pois, do que como pessoa particular possa sentir ou fazer - é amigo desse homem através de sua arte e do amor que à sua arte deve professar. Amor à arte através do amor ao homem, amor ao homem através do amor à arte: tal é a regra hipocrática"²⁷.

Sobre o aspecto social da assistência médica, na pólis grega, entretanto, não é suficiente o que menciona o Corpus Hipocraticum. Quem nos fornece um quadro completo - embora disseminado em diversos diálogos - é Platão: Cármides, Górgias, República, Política, Timeu, Leis. Revelam-nos o tratamento dos escravos, a assistência médica para os homens livres e pobres²⁸. Para os escravos e pobres enfermos, não há beneficência, pois, são nocivos à polis e à sua defesa!

Se anteriormente enfatizamos a origem hipocrática do critério de beneficência, agora, sublinharemos a importância

²⁷. PEDRO LAÍN ENTRALGO. La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983, p.147.

²⁸ - Ver análise feita por Pedro Laín Entralgo na obra acima citada, pp. 85-95. Cf. também: LINDA M. MALONEY. A Questão da Diferença Feminina na Filosofia Clássica e no Cristianismo Primitivo. CONCILIUM 238 (1991/6) pp. 52-61. A autora faz várias citações de trabalhos recentes sobre a vida ateniense na antiguidade e, especificamente, sobre a situação da mulher. Platão e Aristóteles são particularmente revisados!

histórica e conceitual que o mandamento do amor ao próximo do cristianismo teve para com este critério.

Segundo CAMPBELL, este mandamento carrega implícito um impulso universalista que dá lugar a uma mudança no objeto da preocupação moral, que deixa de ser o indivíduo para se converter no grupo, abarcando, assim, a norma de justiça.

"O mandamento de amar o próximo compreende o dever de abster-se de prejudicar os demais, bem como expectativas mínimas quanto aos benefícios que se aplicam ao próximo"²⁹.

Foge à nossa perspectiva analisar a dimensão teológica deste mandamento³⁰. Interessa-nos tão somente a relação entre beneficência e mandamento de amar o próximo, tal qual foi articulada pela ética médica tradicional.

No mundo greco-romano, não faltam exemplos de caridade. Mas o que se enfatizava era a filantropia, entendida como intercâmbio de interesses. Ou, até mesmo, havia um egoísmo refinado que buscava elogio pelo que se fazia. Estava, pois, ausente o significado cristão de caridade³¹.

²⁹. COURTNEY S. CAMPBELL. Art. cit., pp. 409-410.

³⁰ - Cf. ANTONIO MOSER e BERNARDINO LEERS. Teologia Moral: impasses e alternativas. Petrópolis: Vozes, 1987, pp. 133-210; FRANZ BOECKLE. Moral Fundamental. São Paulo: Edições Loyola, 1984, pp. 214-227; J. GIRARDI. Amor Cristianismo y Lucha de Clases. Salamanca: Sígueme, 1971; M. SBAFFI. verbete "Caridade". In: STEFANO DE FIORES, TULLO GOFFI (Org.). Dicionário de Espiritualidade. São Paulo: Edições Paulinas, 1989, pp. 78-88; MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 121-129; R. RINCÓN ORDUNA et AL. Práxis Cristã. São Paulo: Edições Paulinas, 1983, pp. 166-175.

³¹. Já vimos anteriormente que os escravos e os enfermos pobres na pólis grega eram nocivos a ela, como nos revelam os Diálogos de Platão. Prescrevia-se, por isso, a recusa de tratamento aos inúteis e deixar morrer os deficientes. Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 92-95; até mesmo o fato de ser pobre já era condição para ser desprezado. Cf. M. SBAFFI. verbete "Caridade". In: STEFANO DE FIORES, TULLIO GOLFÍ (Org.). Dicionário de Espiritualidade. São Paulo: Edições Paulinas, 1989, pp. 78-88. SBAFFI observa, por exemplo, que "... no mundo greco-romano, acha-se completamente ausente o significado cristão da caridade para com os pobres. O pobre é considerado prejuízo para a cidade e para a humanidade. Aristóteles afirmava que a pobreza é "a fonte das sedições e dos ciúmes". Quando se socorre o pobre não se faz por amor, mas para neutralizar o perigo que constitui o fato de viver ele associado".

O advento e a influência do cristianismo insistiram na "genuína caridade cristã"³² ou na prática da "misericórdia" que, muito embora não fosse prática exclusiva dos cristãos, encontrou na figura do "bom samaritano", "um símbolo exigente da atitude auxiliante do médico"³³.

Se a beneficência hipocrática traduzia-se em "philantrópia", no cristianismo primitivo, traduziu-se em "agápê" em obra de misericórdia"³⁴. A novidade cristã, segundo LAÍN ENTRALGO, foi na ordem social: estabelecendo condição igualitária de tratamento e valorização terapêutica e moral da convivência da dor³⁵.

" A prontidão permanente para a ajuda ao enfermo, numa versão cristã do primum non nocere hipocrático e a constante extensão operativa da amizade médica, desde uma área meramente natural e técnica-criativa, para a integridade técnica e caritativa, que a idéia que foram, então, as

³². Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO. El Médico y Enfermo. Madrid: Alianza Universidad, 1983; JAVIER GAFO FERNANDEZ, S.J. Nuevas Perspectivas en la Moral Médica. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones, S.A., 1978; ver também: MEREDITH B. McGUIRE. Religião, Saúde e Doença. CONCILIUM 234 (1991/2) 92-104, com ampla bibliografia.

³³. Para se colocar em prática esta parábola, ao longo dos dois milênios de cristianismo, construíram-se hospitais, asilos, orfanatos, etc. Para PEDRO LAÍN ENTRALGO, na parábola do "bom samaritano, encontra-se "O encontro Exemplar": "Entre todos os encontros interhumanos, reais ou imaginários, nenhum mais exemplar e ilustre que o de um samaritano e o de um homem maltratado e ferido, certo dia, em que aquele descia de Jerusalém a Jericó". Teoría y Realidad del Otro. Vol. II. Madrid: Revista de Occidente, 1961, p. 13. Cf. também: ALFONS AUER et Alii. Ética y Medicina. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1972, pp. 47-51; SANDRO SPINSANTI. Aliança Terapêutica: as dimensões da saúde. São Paulo: Edições Paulinas, 1992, pp. 70-81. Este autor analisa as implicações éticas para o médico cristão a partir do título teológico de Christus medicus.

³⁴. PEDRO LAÍN ENTRALGO. La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983, p. 122 e 127. ANTONIO MOSER e BERNARDINO LEERS observam que: "Em séculos de história, o amor cristão tem criado e mantido obras de caridade e misericórdia por toda parte. Na esfera da cristandade, tais encarnações do amor em hospitais, asilos e orfanatos não conheciam praticamente concorrência. Esta situação mudou com o desenvolvimento dos estados modernos que assumiram, cada vez mais, os serviços pelo bem-estar da população, com todas as deficiências e complicações burocráticas que, especialmente em países subdesenvolvidos, tais instituições possuem". Op. cit., p. 209. HAERING, fez a seguinte proposta: "Não seria melhor para a Igreja diminuir o número de hospitais de sua propriedade ou por ela administrados, e realizar um trabalho mais criativo em benefício do despertar das consciências para o problema e da educação sanitária?" Livres e Fiéis em Cristo: Teologia moral para sacerdotes e leigos. Vol. III. São Paulo: Edições Paulinas, 1984, p. 56.

³⁵. PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 129-130.

principais exigências éticas da relação interpessoal entre o médico e o paciente. Porém, como no caso do tratamento, foi na realização social ou eclesial da ajuda ao enfermo, onde a nova atitude moral atingiu o mais visível relevo.

Três traços devem ser especialmente sublinhados:

1. "A assistência aos enfermos incuráveis" (...)
2. "A assistência gratuita, só por caridade"(...)
3. "A incorporação de práticas religiosas ao cuidado dos enfermos: a oração, a unção sacramental e, em determinados casos, o exorcismo"³⁶.

Na Idade Média, ainda segundo LAÍN ENTRALGO, "A ajuda ao enfermo cumpriu, com efeito, estas três condições: 1º Encontrava-se basicamente promovida pela caridade: com sua indubitável rusticidade pré-técnica, o tratamento médico era a expressão de uma amicitia christiana para com a pessoa do enfermo; 2º Era igualitária: dentro da enfermaria monástica, todos os pacientes - salvo no tocante ao aspecto pessoal-religioso da existência - eram igualmente tratados. 3º No sentido etimológico da palavra e dentro das possibilidades econômicas do mosteiro, era excelente: cibos delicatos et nitidos eousque praeparantes..."³⁷.

Na Idade Moderna, com o fenômeno crescente da secularização, da cisão do cristianismo ocidental - Reforma Protestante - e, conseqüentemente, do pluralismo, a "philantrôpia" continuou sendo o fundamento da relação médica e expressão da beneficência, porém, agora, dissociada do enfoque religioso e unida à própria noção de pessoa humana enquanto tal.

³⁶. Ibidem, pp. 131-132.

³⁷. Ibidem, p. 177.

Fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, entretanto, fizeram profundas modificações nesta relação, a partir do século XIX, o que causou, também, modificação qualitativa profunda no critério de beneficência.

LAÍN ENTRALGO sublinhou três momentos principais ocorridos na relação médica: a ajuda médica deixa de ser beneficência e passa ser, antes de tudo, direito à assistência; do atendimento médico, em geral só a enfermidades graves, passa-se a todo tipo de doença; a mudança na interpretação da doença: antes, era compreendida como calamidade; agora, pode ser também recurso de indenização; e a privatização do corpo: antes, era entendido como res publica; agora, sujeito ao consentimento ou não do sujeito. Esta atitude, segundo LAÍN ENTRALGO, é consequência da "rebelião do sujeito", que não quer mais ser tratado como "objeto"³⁸.

"O rebelde social protestava contra o mau trato dado à sua "objetividade". Agora, a rebeldia vai ser menos violenta, porém, mais sutil. O paciente, com efeito, vai protestar contra a objetivação mesma, contra o fato de que, sendo ele "pessoa", "sujeito" dotado de inteligência, intimidade e liberdade, seja tratado tecnicamente quando está enfermo como puro "objeto"³⁹.

³⁸. Ibidem, pp. 223-224.

³⁹. Ibidem, p. 224.

2.2. A BENEFICÊNCIA E SEUS LIMITES

O critério de beneficência gozou até recentemente de primazia dentre os critérios da conduta médica e hoje encontra-se limitado por quatro fatores principais: a necessidade de se definir o que é bem do paciente; a não aceitação do paternalismo contido na beneficência; o surgimento do critério de autonomia e as novas dimensões da justiça na área da saúde.

Quanto ao primeiro: a necessidade de se redefinir o que é bem do paciente impõe-se frente aos avanços da ciência e da tecnologia médicas. Estes trouxeram, para além dos benefícios inerentes aos seus progressos - a nível de diagnóstico e de terapia - conflitos para o relacionamento profissional da saúde X paciente, por causa da multiplicidade de opções para ambos. Antes dos referidos avanços, as opções eram poucas ou só havia uma saída. Não raramente, bastava a decisão exclusiva do médico. A nova situação exige que se respeitem, por exemplo, os diferentes conceitos das diversas pessoas sobre o que desejam da vida e do que estão dispostas a sacrificar para obtê-lo.

"Para decidir se deve aplicar quimioterapia ou radioterapia pós-operatória intensiva ou atenção paliativa, tem de se perguntar: qual é o "bem" mais conveniente para o paciente?"⁴⁰.

Ou, ainda, os diferentes conceitos de qualidade de vida que o paciente tem:

⁴⁰. HANS-MARTIN SASS. Art. cit., pp. 395-396.

"O nocivo e estressante hábito de trabalhar em excesso ou o consumo recreativo de drogas em troca de saúde; a despesa com coisas prazerosas da vida em troca da poupança para o seguro de saúde ou para a velhice"⁴¹

Quanto ao segundo: a acusação mais frequente ao critério de beneficência é a de estabelecer relação paternalista entre o médico e o paciente, às vezes até absolutista, despótica, hierárquica, vertical demais e monárquica⁴².

Segundo DIEGO GRACIA⁴³, o paternalismo médico está na tradição médica e no critério do bem do enfermo.

"O médico viu-se tradicionalmente a si mesmo como um pequeno patriarca que exercia domínio sobre seus pacientes e exigia destes obediência e submissão"⁴⁴.

"Quando o médico age de modo mais excelso e divino possível, como monarca paternal, tratará seus súditos, os enfermos como seres passivos para os quais se procura o bem como para crianças: Tal é a essência do paternalismo, uma constante ao

⁴¹. Ibidem; Cf. também: HUBERT DOUCET. Quelques Exigences que pose à la morale la médecine. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 117-128; EDWARD W. KEYSERLINGK. Qualité de la Vie. Perspective légale et éthique. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les presses de l'Université Laval, 1979, pp. 139-148; PAVEL HAMET. Les Professionnels de la santé et leurs questions éthiques... Dans la recherche clinique. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 157-161. Este autor demonstrou suficientemente o conflito entre a decisão médica e a situação do paciente.

⁴². Cf. sobre a natureza do paternalismo na ética médica: B.GERT and C.M.CULVER. Paternalistic Behavior. PHILOSAND PUBLIC AFFAIRS 6 (1976): 45-57; A.BUCHANAN. Medical Paternalism. PHILOS AND PUBLIC AFFAIRS 7 (1978): 370-390; B.GERT and C.M.CULVER. The Justification of Paternalism. In: W.L.ROBINSON and M.S.PRITCHARD (Ed.). Medical Responsibility. Clifton, N.J.: Human Press, 1979; J.F. CHILDRESS. who Schel Decide? Paternalism in Heath Care. New York: Oxford University Press, 1982; T.L.BEAUCHAMP and L.B.McCULLOUGL. Medical Ethics: The Moral Responsibilities of Physicians. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984; HOWARD BRODY. The Physician/Patient Relationship. In: ROBERT M. VEATH (Ed.). Medical Ethics. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1989, pp. 65-91.

⁴³. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA, 1989, pp. 23-120.

⁴⁴. Ibidem, p. 24.

longo da história da medicina"⁴⁵.

Sua origem remonta à própria noção de ética entre os gregos, onde bom é "aquilo que ocupa seu lugar era ordo naturae, o ordenado. Seu conceito de ética é pois rigorosamente naturalista" (...) ética é "ordem natural" da vida humana, o "ajustamento da vida à sua ordem natural, o "modo ou forma da vida"⁴⁶".

Por isso, esta ética tem suas peculiaridades.

DIEGO GRACIA sublinha três:

"Trata-se, em primeiro lugar, de uma ética "saudável" (só os sãos podem ser bons); segundo, de uma ética "aristocrática" (no duplo sentido da expressão: que se herda de pais para filhos e conduz a uma alta posição econômica e social); e, finalmente, de uma ética "juvenil"⁴⁷.

O paternalismo encontra pois campo fértil para se expandir dentro desta concepção:

" Os aristocratas, jovens e sãos devem cuidar dos demais, exatamente como a um pai cuidando de seu filho. Isto é particularmente claro no caso da relação médico-enfermo. Para os médicos gregos, esta é uma típica relação éthos-páthos. Se há páthos não há éthos e vice-versa. Por isso, o enfermo necessita do médico. O enfermo é um in-firmus, um sujeito

⁴⁵. Ibidem, p.25.

⁴⁶. Ibidem, pp. 27-28.

⁴⁷. Ibidem, p. 29. Algumas precisões: saudável, conforme o paradoxo socrático: "Para a tradição socrática, por exemplo, só as pessoas sãs podem ser boas" (p. 35). Ou, deve-se levar em conta que: "O grego sempre pensou que a bondade, como a beleza e a saúde eram propriedades "naturais" (Katà phýsin) e que a maldade, a fealdade e a enfermidade eram coisas de algum modo "antinaturais" (parà phýsin)" (p. 36). Aristocrata para o grego: "O aristocrata é, por natureza, bom e, por isso, está "para além do bem e do mal", à diferença do plebeu, que sempre estará mais para cá do bem e do mal e que, portanto, nunca deixará de ser "mau". A aristocracia não é um valor social e político, mas, também, biológico (sangue azul, saúde) e moral. O nobre grego vive seu papel social como uma qualidade inerente à sua condição natural. Há homens de "boa condição" e outros de "má condição" (p. 31). Juvenil: "A juventude (...) é a única idade perfeita: perfectum sine dimentione virium corpus conservans. Isto quer dizer que só nela são possíveis a saúde, a beleza e a bondade, isto é, a perfeição corporal e anímica. A juventude é a idade do éthos, do mesmo modo que a infância e a velhice o são do páthos. Só o jovem é realmente moral, só ele tem sentido para a justiça e para a amizade" (pp. 34-35).

privado de firmeza, não só física ou biológica, mas, também, moral, com o qual o médico deve agir como para uma criança pequena, portanto, realizando funções de pai. (...)

Este paternalismo é perfeitamente constatável nos escritos hipocráticos, pelo menos nos mais tardios. O médico deve querer o maior bem do enfermo, porém, sem contar com sua vontade, já que o enfermo carece, por princípio, de autonomia moral⁴⁸.

Ao longo da tradição médica, este paternalismo foi carismático, no sentido de se ter exercido como poder, não baseado na força, mas no sentido de senhorio moral⁴⁹. Tornou-se, depois, patenalismo burocrático⁵⁰, permanecendo, contudo, a característica de negar ao enfermo a estatura de adulto e a completa capacidade de decisão.

"Em razão do princípio de beneficência, se escamoteava o de autonomia"⁵¹.

Dentro deste clima, o médico é sempre o agente; o paciente, o objeto de ação; ao médico cabe "fazer o bem"; ao paciente, recebê-lo; o médico é competente física e moralmente; o paciente é incompetente física e moralmente; o médico é sujeito

⁴⁸. Ibidem, p. 42. DIEGO GRACIA define o paternalismo hipocrático por três atitudes: "paternal" (impedindo que o paciente decida sobre sua própria enfermidade), "maternal" (tornando a mais grata possível a enfermidade para o enfermo) e "sacerdotal" (agindo como mediador entre a divindade e tendo poder sobre a vida e a morte, quer dizer, sobre os horizontes dos fins" (p. 44).

⁴⁹. Ibidem, pp. 72-86. "O paternalismo médico antigo participa das características da dominação carismática e da tradicional. Na sua origem há um carisma (*Kárisma*), uma graça (*Kharis*). O médico tem o "poder" de gratificar o enfermo e este, o "dever" de deixar-se gratificar. Trata-se, pois, de uma dominação gratificante ou carismática" (p. 73). E, ainda: "O medicus gratus da tradição hipocrática está moralmente obrigado a ser a consciência de seu enfermo. Sua profissão o dota de um carisma moral muito particular, semelhante ao de sacerdotes e reis, obrigando-o a ser às vezes tutor, pai e mãe de seus enfermos. O médico da tradição hipocrática-galênica tem autoridade não só física, mas, também, moral e esta autoridade acha-se legitimada pela posse de um carisma. Assim aconteceu ao longo de toda a Idade Média. porém, ao se iniciar o mundo moderno, as coisas começaram a mudar e a autoridade médica começou a exercer-se de um novo modo, o burocrático" (p. 86).

⁵⁰. Cf. Ibidem, pp. 86-98.

⁵¹. Ibidem, p. 98.

técnico e moral; o paciente é necessitado de ajuda técnica e moral; ao médico cabe sempre a decisão; ao paciente obedecê-lo⁵².

O critério de beneficência vinculado ao paternalismo produziu, também, uma modalidade de proteção social traduzida pela assistência social, onde o indivíduo tornou-se objeto de proteção social⁵³.

Para limitar os excessos do paternalismo e a exacerbação da autonomia, é que PELLEGRINO e THOMASMA propuseram a "beneficência fiduciária" ("beneficence-in-trust") cuja meta é agir em prol dos melhores interesses mútuos (médico e paciente), mantendo um conjunto de virtudes e partilha de decisões⁵⁴.

Em síntese, o paternalismo é "o hábito de tratar ou governar os outros como pai trata e governa seus filhos"⁵⁵. Admitindo ou não graus ao paternalismo, se se trata ou não de paternalismo forte ou fraco, o certo é que se trata de uma atitude que anula a alteridade, levando em conta que impede o consentimento informado, a aceitação dos desejos, das opiniões dos pacientes.

⁵² - Cf. E.D. PELLEGRINO. Art. cit., pp. 379-389. Este é o modelo da chamada "Velha" ética médica ("old medical ethics"), descrita por HOWAR BRODY, já citado anteriormente, p. 67.

⁵³ - Cf. SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 91-112; JAIRNILSON SILVA PAIM. Direitos à Saúde, Cidadania e Estado. In ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp.45-59.

⁵⁴ Cf. E.D. PELLEGRINO and D.C. THOMASMA. A Philosophical Basis of Medical Ethics. New York: Oxford University Press, 1981; E.D. PELLEGRINO and D.C. THOMASMA. For the patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press, 1988, pp. 54-83; 162; 180; 190-205; E.D. PELLEGRINO. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 379-389.

⁵⁵ DIEGO GRACIA. Op. cit., p. 99. Segundo este autor, a origem e o uso da palavra paternalismo datam de 1880. Ele remete ao texto de JAMES F. CHILDRESS. Who Should Decide? Paternalism in Health Care. New York: Oxford: Oxford University Press, 1982, p. 4. DIEGO GRACIA atribui o atrazo do termo ao fato de que "para criá-lo era preciso uma certa distância com relação ao próprio fenômeno que se tratava de definir, e isto só foi possível a partir dos fins do século XVIII, quando as relações humanas começaram a sair do que Kant chamou "menoridade", quer dizer, quando iniciaram seu processo de emancipação dos antigos moldes paternalistas. Nunca se falou tanto em paternalismo como nos últimos cem anos, talvez porque nunca estivemos tão longe dele. A evolução das estruturas sócio-políticas dos países ocidentais, nos últimos dois séculos, pode resumir-se nesta única frase: do paternalismo à justiça social" (p. 99).

O terceiro e o quarto fatores que limitam o critério de beneficência serão analisados nas unidades seguintes, ou seja, ao tratarmos da autonomia e da justiça.

2.3. AUTONOMIA

Autonomia, pela etimologia (autós, eu; nomos, lei), diz respeito à capacidade que tem a vontade racional humana de fazer leis para si mesma. Não foi por acaso que, originalmente, fora uma categoria jurídico-política - o que, também, continua ser. Como critério ético, significa a própria emancipação da razão humana, a legislação pelo próprio sujeito de sua vida e de suas atitudes⁵⁶.

Ou, dito de outro modo, autonomia significa a faculdade de a pessoa governar-se a si mesma, ou a capacidade de se autogovernar, escolher, decidir, avaliar, sem restrições internas ou externas⁵⁷.

É a capacidade de a pessoa humana ser e agir como sujeito⁵⁸.

A introdução do critério de autonomia na ética médica tem data recente, mas, na ética geral, já possui longa

⁵⁶. Cf. CONRAD HILPERT. A Aceitação do Conceito de Autonomia e a Respectiva Crítica. CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 15-25. HILPERT observa que "o conceito filosófico de autonomia, no decurso dos tempos, esteve sujeito a consideráveis desenvolvimentos, acentuações e mudanças de sentido" e cita, para estudo, sua obra: Ethik und Rationalität. Düsseldorf: 1930.

⁵⁷. Cf. E.D. PELLEGRINO and D.C. THOMASMA. Op. cit.

⁵⁸. Cf. MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos da Moral: da "crise moral à moral crítica". São Paulo: Edicoes Paulinas, 1978, p. 32.

história. E, antes de se tornar perspectiva fundamental da antropologia filosófica e da ética, a partir da Aufklaerung, e transformar-se em centro da gravidade da ética autônoma do I mundo, foi gestada lentamente. Sua raiz religiosa remonta à Reforma Protestante, no Século XVI; suas raízes filosóficas encontram-se fincadas na filosofia de LOCKE, de KANT e J.S. MILL. A "autonomia" foi motor das revoluções inglesa, norte americana e francesa; da luta pelos Direitos Humanos, da conquista do "direito à intimidade" e da própria superação da racionalidade científica.

Fazer um rastreamento histórico até chegarmos ao lugar proeminente concedido à autonomia na Bioética e ao seu debate atual é o nosso propósito a seguir.

A autonomia humana, conquista da modernidade, é fruto de um longo processo histórico. Esboçaremos brevemente este trajeto para destacar a importância que só recentemente se lhe atribui no relacionamento médico-paciente ou nos serviços de saúde.

A origem remota da autonomia encontra-se, na filosofia ocidental, entre os gregos, na própria concepção da Cidade-Estado, cujo objetivo, a partir de sua autonomia, era "gerir os próprios interesses internos, independente de qualquer poder estranho⁵⁹".

Os sofistas são mencionados como os primeiros propugnadores da autonomia:

"... diante de todos os intuitos de totalitarismo (religiosos, filosóficos, sócio-políticos), diante das excessivas seguranças, diante das palavras grandiloquentes, enfim, diante de tudo isto, ergue-se o sofista para defender a autonomia do homem. Com sua ironia, com sua dúvida, com seu

⁵⁹. FRANZ BOECKLE. Moral Fundamental. São Paulo: Edições Loyola, 1984, p. 48. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit. pp. 121-197.

cinismo, com sua falta de respeito pelo religioso e pelo pré-estabelecido, com seu ceticismo diante dos sistemas perfeitamente elaborados, o sofista procura resgatar o homem do meio de tanto totalitarismo superposto.

(...)

Não temos motivo para estranhar que, dentro deste clima, se empregue maior empenho em ressaltar a autonomia do homem. Não é em vão que devemos a um dos sofistas gregos, Protágoras, o axioma programático que está na base de todo humanismo autônomo: "o homem é a medida de todas as coisas"⁶⁰.

Mas é com o advento do mundo moderno que se vai afirmando a autonomia humana, com um conteúdo antropológico e ético próprio.

A Reforma Protestante (Século XVI), dentro desta evolução, representa um marco indelével da afirmação da autonomia. Interessa-nos destacar que a referida Reforma significou uma modificação da idéia de ordem pela de autonomia, ou pela ordem não mais natural, mas, sim, moral ou da liberdade, em contraste com o que predominou na Idade Média, ou seja, o domínio da ordem natural e das relações hierárquicas, absolutistas, paternalistas⁶¹.

A autonomia, durante o "período das guerras entre as confissões de fé adquiriu além disso o sentido de reivindicação de autodeterminação religioso-confessional", no dizer de BOECKLE⁶².

⁶⁰. MARCIANO VIDAL. Op. cit., p.33.

⁶¹. DIEGO GRACIA. Introducción. La Bioética Médica. BOLETIN DE LA OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 374-378.

⁶². Op. cit., p. 48. E. BOECKLE apresenta uma nota, na mesma página, que afirma: "Na discussão sobre a interpretação da Paz Religiosa de Augsburg (1555) a "autonomia ou a opção livre para mais religiões e crenças" é rejeitada. Depois da Paz de Vestfália (1648) a autonomia passa a ser já uma positiva conquista da liberdade de consciência". Para uma visão crítica da Reforma Protestante, cf.: RUBEM A. ALVES. Protestantismo e

Se esta foi uma das contribuições da Reforma no campo da moral, acrescenta-se a ela (à moral) a progressiva descoberta dos direitos humanos. No bojo desta, JOHN LOCKE⁶³ emerge com a concepção de que o homem é livre e igual, por natureza e, portanto, ninguém tem soberania sobre o outro, a não ser através de um contrato social subscrito livremente⁶⁴.

Na sequência da evolução filosófica, KANT é reconhecidamente apontado como responsável pela introdução definitiva do critério de autonomia na vida moral e ter suscitado, até o presente, uma historiografia abundante em torno deste tema⁶⁵.

Com efeito, em sua obra Grundlegung zur

Repressão. São Paulo: Ática, 1979.

⁶³. Two Treatises of government. New York: Mentor Book, 1965. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 132-135.

⁶⁴. Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 375; também: EDMUND D. PELLEGRINO. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), pp. 381-382; LEONARDO SWIDLER. Direitos Humanos: Apanhado Histórico. CONCILIUM 228 (1990/2) 21-32; MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. III. Aparecida: Editora Santuário, 1980, pp. 153-191.

⁶⁵. Cf. PHILIP ROSSI. O Fundamento do Conceito Filosófico de Autonomia em Kant e suas Consequências Históricas. CONCILIUM 192 (194/2) 6-14. O autor aborda duas perspectivas: a primeira que exacerbou a noção Kantiana de autonomia e a segunda, que permaneceu fiel às linhas do conceito do próprio Kant. À bibliografia apresentada por ROSSI, acrescentamos os seguintes textos: a) à primeira perspectiva: IRIS MURDOCH. The Sovereignty of God. New York, 1971; STANLEY HAVERWAS. A Community of Character. Notre Dame, Indiana, 1981; ALASDAIR MacINTYRE. After Virtue. Notre Dame, Indiana, 1981; PARKER PALMER. The Company of Strangers. New York, 1981; b) à segunda perspectiva: JAMES COLLINS. The Emergence of Philosophy of Religion. New Haven, Connecticut, 1967; ALLEN W. WOOD. Kant's Moral Religion. New York, 1970; MICHEL DESPLAND. Kant on History and Religion. Montreal, 1973; H. CZUMA. Autonomie. Eine hypothetische Konstruktion praktischer Vernunft. München-Freiburg: Alber, 1974; R. SUR LIPPE. Bevergerliche Subjektivität: Autonomie als Selbstzerstörung. Frankfurt: Surbrkamp, 1975; M. FORSCHNER. Gesetz und Freiheit. Zur Problem der Autonomie bei I. Kant. Münch-Salzburg, 1974; J. SCHWARTLAENDER. Nicht nur Autonomie der Moral - Sondern Moral der Autonomie. In: D. MIETH - H. WEBER (org.). Auspruch der Wirklichkeit und christlicher Glaube. Düsseldorf: Patmos, 1980, pp. 75-94; YRMIAHU YOVEL. Kant and the Philosophy of History. Princeton, New Jersey, 1980; J. SCHWARTLAENDER. Sittliche Autonomie als Idee der menschlichen Freiheit. Bemerkungen zum Prinzip der Autonomie im kritischen Idealismus Kants. In: THEOLOGISCHE QUARTALSCHRIFT 161 (1981) 20-33; E. FEIL. Autonomie und Heteronomie nach Kant. Zur Klärung einer signifikanten Fehlinterpretation. In: FREIBURGER ZEITSCHRIFT FUER PHILOSOPHIE UND THEOLOGIE, 29 (1982) 289-441; PHILIP ROSSI. Moral Autonomy, Divine Transcendence and Human Destiny. In: THE THOMIST 46 (1982) 441-458; para a relação entre autonomia e teologia: A. AUER. Autonomie Moral und christlicher Glaube. Düsseldorf: Patmos, 1971. Sobre o impacto e a importância desta obra, ver: ALBERTO BONDOLFI. "Autonomia" e "Moral Autônoma": Pesquisas Atuais em torno de uma Palavra-Chave. CONCILIUM 192 (1984/2) 129-136, com abundante bibliografia sobre o tema. I. MANCINI. Kant e la teologia. Assisi: Cittadela, 1975; J.C. PINTO DE OLIVEIRA (org.). Autonomie, Dimensions Éthiques de la Liberté. Fribourg: Éditions Universitaires; Paris: Editions du Cerf, 1978; R. MOKROSC - L. WLKENS. Die Vernunft und Gevissensautonomie bei Kant als Quelle des bürgerlichen Selbstverständnisses. In: EVANGELISCHE THEOLOGIE 20 (1978) 386-402; B. QUELQUEJEU. De deux formes autoritaire et autonome de la conscience morale. In: REVUE DES SCIENCES PHILOSOPHIQUES ET THEOLOGIQUES 65 (1981) 233-249.

Metaphysik der Sitten (1785)⁶⁶, KANT afirma que a liberdade é essencial para toda moralidade, que é idêntica à autonomia e que é "a base da dignidade da natureza humana e toda natureza racional⁶⁷".

Além de Kant, foi importante, também, a contribuição de JOHN S. MILL, com a sua obra On Liberty, de 1859⁶⁸, não só pela ampliação do conceito de autonomia, mas, igualmente, por ter introduzido a noção legal de intimidade, que se tornou, posteriormente, paradigma para as decisões médicas ⁶⁹.

Na verdade, desde o conhecido Juramento de Hipócrates (Século IV AC), a reflexão ética e deontológica subentendia esta intimidade sob o preceito do "segredo profissional" ou "sigilo médico", como forma de resguardar a dignidade do paciente, manter sua confiança e o próprio funcionamento social da profissão⁷⁰. O que ocorreu, porém, com a junção autonomia-intimidade foi uma ampliação, em termos práticos, dos direitos do paciente e que, mais recentemente assumiu a estrutura dos "direitos dos pacientes"⁷¹.

⁶⁶. Cf. Tadução espanhola: Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres. 3ª ed. Buenos Aires: Espasa-Calpe, 1967.

⁶⁷. Cf. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 382; também, FRANZ BOECKLE. Op. cit., pp. 49-53.

⁶⁸. JOHN STUART MILL. Sobre a Liberdade. Petrópolis: Vozes, 1991. Cf., também: F.W. SCHELLING. A Essência da Liberdade Humana. Petrópolis: Vozes, 1991.

⁶⁹. Cf. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 382. "os pacientes com pleno uso de suas faculdades têm o direito moral e legal de tomar suas próprias decisões e estas têm prioridade sobre as do médico ou da família. (...) A realização mais concreta dos princípios de intimidade e de autonomia dá-se na doutrina do consentimento informado, que se converte no requisito central da tomada de decisões médicas moralmente válidas".

⁷⁰. Cf. SANDRO SPINSANTI. Op. cit., pp. 224-231.

⁷¹. A evolução foi lenta e progressiva e não parece terminada. Esta conquista mescla-se com os movimentos sociais, políticos, econômicos, culturais que se deram nos países europeus e nos Estados Unidos. Compreende desde o direito à decisão pessoal sobre a educação dos filhos, escolha do cônjuge, opção religiosa, ao direito ao uso de anticoncepcionais, de interrupção da gravidez, de respiradores mecânicos, de ingestão de alimentos e líquidos a pacientes terminais, etc. Cf. R.R. FADEN and T.L. BEAUCHAMP. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press, 1986; também: EDMUND E. PELLEGRINO. Art. cit., p. 382; MARÍA DEL CARMEN LARA Y JUAN RAMÓN DE LA FUENTE. Sobre el Consentimiento Informado. BOLETÍN DE LA

Em consequência disso, como bem expressou PELLEGRINO,

"O direito legal à autodeterminação e à intimidade tem sido uma poderosa restrição para o paternalismo tradicional e benévolo do médico e um impulso à doutrina do consentimento informado"⁷².

Outrossim, o conceito contemporâneo de autonomia não pode ser entendido em seu completo significado sem se levarem em conta as chamadas "revoluções democráticas" que, no mundo ocidental, produziram a idéia de "democracia participativa". Referímo-nos precisamente às revoluções inglesa, norte-americana e francesa e àquilo que representaram para a conquista da cidadania e dos direitos humanos.

Não se pode, também, ignorar a importância de Marx e da crítica marxista, na exigência de autonomia do homem real e concreto, que pode ser traduzida por "libertação", "esperança", "supressão de alienações", etc. "Trata-se de uma autonomia prática e revolucionária", na expressão de VIDAL⁷³.

Acrescenta-se, além disso, a contribuição de Nietzsche, da "Escola de Frankfurt", de Freud⁷⁴ e das correntes pós freudianas⁷⁵. Nietzsche, por ter desconexado o humano e o religioso ("loucura da autonomia"). A "Escola de Frankfurt", por ter retomado

OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), pp. 439-444. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 173-182.

⁷². EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 381.

⁷³. MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos da Moral: da "crise moral à moral crítica". São Paulo: Edições Paulinas, 1978, p. 35.

⁷⁴. PEDRO LAÍN ENTRALGO atribui a Freud e a Charcot a introdução do "sujeito" na medicina. Cf. La Relación Médico-Enfermo: Historia y Teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983, p. 228.

⁷⁵. Cf. MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos..., pp. 36-37.

o sujeito autônomo partindo das perspectivas da "grande repulsa" pela forma da sociedade. Freud, pela exigência da autonomia humana, através da psicanálise. As correntes pós-freudianas por tentarem robustecer o ego.

A autonomia assumiu a vanguarda na ética médica, a partir da década de 70, fruto de forças sócio-políticas, conferindo-lhe estatuto legal e filosófico mais delineado, nesta área. Múltiplos fatores contribuíram para isso: o Julgamento de Nuremberg (1946; Código de Nuremberg, 1947); o avanço mundial da democracia participativa; a desconfiança da autoridade em geral e da competência técnica em particular; a expansão da educação pública; o movimento em prol dos direitos civis; a introdução do direito, da economia e do comércio nas decisões médicas; os desafios cada vez mais crescentes da biotecnologia, da engenharia genética, etc....

"Estas forças confluíram para engendrar desconfiança no paternalismo do médico e exigir autodeterminação e consentimento informado nas relações médicas. A "autonomia" converteu-se em símbolo do direito moral e legal dos pacientes para adotar suas próprias decisões sem restrição nem coerção, por mais benfeitoras que sejam as intenções do médico. O direito sócio-político da decisão e da ação autônomas foi introduzido através do conceito legal de intimidade e do princípio de autonomia"⁷⁶.

Até então o critério dominante era o de beneficência que, não obstante buscar o bem do paciente, privilegiava o papel do médico. Agora, com o critério de autonomia, deu-se uma mudança radical na relação médico-paciente. Emergiu uma

⁷⁶. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 381.

relação não mais de sujeito (médico)-objeto (paciente), mas de sujeitos (médico e paciente). Já não são as virtudes da ética tradicional a imperar neste relacionamento: médico (ordenante) X paciente (obediente); médico (sujeito agente) X paciente (objeto recipiente); aquele é para fazer o bem, esse é para recebê-lo; um é agente técnico e moral, o outro é o necessitado de ajuda técnica e ética⁷⁷. Trata-se, agora, de sujeitos autônomos, que querem estabelecer relações interpessoais, compartilhar decisões em parceria e no uso dos plenos direitos de cidadania. Desse modo, as relações que antes eram excessivamente verticais, monárquicas e, às vezes, até absolutistas, transformaram-se em relações de caráter mais horizontal, democrático e simétrico.

A introdução do critério de autonomia pôs fim ao paternalismo tradicional e benévolo do médico e tornou-se condição e valor fundamental para a sua conduta⁷⁸.

2.4. A AUTONOMIA E SEUS LIMITES

Faremos dois tipos de consideração aos limites da autonomia: um que diz respeito à autonomia como critério na ética geral; outro, quanto à autonomia na ética médica, onde nos

⁷⁷. Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., pp. 374-378.

⁷⁸. Cf. MARÍA DEL CARMEN LARA Y JUAN RAMÓN DE LA FUENTE. Art. cit., p. 440.

deteremos mais.

A introdução da autonomia como critério na ética geral, sobretudo no I Mundo, para além de representar uma força emancipatória, prestou-se a muitos equívocos, tais como: suspeita de ateísmo, negação da autoridade eclesiástica, ideologia hedonista, individualismo (norte-americano e europeu), impedir a exploração e a miséria na periferia⁷⁹; "mascarar as lutas internas particulares e arbitrárias de nossas vontades individuais numa infinda guerra pelo domínio⁸⁰"; "forjar um eu incapaz de manter um mundo moral comum onde viver⁸¹"; isolar a "realidade social e histórica do homem⁸²"; "produzir um mundo onde cada um parece ser estranho ao outro⁸³"; "justificar e favorecer" a moral burguesa, ligada às classes médias ascendentes e companheira fiel do liberalismo econômico, social e político"; privilegiar "uma avaliação moral: 1) cujo sujeito é o indivíduo; 2) cuja fonte é o otimismo, a auto-suficiência; 3) cujo objetivo é o progresso conseguido mediante a competitividade insensível à situação dos fracos e sem ponderar os custos humanos no caminho rumo ao desenvolvimento"; de "converter-se na razão insolidária"; de hipertrofiar o sujeito autônomo, levando-o "à razão fechada, com sérias dificuldades para abrir-se à transcendência da solidariedade inter-humana"; de "privilegiar a função discursiva com descuido da função narrativa" e, por isso, "sequestrar a voz libertadora do povo"; de "excessiva plausibilidade com o universo da Modernidade",

⁷⁹. Cf. DIETMAR MIETH - JACQUES POHIER. Editorial. CONCILIUM 192 (1984/2) 3.

⁸⁰. PHILIP ROSSI. Art. cit., p. 7.

⁸¹. Ibidem, p. 7.

⁸². Ibidem, p. 7.

⁸³. Ibidem, p. 7. Cf. também: PARKER PALMER. The Company of Strangers. New York, 1981.

levando-o à "perda do alento messiânico⁸⁴".

Outra crítica que se faz à autonomia, no discurso ético, presente no modelo "renovado" de Ética, é a de ela estar incorporada aos valores secularizados do mundo moderno, centrado no indivíduo.

MOSER⁸⁵ descreve este modelo "renovado" como tendo as seguintes características:

"Em termos éticos, a assimilação das ciências humanas representou uma verdadeira revolução. A ética renovada já não tem diante de si uma espécie de superhomem, que enfrenta impavidamente os desafios da vida. Os cavalheiros heróicos que, estribados numa personalidade forte, atravessam ilesos os embates da vida, já não existem. O que existe são simples mortais que carregam consigo o peso de condicionamentos mais ou menos profundos, mais ou menos determinantes, mas sempre presentes e atuantes. A consciência dos condicionamentos humanos está na raiz da superação da rigidez encontrada no modelo tradicional.

Entretanto, a virada antropocêntrica, com todos os seus méritos, também apresenta seus pontos frágeis. Em termos éticos, foram privilegiados os condicionamentos psicológicos, mais do que os sociais. E não poderia ser diferente. O homem dividido, angustiado, mas ao mesmo tempo privilegiado. Privilegiado sob os prismas econômico, social e cultural. Ele

⁸⁴. MARCIANO VIDAL. A Autonomia, enquanto Fundamento da Moral é compatível com a Ética da Libertação? O Necessário Diálogo entre "autonomia" e "Libertação". CONCILIUM 192 (1984/2) 108-117; cf. também: JOHAN BAPTIST METZ. A Fé em História e Sociedade. São Paulo: Edições Paulinas, 1981. JOHAN BAPTIST METZ. Para Além de uma Religião Burguesa: sobre o futuro do Cristianismo. São Paulo: Edições Paulinas, 1984.

⁸⁵. ANTONIO MOSER. A Representação de Deus na Ética da Libertação. CONCILIUM 192 (1984/2) P. 60.

pode sentir-se intimamente inseguro, mas se afirma estribado em garantias que lhe são oferecidas pelo contexto social: emprego, ou seguro-desemprego, boa alimentação, boas condições de vida, boas condições habitacionais, boa perspectiva de uma tranquila aposentadoria, boa assistência médica, patrimônio cultural invejável. Sobretudo, se afirma pelas conquistas obtidas nos mais diversos campos das ciências e da técnica. O homem pressuposto no modelo renovado pode desumanizar-se por outras razões, mas não pela falta de condições ambientais.

O homem no modelo renovado é tipificado pelo sucesso. Os abalos que podem ocorrer, não passam de pequenas vagas num oceano de tranquilidade. Daí suas preocupações éticas serem aquelas de uma sociedade de abundância e liberal. Trata-se de buscar razões que justifiquem um maior liberalismo em termos éticos e venham, assim confirmar o status quo".

MORENO REJÓN observa, ainda, que "a ética da modernidade centrada na autonomia é tipificada como ética: muito mais progressista que nova; elitista pelo tipo de problemas abordados; privatista (...); funcionalista, pois seu interlocutor é o mundo moderno-burguês legitimado por ela, e não o do pobre-classes populares"⁸⁶.

Acrescenta-se, também, que a exacerbada autonomia transforma-se em critério idealizante e irreal face à prática: preceitos e normas são formulados em termos de generalidade e de abstração, que impedem conclusões práticas; na pretensão de

⁸⁶. FRANCISCO MORENO REJÓN. *Buscar o Reino e sua Justiça: a Evolução da Ética da Libertação*. CONCILIUM 192 (1984/2) 56; cf. do mesmo autor: Teologia Moral da América Latina. Aparecida: Editora Santuário, 1987; ENRIQUE DUSSEL. Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1987.

salvaguardar a autonomia, faz-se, muitas vezes, uma cisão entre "ética-discurso e ética prática profissional", ou entre "prática e teoria ética, a partir do conceito de ideologia racionalizadora de uma prática que deve ser mantida intocada, graças ao enormes interesses econômicos e políticos em jogo⁸⁷".

A introdução do critério de autonomia na ética médica é recente. Data do início dos anos 70⁸⁸. Entretanto sua aceitação foi decisiva para a mudança do centro de tomada de decisões. Esse mudou do médico para o paciente. Deslocou-se a beneficência como primeiro princípio da ética médica. Transformou as relações médico-paciente, tornando-as mais abertas, francas, respeitadas. Passou a proteger os pacientes contra flagrantes violações de sua autonomia e integridade⁸⁹. Converteu-se em forma de os pacientes se autodeterminarem, consentirem ou não após informação médica, decidirem sobre o que desejam efetivamente de uma conduta médica.

A aceitação ou não do critério de autonomia revela um modelo de prática médica: há profissionais que aceitam a autonomia do paciente, mas subordinada ao critério de beneficência do mesmo; há profissionais que privilegiam o respeito ao cliente e o exercício de sua autonomia, subordinando, assim, a beneficência à autonomia.

"No primeiro, as ações definem-se como corretas se conduzem

⁸⁷. ALBERTO ABIB ANDERY. Três Modalidades de Ética Profissional. In: JOSÉ J. QUEIROZ (Org.) Ética no Mundo de Hoje. São Paulo: Edições Paulinas, 1985, pp. 75-86.

⁸⁸. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., pp. 379-389.

⁸⁹. Ibidem, pp. 382-383.

ao bem estar do paciente. Trata-se de uma ética orientada para os resultados, na qual a autonomia tem importância marginal e o paternalismo só é errôneo quando não se alcançam os benefícios desejados para o paciente. É claro que muitas pessoas preferem ser tratadas paternalmente e "se põem nas mãos do médico". Para elas, o exercício da autonomia é mais uma fonte de frustração e de ansiedade do que de satisfação. Por outro lado, na ética orientada para a ação e não para os resultados, o ponto de referências são as condições nas quais se atua. Assim, a autonomia, como condição para a ação, adquire um valor fundamental. Para que uma pessoa possa fazer uso de sua autonomia, deve ser tratada com respeito. Isto significa que se deve solicitar seu consentimento para qualquer atuação que se venha efetuar e evitar-se toda coerção, inclusive o paternalismo"⁹⁰.

A constatação de que o critério de autonomia reflete um modelo prático de conduta médica não impede, todavia, a verificação de seus limites.

É inegável que a autonomia seja o modo mais adequado de a pessoa exercer seu autogoverno, sua autodeterminação, dirigindo-se segundo seu próprio sistema de valores. Mas, nem todas as pessoas estão em condições de o fazer, por restrições internas ou externas.

"As primeiras incluem lesões ou disfunções cerebrais causadas por transtornos metabólicos, drogas, traumatismos ou falta de lucidez mental originada na infância ou na juventude, retardamento mental ou psicose, neurose obsessivo-compulsiva. Nestes casos, o substrato fisiológico necessário para poder

usar a capacidade de autonomia está afetado, algumas vezes, de forma reversível.

É possível que, ainda que não exista um impedimento interno para o exercício da autonomia, seu uso se veja obstacularizado por fatos externos como a coerção, o engano físico e emocional ou a privação de informação indispensável. Nestes casos, a pessoa tem a capacidade de autogoverno, porém, não pode usá-la numa ação autônoma, quer dizer, numa ação que dê provas de "autorização autônoma"⁹¹.

Para além destes limites, há autores que fazem outro gênero de distinção, distinguindo diferentes graus de exercício total ou parcial de autonomia, não se tratando, pois, esta, de absoluta, nem de "jogo do tudo ou nada". Assim, MARIA DEL CARMEN LARA Y JUAN RAMÓN DE LA FUENTE distinguem quatro graus: incapacidade temporal para o exercício da autonomia, falta de capacidade para o exercício da autonomia, perda permanente da autonomia e ausência de autonomia⁹².

"- Incapacidade temporal para o exercício da autonomia. Se o respeito pela autonomia é fundamental, também o é tratar de restabelecer as capacidades que a tornam possível. Para isso, a sobrevivência é necessária, porém, não suficiente. Ainda é motivo de controvérsia, se a sobrevivência sem autonomia é uma meta válida na prática médica. Por outro lado, pode realizar-se uma intervenção terapêutica arriscada com o fim de restabelecer algumas funções da vida autônoma, mesmo quando a sobrevivência seja mais segura se esta não se realiza.

"- Falta de capacidade para o exercício da autonomia. Isto

⁹¹. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 380.

⁹². Art. cit., pp. 439-444.

pode se dar sobretudo no caso de crianças, contexto original do paternalismo. Na prática médica, as enfermidades prolongadas e debilitantes, físicas ou mentais, são as que ocasionam diversas limitações para a ação autônoma.

A avaliação contínua é fundamental e, neste caso, tanto os pais quanto os médicos deverão restringir sua conduta paternalista e permitir que seus filhos ou paciente tomem algumas decisões, dependendo de sua evolução.

- Perda permanente da autonomia. Neste caso, os médicos e os familiares podem fazer uso de uma noção hipotética de consentimento: se pudesse que decisão tomaria? Pode se dar uma resposta, é possível manter certo respeito (ainda que seja só um vestígio) para o que o paciente foi e para a autonomia que teve?

- Ausência total de autonomia. Nesta circunstância, a noção de respeito pela autonomia não tem significado. Mesmo assim, pode se colocar hipoteticamente uma pergunta similar: que teria feito? É, pois, inevitável que a prática médica tenha certos elementos paternalistas. A pergunta precisa, porém, é: quem vai exercer o paternalismo? Os familiares ou o médico?".

Ademais, independentemente destas restrições, observam-se deficiências no uso deste critério como guia moral na ética médica: ter acentuado a qualidade legalista; tendência ao minimalismo moral por restringir-se de modo exclusivo ao especificamente prescrito; obsessão por provas documentais, mais do que preocupação pela qualidade moral do consentimento; redução da relação médico-paciente a contrato, em vez de relação fiduciária

ou de acordo; minimizar as obrigações do médico, em detrimento da beneficência do paciente; diminuição da capacidade decisória do médico; culto ao privatismo moral, ao atomismo e ao individualismo insensível...

"Quando a autonomia converte-se em algo absoluto, cada pessoa chega a ser um átomo moral que determina seus direitos independentemente e, inclusive, contra as exigências da entidade social a que pertence. Os conflitos entre os direitos de uma comunidade e os de cada um de seus membros colocam sérios questionamentos sobre a justiça econômica e social, que reclamam um melhor equilíbrio entre autonomia e bem comum"⁹³.

Para além destes limites constatados na prática, sobretudo nos países do I Mundo - onde a população tem acesso aos serviços básicos de saúde -, na América Latina, a triste e lamentável situação é de que a maioria da população não tem acesso a estes serviços⁹⁴.

Frente à situação de miséria e de descaso para com os serviços básicos de saúde, devemos nos perguntar até que ponto o critério de autonomia, para além dos limites já mencionados, pode ajudar-nos.

Parece-nos, em primeiro lugar, que o critério de autonomia só pode ajudar, ser mediação, para uma minoria, na América Latina: os que têm altos salários, cultura de média para

⁹³. EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 383.

⁹⁴. Cf. LEOCIR PESSINI. Eutanásia e América Latina: questões ético-teológicas. Aparecida: Editora Santuário, 1990, pp. 138-155.

universitária, os melhores informados e que, por isso, têm acesso aos sofisticados atendimentos médicos. A autonomia responde, assim às suas necessidades individuais. Mas, para a maioria da população, não se trata de reivindicar atenção de saúde, cuidados médicos, em termos de autonomia e, sim, de alteridade, de outro como maioria marginalizada. O interesse primeiro, não é de um eu, autônomo, e sim, de um nós solidário⁹⁵.

Em segundo lugar, vive-se na América Latina uma outra série de limitações. É a derivada das limitações institucionais: há uma estrutura institucional múltipla, pouco aparelhada, muito burocratizada e cronicamente carente de recursos (tecnológicos, humanos, materiais, legais). Leis não são cumpridas e nem há mecanismos coercitivos para que sejam cumpridas. E quando existem, são muito pouco cumpridas, o que tem gerado perda de credibilidade nas instituições de saúde e a possibilidade de serem consideradas verdadeiras protetoras do cidadão.

Acrescenta-se a isto que, não obstante os governos afirmarem que o setor de saúde é prioritário nas suas administrações, o que se constata é que, na prática, este setor vive atropelado, prejudicado por um complexo de fatores: administrativo, gestão de recursos, burocracia, fraudes, etc.

A autonomia, como critério na ética médica, supõe, ainda, que o cidadão tenha escolaridade suficiente para

⁹⁵. Cf. DIANA SERRANO LaVERTU Y ANA MARÍA LINARES. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y Caribe. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), pp. 489-498. As autoras fazem pertinentes observações quanto aos limites conceituais e institucionais na América Latina e no Caribe, quanto à aplicação dos princípios de beneficência, respeito pelas pessoas e justiça em relação à investigação biomédica em seres humanos. Elas bem observam que estes princípios "foram concebidos essencialmente para serem postos em prática nos países desenvolvidos ou nas zonas muito urbanizadas dos países em desenvolvimento. São princípios que refletem uma concepção específica acerca da natureza das pessoas e sua relação com a sociedade" (p. 495). Não negam a validade dos princípios. Mas propõem "a necessidade de entender os princípios de ética, dentro de um marco de pertinência cultural que permita aplicá-los em concordância com a realidade local" (p. 496).

entender, compreender e, a seguir, decidir, por conta própria, sua situação diante de um diagnóstico. Isso, para uma população analfabeta ou quase analfabeta ("analfabetismo funcional") é um empecilho. Há a dificuldade de discenir o conteúdo de um diagnóstico e, com base nele, se tomar uma decisão. A tendência mais frequente será, então, colocar-se "nas mãos do médico" - "o doutor sabe o que deve fazer" -, ou, então, permanecer numa atitude de desconfiança ou de rejeição - "o doutor não sabe o que eu tenho", "não vou mais procurá-lo"⁹⁶.

A estes limites colocados à autonomia, pretendemos superá-los com o critério de alteridade. Não subestimamos o valor do primeiro. Mas o consideramos por si só incompleto. Ele completa-se com, pela e na alteridade.

2.5. JUSTIÇA

O terceiro critério orientador na Bioética atual é o da justiça. O que se pretende com ele, em nome dele, é que toda atenção, todo cuidado e todo sistema de saúde sejam justos (além de funcionais e eficientes). Ou, dito de outro modo, é o princípio

⁹⁶. Cf. CHRISTIAN E. GAUDERER. Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991. A intenção do autor é informar o paciente: "A informação é a base da autonomia, da independência, do conhecimento e da cultura" (p.11). É tornar conhecidos os direitos do paciente (cf. p. 13).

de justiça que nos obriga a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde.

A introdução do critério de justiça na Bioética é, também, recente. Mas, ao longo dos três últimos séculos foi germinado como parte da consciência da cidadania e luta pelo direito à saúde, até se estabelecer como direito de todos. Por isso, em um primeiro momento, apresentaremos a relação entre cidadania e direito à saúde e, em um segundo momento, as teorias da justiça que se elaboraram no decorrer da história e como incidiram na concepção de um sistema justo de serviços de saúde e na justa destinação dos recursos para os mesmos. Por fim, abordaremos o critério de justiça e seus limites.

O direito à saúde é uma conquista que é fruto de um longo percurso: da emancipação do sujeito, dos movimentos pelos direitos civis (Século XVIII), pelos direitos políticos (Século XIX) e pelos direitos sociais (Século XX).

Por emancipação do sujeito, para nos atermos somente à área da saúde, entende-se o processo iniciado com a "rebelião do sujeito" - de forma violenta na Revolução Francesa - contra a forma de assistência médica objetivante e despersonalizadora e contra a discriminação - existência de uma "medicina para ricos" e uma "medicina para pobres"⁹⁷.

A emancipação do sujeito, contudo, não pode ser vista como dissociada dos movimentos sociais, em cujo bojo estava, igualmente, a luta pelo reconhecimento do direito à saúde e

⁹⁷. Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 219 ss. Este autor observa que sob o "aspecto clínico", a "rebelião" passou a significar exigência de o paciente "ser clinicamente considerado como "sujeito" valioso ou carente de valor. O rebelde social protestava contra o mau trato dado à sua "objetividade". Agora, a rebeldia vai ser menos violenta, porém, mais sutil. O paciente, com efeito, vai protestar contra a objetivação mesma, contra o fato de que sendo ele "pessoa", "sujeito" dotado de inteligência, intimidade e liberdade, seja tratado tecnicamente quando está enfermo como puro "objeto" (p.224).

nasceram os princípios básicos da medicina social, com projeto amplo de reforma social, que PAIM sintetiza em três pontos:

"1ª) A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social.

2ª) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo tais relações serem submetidas à investigação científica.

3ª) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas"⁹⁸.

A emancipação do sujeito, os movimentos sociais produziram, ainda que não de forma linear, a consciência do cidadão, com tudo que este conceito implica de igualdade, de individualidade, de representação, na constituição do Estado Moderno.

"O surgimento dos Estados Nacionais, com a transição do feudalismo para o capitalismo na Europa, teve como correspondente o reconhecimento do status de cidadão ao povo, sendo que a cidadania implicou no estabelecimento de uma pauta de direitos e deveres entre o cidadão e seu Estado, do reconhecimento da igualdade humana até a busca de uma participação integral do indivíduo na comunidade"⁹⁹.

Esta nova situação da relação cidadão-Estado obrigou a este a adotar, na área da saúde, modalidades de proteção

⁹⁸. JAIRNILSON SILVA PAIM. Direitos à Saúde, Cidadania e Estado. In: ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 47-48; cf., também: T.H. MARSAHALL. Cidadania Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

⁹⁹. SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 96.

social para com aquele, nos países do I Mundo, demonstrando a evolução do capitalismo liberal para a democracia social. Primeiramente na forma de assistência social, depois, de seguro social e, por fim, de Estado do Bem-Estar Social. Vale observar, também, aqui, que esta evolução não foi, naqueles países, linear e excludente de uma forma da outra.

Assistência social: "é, (...), na história do capitalismo, a primeira forma de proteção social que se origina com a concepção de que a pessoa está em necessidade por causa de problemas de seu caráter, o que acarreta que seja provida assistência em condições que tentam parcialmente compensar falhas passadas e prevenir contra falhas futuras.

O caráter primitivo das medidas de assistência social revela-se na ideologia transmitida através delas, onde o indivíduo torna-se objeto de proteção social desde que se reconhece a sua incapacidade pessoal de promover seu sustento e reprodução no mercado. Desta forma, reconciliou-se a necessidade econômica de proteção social aos trabalhadores, criada a partir da desestruturação das relações tradicionais e da voracidade da produção capitalista, com a necessidade ideológica de disciplinar a classe trabalhadora emergente através de incentivos ao trabalho e punição aos que não se submetiam a esta lógica"¹⁰⁰.

A forma assistencial, surgida na Inglaterra, como proteção social, na área da saúde, como aliás toda forma assistencial, padece o risco de considerar o outro (cidadão ou multidão) como objeto (objeto de assistência, de caridade...). É um protegido, dependente... Não se leva em conta a causa pela qual

¹⁰⁰. Ibidem, pp. 97-98.

"precisa" ser assistido¹⁰¹.

Seguro Social: instituído por Bismarck, na Alemanha¹⁰², entre 1883 e 1884, "contra acidentes, doença e com manifestação inequívoca do Estado paternalista do bem-estar social", propagou-se rapidamente pela Europa¹⁰³, "criando uma nova relação entre Estado e cidadão. Esta relação embora restrita aos empregos assalariados, caracteriza-se como uma relação contratual, implicando na existência de uma pauta de direitos positivos entre aqueles que contrataram com o Estado. Ademais, coloca a proteção social sob a égide da equidade e da justiça, distinguindo-se do caráter repressor da assistência"¹⁰⁴ e que "o seguro social alemão assemelhou-se à estrutura dos seguros privados, caracterizando-se:

- . quanto ao financiamento: contribuições dos empregados, dos empregadores e do Estado;
- . quanto à administração: comitês corporativos com representação de empregados e empregadores sob o controle estatal, realizado por meio de um aparato burocrático, refletindo a idéia do Estado como árbitro entre os conflitos de classe;

¹⁰¹. Cf. LEONARDO BOFF e CLODOVIS BOFF. Como Fazer Teologia da Libertação. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986, pp. 15-16. Os autores sublinham que: "No assistencialismo a pessoa se comove diante do quadro de miséria coletiva: procura ajudar os carentes. Em função disto organiza obras assistenciais, como pão dos pobres, campanha do cobertor, chá beneficente, Natal da periferia, fornecimento gratuito de remédios, etc. Tal estratégia ajuda os indivíduos, mas faz do pobre objeto de caridade, nunca sujeito de sua própria libertação. O pobre é considerado apenas como aquele que não tem. Não se percebe que o pobre é um oprimido e feito pobre por outros; não se valoriza aquilo que ele tem, como força de resistência, capacidade de consciência de seus direitos, de organização e de transformação de sua situação. Ademais, o assistencialismo gera dependência dos pobres, atrelados às ajudas e decisões dos outros, não podendo ser sujeitos de sua própria libertação".

¹⁰². Cf. G. ROSEN. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal, 1980, pp. 77-141; 213-242.

¹⁰³. Cf. HÉLIO PEREIRA DIAS. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. In: ANAIIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 69-90.

¹⁰⁴. SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA. Art. cit., p. 98; a autora registra que isto se deu dentro da "política social no capitalismo autoritário" (p. 99).

. quanto aos benefícios: diferenciados de acordo com a contribuição, isto é, um seguro de natureza contratual ao invés de um mínimo vital com direito universal. É neste sentido que se pode afirmar que tal seguro é um mecanismo de reprodução das desigualdades existentes e geradas na esfera da produção, embora tenha um caráter de política compensatória face às maiores discrepâncias ali originadas. A adoção deste princípio de manutenção do status do indivíduo significa que o sistema previdenciário passa a ser um instrumento de perpetuação das desigualdades existentes durante o período de vida ativa do indivíduo"¹⁰⁵.

Em nível internacional, o direito à segurança social ou de saúde, se estabeleceu a partir de 1948: a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, assinada em Bogotá, Colômbia, incluiu a atenção da saúde entre os direitos humanos básicos¹⁰⁶ e, a seguir, a Declaração dos Direitos do Homem, votada na III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas, a 10 de dezembro de 1948, em Paris, subscrita pelo Brasil¹⁰⁷.

Desta Declaração destacamos:

"Art. XXII - Todo homem, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos

¹⁰⁵. Ibidem, pp. 99-100.

¹⁰⁶. Cf. JAMES F. DRANE. Questiones de Justicia en la Prestación de Servicios de Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) p. 596.

¹⁰⁷. Cf. HÉLIO PEREIRA DIAS. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. In: loc. cit., pp. 69-90; SUELI DALLARI. Direito à Saúde. In: ANISTIA INTERNACIONAL. Direitos Humanos no Brasil: Conferências para Educadores. São Paulo: Editora e Artes Gráficas MPA, 1986, pp. 65-69.

econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade".

E o

"Art. XXV - 1. Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle.

Art. XXV - 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social"¹⁰⁸.

O Estado do Bem-Estar Social: nascido depois da Segunda Guerra Mundial, esta forma consagrou os direitos sociais, estendendo-os a todos os cidadãos, superando, assim, a forma anterior de relação contratual feita pelos assalariados.

"Assim, os direitos sociais incorporaram-se plenamente à condição de cidadania, na medida em que a sociedade reconheceu a necessidade de o Estado fornecer as condições mínimas de sobrevivência a todos os cidadãos. O estado

¹⁰⁸. No Brasil, a seguridade social tem, também, sua história. Seguindo os dados de HÉLIO PEREIRA DIAS, "No campo do seguro social, registram-se vários fatos exponenciais, tais como a instituição de montepios, caixas de socorros, caixas de aposentadorias e pensões, todos voltados para determinados grupos, como os empregados dos correios, os trabalhadores das oficinas da Imprensa Régia, sucedida pela Imprensa Nacional, para os empregados do Ministério da Fazenda, da Estrada de Ferro Central do Brasil e outros, como se constata na Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888; nos Decretos nº 9.212-221, de 26 de fevereiro de 1890; 1541-C de 1893; 4.680, de 1902; 9.284 de 1911 e 7.751, de 1909, já no Brasil republicano". Art. cit., p. 80. E. DIAS prosegue: "Como signatário de vários tratados e convenções, dentre eles o de Versailles, em 1919, ao lado de outros países americanos, se inicia, então, no Brasil, um novo ciclo de iniciativas no campo legislativo em matéria de segurança social". Art. cit., p. 80.

capitalista, encontra sua feição democrática"¹⁰⁹.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde resgatou essa evolução, levando em conta toda a realidade histórica, política, econômica, social, cultural da questão da saúde como direito, propondo a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor e ficou sintetizada na já consagrada expressão: saúde, direito de todos e dever do Estado.

É preciso, contudo, levar em conta as teorias da Justiça.

As teorias da Justiça têm muita importância pelas seguintes razões: por vivermos numa sociedade pluralista (onde não há uma teoria predominante), por gerarem modelos diferentes de organização da atenção de saúde, por suscitarem problemas os mais diversos nesta área e pela própria necessidade que a pessoa humana tem de justificar as suas ações¹¹⁰.

Apresentamos, aqui, as principais teorias da justiça que se elaboraram no decorrer da história tão somente para destacar em que medida elas incidiram e/ou incidem na concepção de um sistema justo de serviços de saúde e na justa destinação de recursos para os mesmos.

DIEGO GRACIA denomina nível deontológico ou dos princípios ao primeiro momento (teorias da justiça que dão suporte à concepção de um sistema justo de serviços de saúde) e nível teleológico ou das consequências ao segundo (ou seja, o da destinação dos recursos). Para ele, uma teoria da justiça é

¹⁰⁹. SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA. Art. cit., p. 98.

¹¹⁰. Cf. JAMES F. DRANE. Questiones de Justicia en la Prestación de Servicios de Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) pp. 586-598.

impossível sem se levar em conta isto¹¹¹.

Seguiremos, pois, os dois momentos propostos por ele: o momento deontológico ou "dos princípios" e o momento teleológico ou "das consequências".

A) Momento Deontológico ou dos Princípios

Os jurisconsultos romanos definiram um princípio de justiça como sendo suum cuique tribuere (dar a cada um o que é seu). A dificuldade, porém, está em se definir o que é este suum (o seu, o que lhe pertence, o que se tem direito)¹¹².

Cinco interpretações principais se deram a este princípio: a justiça como proporcionalidade natural, como liberdade contratual, como igualdade social, como bem-estar coletivo e como equidade¹¹³.

1. A justiça como proporcionalidade natural: iniciada pelos filósofos gregos, por volta do século VI a.c., gozou de supremacia no Ocidente até o século XVII. Segundo este princípio, "a justiça é uma propriedade natural das coisas que o homem não tem senão que conhecer e repetir". É a dikaiosyne.

¹¹¹. Cf. DIEGO GRACIA. Que es un Sistema Justo de Servicios de Salud? Principios para la Asignación de Recursos Escasos. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) pp. 570-585.

¹¹². JOSÉ GERALDO DE SOUZA JÚNIOR. A Construção Social da Cidadania. In: ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 61-67. O autor sublinha que esta noção representou uma "estratégia de dominação" que permitiu "a Aristóteles, armado da materialidade de seu mundo, elaborar uma hermenêutica justificadora do lugar e do tempo de sua classe, por meio de uma explicação da divisão dos homens em seres livres e escravos, de modo que o senhor pudesse atribuir ao escravo a sua servidão como utilidade e justiça decorrente da natureza das coisas. Por isso João Mangabeira, numa extrapolação crítica de esgotamento da fórmula individualista, denuncia a representação formal do enunciado da justiça, contida na proposição romana do "dar a cada um o que é seu": "Aplicada em toda a sua inteireza - diz ele - a velha norma é o símbolo da descaridade, num mundo de espoliadores e espoliados. Porque se a justiça consiste em dar a cada um o que é seu, dê-se ao pobre a pobreza, ao miserável a miséria e ao desgraçado a desgraça, que é isso é que é deles. Nem era senão por isso que ao escravo se dava a escravidão, que era o seu, no sistema de produção em que aquela fórmula se criou" (pp. 61-62).

¹¹³. Apoiamo-nos, aqui, principalmente, no artigo de Diego Gracia anteriormente citado.

Aristóteles distinguiu nesta proporcionalidade a justiça distributiva e a justiça comutativa.

A justiça distributiva é a do governante para com os seus súditos. A comutativa (originalmente chamada corretiva) é a das pessoas privadas entre si¹¹⁴.

Para a área da saúde, ambas têm muita importância: sobretudo, a primeira¹¹⁵. Considerando o caráter "natural" da desigualdade e a hierarquia da sociedade grega, tratava-se de distribuir a justiça proporcionalmente às capacidades "naturais". Deste modo, ao soberano caberia sempre personificar o bem comum aos súditos, a obediência ao mesmo. Segundo DIEGO GRACIA, encontra-se aí a origem do paternalismo em "toda tradição sócio-política de corte naturalista"¹¹⁶.

Na área da saúde, duas consequências se deram a partir desta concepção: uma no relacionamento médico-paciente e outra na extensão social da atenção de saúde.

- no relacionamento médico-paciente: o médico representa, personifica o bem comum dentro desta ordem "natural"; o paciente representa o bem particular (a saúde) e só o obterá se se conformar, se se submeter a esta ordem. E o fará através da virtude da obediência.

"Entre o enfermo e o médico, como entre o fiel e o sacerdote ou entre o súdito e o soberano, não cabe a justiça

¹¹⁴ Ética a Nicômaco V, 3: 1131 a 31-b 15; V, 4: 1132 a 30-35. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 206-209; ALASDAIR MACYNTYRE. Justiça de Quem? Qual Racionalidade? São Paulo: Edições Loyola, 1991, pp. 117-137.

¹¹⁵ Cf. JAMES F. DRANE. Questiones de Justicia en la Prestación de Servicios de Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) 586-598. Drane observa que, no marco da saúde, "justiça geralmente refere-se ao que os filósofos chamam "justiça distributiva", a distribuição equitativa de bens excassos em uma comunidade" (p. 586).

¹¹⁶ Art. cit., p. 572. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 204-217.

comutativa. Os serviços de médicos, de sacerdotes e de soberanos são considerados tão superiores aos que os demais membros da comunidade prestam, que nunca poderão se igualar em troca. Por isso, a nenhum deles se paga conforme o princípio da justiça comutativa e, sim, segundo o conceito de honra. Inclusive, a retribuição que recebem denomina-se "honorários"¹¹⁷.

- na extensão social da atenção de saúde: a assistência médica deve ser proporcional à categoria da pessoa. Trata-se do caráter diferenciado que se atribui a cada um, segundo a "ordem natural" que ocupa na sociedade: a dos escravos, a dos artesãos livres e a dos cidadãos livres e ricos. Na verdade, só a estes últimos cabia a assistência sanitária completa¹¹⁸.

"O conceito de justiça distributiva fez que, ao longo da Antiguidade e da Idade Média, existissem três grandes tipos de assistência médica: a dos estratos mais pobres da sociedade (servos, escravos, etc.); a dos artesãos livres e a dos cidadãos livres e ricos. Ninguém, além destes últimos, participava inteiramente dos bens da cidade e só eles podiam e deviam ser plenamente justos e virtuosos. Talvez, por isso, eram os únicos que recebiam assistência sanitária completa"¹¹⁹.

2. A justiça como liberdade contratual: deve-se a JOHN LOCKE ter escrito, em 1690, o quadro dos direitos primários

¹¹⁷. Ibidem, p. 572.

¹¹⁸ Diego Gracia menciona, no artigo citado, somente o República de Platão - sem dúvida, um dentre os textos platônicos mais representativos. Mas, para além dele, é preciso levar em conta: Cármides, Górgias, Político, Timeu, Leis. Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO. La Relación Médico-Enfermo: Historia y Teoría. Madrid: Alianza Editorial, S.A., 1983, pp. 85-95. Referências mais importantes são: República III, 406 a-e; 407 c-d; Leis 720 a-d; Cármides 157 b.

¹¹⁹. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 572.

de todo ser humano, os chamados direitos humanos civis e políticos: direito à vida, à saúde ou à integridade física, à liberdade e à propriedade, além do direito a defendê-los quando os considerar ameaçados. Mas, para garanti-los, era necessário um pacto ou contrato - contrato social. Justiça, segundo esta concepção é "liberdade contratual ou contrato que assegure e proteja a liberdade individual"¹²⁰. Sem entrar no mérito que esta concepção teve na economia (Adam Smith, David Ricardo, Thomas Robert Malthus, F. Hayek, M. Friedmann) e na ética, muito recentemente (Robert Nozick), queremos sublinhar a sua repercussão na área da saúde: esta, consoante o princípio contratual, passou a guiar-se segundo os princípios do livre mercado, no qual o Estado não deve intervir.

"Nos últimos anos, a teoria liberal da justiça encontrou novas aplicações no campo da saúde pública. Ante os possíveis excessos do Estado benfeitor, os novos liberais voltaram-se para a tese de que a saúde é um direito individual que deve ser protegido pelo Estado, porém, só negativamente, não de modo positivo. Quer dizer, o estado tem a obrigação de impedir que alguém atente contra a integridade corporal das pessoas, porém, não de procurar a assistência sanitária para todos os cidadãos. Esta é a diferença entre o direito negativo à saúde e o direito positivo à assistência sanitária"¹²¹.

3. A justiça como igualdade social: destaca-se,

¹²⁰. Ibidem, p. 573. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 217-235. Cf. JOHN LOCKE. Segundo Tratado sobre o Governo. Clássicos da Democracia. São Paulo: IBRASA, 1963.

¹²¹ - DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 574. São defensores desta posição: DAN BEAUCHAMP. Alcoholism as blaming the Alcoholic. INT. ADDICT. 11: 41-52, 1976; Public Health and Social Justice. INQUIRY 13:3-14, 1976. para uma crítica a esta posição, cf. T.L. BEAUCHAMP and R.R. FADEN. The Right to Health and The Right to Health Care. MED. PHILOS. 4: 125-126, 1979; J. BARUCH BRODY. Health Care for the haves and the have-nots: Toward a just basis of distribution. In: E.E. SHELPI (Ed.). Justice and Health Care. Dordrecht: Reidel, , pp. 151-159; H.T. ENGELHARDT, Jr. The Foundations of Bioethics. New York: Oxford University Press, 1986.

aqui, por sua importância, a proposta marxista.

"Ao negar a propriedade privada dos bens de produção, o marxismo permite uma nova definição da justiça distributiva: o que se deve distribuir equitativamente não são os meios de produção, mas, sim, os de consumo. O problema está em definir o que significa, aqui, "equitativamente". Marx o resolve, fazendo sua uma idéia de Louis Blanc, segundo a qual "deve-se exigir de cada um segundo a sua capacidade e a ele se dar segundo suas necessidades".

Se voltarmos à clássica definição de justiça dada por Justiniano I: Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens (Justiça é a constante e perpétua vontade de dar a cada um o seu), vemos que a mudança está no modo de definir "o seu". Para o pensamento liberal era "o próprio" enquanto que para Marx é o "o que se necessita". A justiça distributiva não é adequada se não der a cada um segundo suas necessidades; só assim podem coincidir a justiça e a igualdade"¹²².

Para a área da saúde, esta concepção teve reflexos importantes. Na medida em que concebe a saúde como capacidade (p. ex., para trabalhar) e a doença, uma necessidade (de cuidado e da assistência) - a saúde, bem de produção e de assistência sanitária, bem de consumo - o Estado obriga-se a dar a cada um segundo suas necessidades, cobrindo, assim, de modo gratuito e total, a assistência sanitária de todos os seus cidadãos¹²³.

4. A justiça como bem-estar coletivo: a justiça, aqui, é definida como bem-estar coletivo. É o resultado não só dos

¹²². DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 575. Cf. op. cit., pp. 235-258.

¹²³. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 575.

movimentos pelos direitos civis e políticos, mas, também, sociais. Na área da saúde, a sua repercussão levou à concepção da assistência sanitária como direito e a saúde a ser tratada como uma questão pública e política.

"O Estado de justiça social, que nos países ocidentais chegou a identificar-se com o Estado do bem-estar (ou benfeitor), há de ter entre suas máximas prioridades a proteção do direito à assistência sanitária"¹²⁴.

5. A justiça como equidade: JOHN RAWLS, em 1971, publicou o Theory of justice¹²⁵, no qual definiu a justiça "não como proporcionalidade natural, nem como liberdade contratual, nem como igualdade social, mas, sim, como equidade"¹²⁶.

"A tese de Rawls - resume DIEGO GRACIA - é que uma sociedade não pode se considerar justa ao menos que cumpra com o seguinte princípio: "Todos os valores sociais - liberdade e oportunidades, receitas e riquezas, bem como as bases sociais e o respeito de si mesmo - deverão ser distribuídos igualitariamente, a menos que uma distribuição desigual de algum ou de todos estes valores redunde em uma vantagem para todos, em especial para os mais necessitados"¹²⁷.

Ou, dito de outro modo, servindo-nos das palavras

¹²⁴. Ibidem, p. 576. Cf. ainda: JAMES F. CHILDRESS. Who shall live when not all can live? SOUNDINGS 53 (4): 339-354, 1970; PAUL RAMSEY. The Patient as Person. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1970; JEAN OUTKA. Social Justice and Equal Access to Health Care. JOURNAL OF RELIGIOUS ETHICS 2 (1): 11-32, 1974; ROBERT M. VEATCH. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books, 1981.

¹²⁵. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1971; tradução espanhola: Teoría de la Justicia. Tradução de Maria Dolores Gonzáles. Madrid: Fondo de Cultura Economica, 1979. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 248-252. Tradução brasileira: Uma Teoria da Justiça. Tradução de Vamireh Chacon. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

¹²⁶ - DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 578. RAWL sustenta que a sociedade é um agrupamento de pessoas para melhorar o bem comum. Os bens básicos são a liberdade e a igualdade e a eles se tem acesso mediante uma espécie de invenção: um véu de ignorância que funciona como instrumento epistemológico para gerar valores ou princípios básicos". JAMES F. DRANE. Art. cit., p. 592.

¹²⁷. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 578.

de DRANE:

"Aplicado à atenção de saúde, o princípio de igualdade de Rawls requer que os sistemas de prestação de serviços sejam tais que as pessoas menos favorecidas tenham acesso a certo nível de atenção e de serviços médicos. (...) O ponto central da teoria de Rawls é que uma sociedade justa (ou instituição ou sistema de atenção de saúde justo) garanta o máximo grau de liberdade e aja contra as desigualdades. Segundo a referida teoria, um sistema justo de atenção de saúde maximizaria os benefícios dos menos favorecidos e dos mais necessitados"¹²⁸.

A influência da obra de Rawls logo se fez notar na área da saúde. Autores como NORMAN DANIELS¹²⁹, RONAL M. GREEN¹³⁰, CHARLES FRIED¹³¹ são devedores do seu pensamento.

B) Momento Teleológico ou das Consequências

¹²⁸ DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 578.

¹²⁹ - Am I My Parents Keeper. Oxford: Oxford University Press, 1988. DANIELS afirma que se devem prestar serviços de atenção de saúde com o fim de que um maior número de pessoas possa aproveitar das oportunidades que a sociedade oferece. Daniels insiste em que, quando existem necessidades de saúde, não se devem encontrar obstáculos financeiros, geográficos, raciais, nem sexuais para o acesso inicial aos serviços e acrescenta que, sem uma atenção mínima de saúde para todos, a idéia de igualdade de oportunidades não funciona. Daniels passa do argumento filosófico às questões de política mais concretas e recomenda estratégias de planejamento que farão com que sua norma de justiça seja politicamente exequível. Ademais, insiste em que, em cada etapa da vida, inclusive na velhice, deve haver uma medida aproximada de igualdade de oportunidades para revisar e por em prática o plano de vida. Por suposto, isto exigiria planejamento financeiro, porque os anciãos consumirão quantidades de recursos proporcionalmente maiores de atenção de saúde. Suas recomendações, em matéria de impostos, orientam-se para proporcionar esses benefícios, sem entrar em conflito com as gerações mais jovens. A justificação básica dos planos de reestruturação de Daniels é uma teoria rawlsiana da justiça" (J.F. DRANE. Art. cit., p. 593) Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 255-256.

¹³⁰ - Health care and justice in contract theory perspective. In: R.M. VEATCH and R. BRANSON (Eds.). Ethics and Health Policy. Cambridge: Ballinger, 1976, pp. 11-126; Justice and the claims of future generations. In: E.E. SHELP (Ed.). op. cit., p. 196; Intergenerational distributive justice and environmental responsibility. BIOSCIENCE 27: 260-265, 1977; Population Growth and Justice. Missoula, MT: Scholars Press, 1975. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 256-258.

¹³¹ - ¿ Es posible la libertad? In: S.M. McMurrin (Ed.). Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral. Trad. de Guillermo Valverde. Barcelona: Ariel, 1988, pp. 91-132. Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 253-255.

No momento deontológico ou dos princípios, sublinhou-se que algo é justo quando não viola um princípio deontológico. Neste momento, o teleológico ou das consequências, o que se pretende demonstrar é que justo é o que consegue o máximo benefício pelo mínimo custo. Ou dito de outro modo, que a justiça não consiste somente no respeito aos princípios morais, mas, também, na otimização das consequências boas dos atos¹³².

"Este segundo aspecto da ética da justiça é de suma importância e tem a vantagem de resultar muito mais operativo que o anterior, já que o tema das consequências é facilmente quantificável, mediante procedimentos matemáticos, como os que utilizam, por exemplo, os economistas. Não é em vão que a ciência econômica rege-se pelos princípios do rendimento e da utilidade"¹³³.

O momento teleológico ou das consequências lida com a análise de custos e benefícios - a QALY (quality adjusted life years). Foram os próprios economistas que propuseram este método de análise na área da saúde, frente à exploração dos custos sanitários na década de 70, conjugada com a recessão surgida no I Mundo.

"Esta foi a grande oportunidade que os economistas esperaram para acusar os médicos e os políticos de gestão irracional dos recursos sanitários. Acreditava-se, até então, suficiente o momento deontológico para estabelecer políticas sanitárias e, agora, viam-se as consequências. Era necessário mudar radicalmente de política, concedendo a prioridade, segundo os economistas, ao momento teleológico. O gasto sanitário, como

¹³². Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 579.

¹³³. Ibidem, p. 579.

qualquer outro, devia-se efetuar de acordo com as leis da racionalidade econômica"¹³⁴.

Além da crise provocada pela recessão, acrescenta-se que a saúde, em nosso século, deixara de ser um bem de produção para se converter em bem de consumo, aliado aos caríssimos avanços tecnológicos, questionando o próprio sistema de recursos para a saúde¹³⁵.

Para os economistas, a resposta é a racionalidade econômica. Justo e econômico identificam-se ("Iustus et oeconomicus convertuntur", diriam os escolásticos).

"Os utilitaristas creem que as ações corretas ou justas não são as que se amoldam a princípios, mas, sim, as que têm consequências desejáveis ou, pelo menos, evitam as indesejáveis. Segundo a teoria utilitarista, a justiça obriga as pessoas a evitar, sempre que possível, que ocorram males, como a perda da saúde.

Portanto, para essa corrente de pensamento, a justiça na atenção de saúde não é uma norma ética independente, mas sim,

¹³⁴ - JAMES F. DRANE, no artigo citado acima, especifica os fatores que, no I Mundo, não obstante o alto investimento na área da saúde, provocaram o problema dos recursos: "A tecnologia, os pagadores de serviços prestados a terceiros, a especialização dos médicos, as expectativas dos pacientes, o número e tipo de hospitais e a estrutura dos sistemas de financiamento são fatores que aumentam os custos da atenção de saúde e obrigam a pensar detidamente no que constitui uma distribuição justa dos serviços" (p. 586).

¹³⁵ - DIEGO GRACIA, no referido artigo, destaca as principais perguntas provocadas pela situação. Dividimos estas perguntas em duas ordens: quanto à situação geral da alocação de recursos e quanto à situação particular de aplicação de recursos. A) Quanto à situação geral da alocação de recursos: "Pode se permitir que outros serviços sociais e públicos permaneçam infradotados para atender às demandas sanitárias? Todo gasto em saúde é eticamente justificado e é exigível em justiça? O direito à saúde e o direito à assistência sanitária devem ser cobertos em toda a sua inesgotável extensão ou há limites de exigências cuja ultrapassagem já nada pode se exigir em justiça? Quais são esses limites" (p. 581). B) Quanto à situação particular de aplicação de recursos (p. ex., a pessoas mantidas artificialmente em vida; manutenção indefinida de pacientes terminais...) "há obrigação de atender com todos os recursos a todos esses enfermos? Até onde devem ser tratados? A partir de que ponto a obrigação deixa de ser perfeita ou de justiça para se converter em imperfeita ou de caridade?" (p. 581). MAINETTI, nesta mesma perspectiva, sublinha que: "O desafio ao ethos hipocrático, expresso como o interesse ou o bem do enfermo individual, coloca aos médicos o desafio de controlar os gastos assistenciais sem infringir suas obrigações para com os pacientes. A decisão mais dramática no novo Doctor's Dilemma é a aplicação de recursos escassos para o tratamento médico, como a hemodiálise e os transplantes de órgãos: "quem deve viver quando todos não podem viver?" JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Bioética: Una Nueva Filosofía de la Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) p. 600.

o nome dado à obrigação social geral de evitar as consequências indesejáveis e fomentar as desejáveis"¹³⁶.

Conforme este critério, primeiro deve-se privilegiar a atenção de menos custo, mas de maior benefício. Terceiro, há prestações de serviço, na área da saúde, que não podem ser exigidas em justiça (p. ex., transplantes, manutenção artificial de pacientes irrecuperáveis...)"¹³⁷.

Deste modo, a justiça distributiva adquire uma conotação inteiramente utilitarista e a própria política de saúde, também se torna utilitarista, porquanto regida por critérios de utilidade econômica!¹³⁸.

Os problemas colocados à bioética por este tipo de enfoque demonstram a complexidade a que se chegou na tentativa de se aplicar a justiça à saúde:

"... a política sanitária deve reger-se única e exclusivamente por critérios de utilidade econômica? Não é tão injusto recusar a dimensão utilitária da saúde quanto outorgar-lhe um valor absoluto? A justiça sanitária deve se basear unicamente nas consequências ou estas devem complementar os princípios?"¹³⁹.

¹³⁶. JAMES F. DRANE. Art. cit., p. 593.

¹³⁷. Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., p. 582.

¹³⁸. Cf. JAMES F. DRANE resume assim a teoria utilitarista: "Segundo a teoria utilitarista, a responsabilidade particular de fazer o bem e evitar o mal, a responsabilidade social do dever criar uma sociedade aceitável e os recursos econômicos disponíveis devem equilibrar-se para estabelecer um sistema de atenção de saúde justo. (...) A utilidade define-se como o maior bem para o maior número de pessoas. A justiça é simplesmente outra forma de falar deste objetivo" (Art. cit., p. 594). Para FRANCESCO ALBERONI e SALVATORE VECA, "O utilitarismo foi a mais coerente das tentativas para se traduzir racionalmente o mandamento "ame os seus semelhantes como a si mesmo", para se chegar a uma definição racional do altruísmo, e continua sendo um dos modelos fundamentais na construção do moderno estado do bem-estar". O Altruísmo e a Moral. Rio de Janeiro: Rocco, 1990, p. 45.

¹³⁹. DIEGO GRACIA. Art. cit., pp. 582.

DIEGO GRACIA propõe a aceitação dos momentos deontológico e teleológico como realidade irrecusável. No deontológico, que a justiça seja atendida como bem-estar coletivo. No teleológico, sem recusar os princípios éticos, que não se perca a dimensão de utilidade. A articulação - quando ocorrer conflito - dá-se na análise das consequências pelo princípio da hierarquização - que pode proceder de vários modos (direitos, razões teleológicas). Importa que, na prática, a ética não desconheça a economia nem a economia, a ética!¹⁴⁰.

2.6. A JUSTIÇA E SEUS LIMITES

A introdução do critério de justiça na relação médico-paciente, no sistema de saúde como um todo, fruto de um longo processo histórico e de lutas, tem seu lugar garantido como um dos critérios da Bioética, juntamente com a Beneficência e a Autonomia. Com o critério de justiça, parece completar-se a "trindade bioética".

Em nível de atenção de saúde, não se alcança a saúde para todos sem o reconhecimento - formal e prático, real - do direito universal e igualitário aos serviços de saúde.

A justiça é, pois, um critério imprescindível, intransferível e insubstituível, quer na política nacional de saúde, quer nas relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os seus clientes.

¹⁴⁰. Ibidem, pp. 582-585; cf. também: SANDRO SPINSANTI. Op. cit., pp. 239-246.

Mas há, também, aqui, limites: alguns são frutos da ambiguidade do próprio conceito de justiça e outros são frutos do problema da conciliação entre justiça e utilidade.

Em relação à ambiguidade do próprio conceito de justiça: excessiva insistência na atitude subjetiva; concretização do objeto da justiça no "direito", perdendo a possibilidade de criticidade radical; exigibilidade estrita, ou seja, exigindo o "mínimo legal" propicia a confusão entre moral e direito; redução da alteridade às relações interpessoais e descuido da moralização das "estruturas sociais" e prevalência da orientação "individualista" na apresentação e na solução dos problemas ético-sociais¹⁴¹.

Em relação ao problema da conciliação entre justiça e utilidade: trata-se do problema de quantificar custos e benefícios na absorção de opções justas de recursos de saúde, sabidamente escassos. Ocorre que a quantificação de custos e benefícios é sempre, não só possível, mas, necessária. Todavia, como quantificar a dor, a morte, a deficiência, a incapacidade?¹⁴². Ou, ainda, quem deve receber assistência médica em circunstâncias nas quais não existem recursos suficientes para todos? Quais os critérios para a seleção?¹⁴³.

Acrescenta-se, também, que o critério "custo/benefício" pode ser uma arma perigosa.

ELIO SGRECCIA observa que:

"As vezes a salvação de uma pessoa pode custar financeiramente tanto quanto a cura de outras dez; deixar

¹⁴¹. Cf. MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. 3º vol. Aparecida: Editora Santuário, 1980, p. 98.

¹⁴². Cf. JAMES F. DRANE. Art. cit., p. 594.

¹⁴³. Cf. SANDRO SPINSANTI. Op. cit., pp. 246-250.

morrer doentes portadores de tumor pode levar a pensar em poupar capital para a promoção da saúde de pessoas capazes de produção.

Diante do aumento da população anciã, do prolongamento das curas a alto custo, das doenças que o progresso da medicina prolonga sempre mais, diante de critérios eudemonísticos e produtivistas, a política sanitária pode fazer escolhas contrárias ao bem da pessoa e instaurar, na raiz, processos de programação que conduzem ao que foi definido como "eutanásia social e desmedicalizada"¹⁴⁴.

Esses e outros limites do critério de justiça impelem-nos a buscar, além do de beneficência e de autonomia, uma resposta no critério de alteridade.

¹⁴⁴. ELIO SGRECCIA. Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed Etica Biomedica. 2ª ed. Milano: Vita e Pensiero, 1991, p. 38.

SEGUNDA PARTE

A ALTERIDADE, CRITÉRIO FUNDAMENTAL E ENGLOBANTE DA BIOÉTICA

SEGUNDA PARTE

A ALTERIDADE, CRITÉRIO FUNDAMENTAL E ENGLOBALANTE DA BIOÉTICA

Critério (do grego Kriterion) significa, originalmente, aquilo que serve para julgar, aquilo pelo qual reconhecemos uma coisa e a distinguimos de outra, aquilo que dirige nossa opção.

Antes de apresentarmos a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética, importa responder a algumas questões: existe algum conceito de alteridade, preliminar à ética, que poderia ser invocado como critério? Pode a alteridade constituir-se em critério ético? Como é que poderia funcionar o critério de alteridade no contexto contemporâneo da Bioética?¹.

Para respondermos a estas questões, propomo-nos tratar primeiramente da noção de pessoa, a seguir, da alteridade na Filosofia e especificamente da alteridade segundo DUSSEL, cuja noção nos servirá de critério para a reflexão e a conduta no contexto da Bioética.

I. PESSOA E ALTERIDADE

A pessoa, entendida como abertura, relação, comunicabilidade, é a base, o fundamento preliminar da alteridade.

¹. Cf. JEAN LADRIÈRE. Sobre a Noção de Critério. CONCILIUM 175 (1982/5) 20-27.

Alteridade (de alter, do latim, outro), ao longo da História da Filosofia, recebeu diferentes sentidos: ser outro, ser do outro, atitude para com o outro, conceito do outro (em sentido geral), problema do outro, problema do próximo, existência do próximo, realidade dos outros, encontro com o outro, reconhecimento do outro, etc².

Para nós,

"O homem se constitui pessoa pela intimidade e pela abertura. A alteridade entra na definição da pessoa"³.

Por isso, todo comprometimento ético e toda reflexão ética e, particularmente no âmbito deste nosso trabalho, toda conduta e toda reflexão fundamentam-se no valor e na dignidade da pessoa.

"Não há razão para pensar em outro lugar ético que não seja o mundo pessoal"⁴.

A noção de pessoa desempenha, pois, um papel decisivo na ética, uma vez que ela é seu sujeito e seu objeto, seu fundamento e seu eixo, seu lugar e sua convergência, de tal modo que, sem a pessoa não temos onde fundamentar a ética. Trata-se do personalismo moral⁵.

². Cf. JOSÉ FERRATER MORA. Diccionario de Filosofia. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1971, verbete Otro, pp. 351-353.

³. MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. I. Aparecida: Editora Santuário, 1978, p. 114.

⁴. MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos da Moral: da "Crise Moral" à "Moral Crítica". São Paulo: Edições Paulinas, 1978, p. 50. O autor, todavia, adverte que: "Fazer esta afirmação, ... não supões o aliar-se a um conceito "privatístico" e "existencialista" da pessoa. Nem leva tampouco a "fixar-se" no personalismo como a única ou a principal ideologia para entender e transformar a realidade" (p. 50).

⁵. Ver as advertências ao termo em: MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 95-96; 483-484. Dentre as advertências destacam-se: a de o personalismo não ser entendido como ideologia única ou, preferentemente, justificadora da ordem moral, e, sim, ser entendido dentro de uma racionalidade mais totalizadora; a alteridade, também, deve ser compreendida para além de qualquer intimismo, privatização, narcisismo perfeccionista, invasão pseudo-religiosa ou misticismo autograticante.

Pelo fato de a pessoa ser abertura ou intersubjetividade é que podemos afirmar ser ela, também, alteridade. Ou, dito de outro modo, "a alteridade pertence essencialmente ao conceito e à realidade da pessoa"⁶ Ao propormos a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética, entendemos ser ela "o corretivo e a complementaridade, tanto do personalismo exclusivo como da politicidade exclusiva". Ela corrige, também, "uma visão individualista e abstrata do personalismo". Ela permite considerar o encontro inter-subjetivo como "a origem dos valores morais".

A filosofia, dando prioridade à relação consciência-mundo, ao longo da sua história, deixou "em surdina" o problema do outro, fazendo aflorá-lo quando deslocou-se da natureza para a história. Como afirma VAZ, o problema do outro, para Aristóteles, é colocado somente na moral, na Ética a Nicômaco⁷.

Mas, apesar disso, a sua expressão "animal político", independentemente da tradução que se dê - "social" ou "político" - o que se quer sublinhar é que a dimensão política do homem é a sua possibilidade de comunicação.

"O porque seja o homem um animal político, mais que as abelhas ou outros animais gregários, é evidente. A natureza, conforme dissemos, não faz nada em vão; pois bem, o homem é entre os animais o único que tem a palavra... A palavra é para tornar patente o proveitoso e o nocivo, o justo e o injusto; e aquilo que é próprio do homem com respeito aos demais animais é que somente ele tem a percepção do bem e do

⁶ MARCIANO VIDAL. Op. cit., p. 96.

⁷ - HENRIQUE C. de LIMA VAZ, S.J. Ontologia e História. São Paulo: Duas Cidades, 1968, p.283.

mal, do justo ou do injusto e de outras qualidades semelhantes, e a participação comum nessas percepções é o que constitui a família e a cidade"⁸.

A alteridade em Aristóteles pode ser entendida, também, como o fizera Platão, no âmbito da amizade, mas, como adverte VAZ, "o perfil do outro é absorvido pelo esplendor do logos"⁹.

É a partir de Hegel, entretanto, que "o problema do outro é reposto em toda a sua agudeza", na Fenomenologia do Espírito¹⁰, o que influenciou posteriormente várias correntes de pensamento, como: o existencialismo, o marxismo, a fenomenologia, a personalismo.

Filósofos como Kierkegaard, Husserl, Max Scheler ("o clássico da filosofia do outro"), Hartmann, Mounier, Nédoncelle, Madinier, Lacroix, Malverne, Heidegger, Jaspers, Marcel, Sartre... trataram, cada um a seu modo, do tema do outro¹¹.

Queremos sublinhar, porém, as abordagens de LAÍN ENTRALGO, ZUBIRI, BUBER, MARCIANO VIDAL, LEVINAS, antes de expormos a alteridade segundo DUSSEL.

- "ser indigente e oblativo" e "nostridade" (LAÍN ENTRALGO)¹²: o homem, enquanto realidade aberta, demonstra sua

⁸. ARISTÓTELES. Política. I. 1. Apud: MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. I. Aparecida: Editora Santuário, 1978, p. 144.

⁹ - HENRIQUE C. de LIMA VAZ, S.J. Op. Cit., 284.

¹⁰ - Ibidem, p. 287.

¹¹ - Ibidem, pp. 288-298.

¹² - Obras de PEDRO LAÍN ENTRALGO: Antropología de la Esperanza. Madrid: Guadarrama, 1978; Antropología Médica Para Clínicos. Barcelona: Salvat, 1984; Descargo de Consciencia. Barcelona: Barral Editores, 1976; El Diagnostico Médico: historia y Teoría. Barcelona: Salvat Editores, 1982; Doctor and Patient. New York: McGraw-Hill, 1969; El Médico en la Historia. Madrid: Taurus Ediciones, 1958; Enfermedad y Pecado. Barcelona: Ediciones Toray, 1961; Estudios de Historia de la Medicina y de Antropología Médica. Madrid: Ediciones Escorial, 1943, Grandes Médicos. Barcelona: Salvat, 1961; JULIAN MARIAS y PEDRO LAÍN ENTRALGO. Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1963;

radical indigência e, ao mesmo tempo, revela-se como dom.

Nostridade: pela dificuldade de precisar o conceito de "nostridade", fazem-se algumas aproximações, como as resumidas por MARCIANO VIDAL, a partir da concepção de LAÍN:

"A "nostridade" não é um ser de razão. Não é algo que os homens inventaram para falar da comunidade. Esta seria a velha teoria de que a sociedade é uma relação sem realidade objetiva.

A "nostridade" é algo realmente distinto do "tu" e do "eu". É algo novo. Mas, ao mesmo tempo, é uma realidade sustentada nas pessoas. Não pode existir um nós se não existir um tu e um eu.

A "nostridade" é uma realidade distinta e ao mesmo tempo sustentada no tu e no eu; mas unicamente se dá quando as pessoas se realacionam.

Ainda que se possa falar de um nós estrutural, contudo essa estrutura é referencial e relacional. É uma realidade dinâmica; uma realidade relacional.

A "nostridade" constitui-se como uma abertura a um "terceiro".

Introducción Histórica al Estudio de la Patología. Madrid: Paz Montalvo, 1950; Joaquín Albarrán en la Historia de la Medicina. Madrid: S.N., 1961; La Amistad Entre el Médico y el Enfermo en la Edad Media: discurso leído el día 7 de junio de 1964, en su Recepción Pública. Madrid: Alonso, 1964; La Espera y la Esperanza: Historia y Teoría del Esperar Humano. Madrid: Revista de Occidente, 1957; La Historia Clínica: Historia y Teoría del Relato Patológico. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1950; La Medicina Hipocrática: Estudio Preliminar. Madrid: C.S. de I. C., 1976; La Universidad, el Intelectual, Europa: Meditaciones sobre la Marcha. Madrid: Ediciones Cultura Hispanica, 1950; Marañón y el Enfermo. Madrid: Revista de Occidente, 1962; Menéndez Pelayo y el Mundo Clásico. Madrid: Taurus, 1963; Mind and Body, Psychosomatic Pathology: A Short History of the Evolution of Medical Thought. London: Harvill, 1955; Mysterium Doloris: Hacia una teología Cristiana de la Enfermedad. Madrid: Publicaciones de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 1955; Obras. Madrid: Editorial Plenitud, 1965; Panorama Histórico de la Ciencia Moderna. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1963; La Relación Médico-Enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983; Sobre la Universidad Hispanica. Madrid: Ediciones Cultura Hispanica, 1953; Sydenham: Estudio Preliminar (em Co-autoria com Agustín ALBARRACIN TEULON). Madrid. C.S. de I.C., 1961; Teoría y Realidad del Otro. Madrid: Revista de Occidente, 1961; The Therapy of the Word in Classical Antiquity. New Haven: Yale University Press, 1970; Vida y Obra de Guillermo Harvey. Madrid: Espasa-Calpe, 1948.

O nós não se dá simplesmente com uma relação dual (díada) do eu-tu, mas com a relação triplicada.

Podemos dizer que o "nós" é a matriz ou o âmbito constitutivo das pessoas.

O "eu" é eu no nós;

e o tu "tu" no nós.

A "nostridade" forma-se na reciprocidade das pessoas.

A "nostridade" é o caráter recíproco dos homens.

A relação de reciprocidade entre os homens o conforma e os configura.

Aparece assim uma "sobrepessoalidade".

Aparece a relação de grupo ou coletividade ao qual costumamos chamar de "comunidade".

A comunidade chega a ser a categoria fundamental para a compreensão e a realização dos homens"¹³.

- "realidade sintática" (ZUBIRI): o homem não é só uma realidade indigente (por exemplo, que precisa viver politicamente), mas é, também, uma realidade sintática que, segundo ZUBIRI tem os seguintes caracteres: "caráter" genitivo" (dependente de); caráter "ablativo" (existência com); caráter "dativo" (existência de "missão para"); caráter "compresencial" ou tendencial"¹⁴.

- "ser dialogal" (BUBER): segundo esta concepção, a pessoa tem uma estrutura dialogal: o "eu" constitui-se na referência a um "tu". Trata-se de uma antropologia fundada na

¹³. MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. I. Aparecida: Editora Santuário, 1978, p. 146; Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 499-501.

¹⁴. MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. I. Aparecida: Editora Santuário, 1978, p. 145.

relação "eu-tu"¹⁵.

"O ser humano de acordo com Buber, constitui-se como pessoa nessa relação e não a partir da sua relação com o mundo material. A relação "eu-tu" é uma relação de reciprocidade: cada pessoa nasce despertada pela outra. O que o "eu" descobre no "tu" e vice-versa não é uma subjetividade do outro, nem a projeção da sua própria subjetividade, mas realmente o outro: há uma certa comunicação imediata"¹⁶.

VON ZUBEN¹⁷ resumiu os "quatro aspectos essenciais e indispensáveis a qualquer relação eu-tu", distinguidos por BUBER: "a reciprocidade, a presença, a imediatez e a responsabilidade".

"Relação é reciprocidade" (Eu e Tu)¹⁸. "A presença é justamente o momento, o instante da reciprocidade. Esta presença recíproca é a garantia da alteridade preservada"¹⁹. "A relação é imediata, direta. (...) "Todo meio é obstáculo", diz Buber. O Tu se dá na presença e não na representação"²⁰. "... relação é também responsabilidade". (...) A responsabilidade se torna então o nome ético da reciprocidade, uma vez que a resposta autêntica se realiza em encontros inter-humanos no domínio da existência em comum"²¹.

¹⁵. Cf. MARTIN BUBER. Eu e Tu. 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979..

¹⁶. JOSÉ COMBLIN. Antropologia Cristã. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 68.

¹⁷. NEWTON AQUILES Von ZUBEN. Diálogo e Existência no Pensamento de Buber. In: YOLANDA CINTRÃO FORGHIERI (Org.). Fenomenologia e Psicologia. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984, pp. 71-85.

¹⁸. Ibidem, p. 80.

¹⁹. Ibidem, p. 80.

²⁰. Ibidem, p. 80.

²¹. Ibidem, pp. 80-81.

- "Personalismo de alteridade política" (MARCIANO VIDAL), "o personalismo de alteridade, para que possa superar as contradições internas que traz consigo, numa consideração auto-suficiente, tem de abrir-se à mediação política. Tem de ser um "personalismo de alteridade política" (ou, se se preferir, um "personalismo político de alteridade"²². Com esta expressão, VIDAL quer expressar a superação do perigo do intimismo, da privatização, do narcisismo perfeccionista, da evasão pseudo religiosa, do misticismo gratificante. Pois,

"... a alteridade pode ser o corretivo e a complementariedade tanto do personalismo sozinho como da politicidade sozinha"²³.

Para VIDAL, a alteridade corrige uma visão individualista e abstrata do personalismo, resgata o sujeito real concreto para a moral e permite-lhe viver em mediação política²⁴.

- "Face-a-Face" (LEVINAS)²⁵: "Para Levinas o homem chega a descobrir o que é realmente e descobre-se como pessoa na revelação do outro (...) O homem torna-se homem real e pessoa quando se converte da sua afirmação subjetiva e da sua vontade de poder para aceitar a interpelação do outro e olhar o rosto do outro: vítima, o pobre, a viúva, o órfão como diz a Bíblia".

²². MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos da Moral: da "Crise Moral" à "Moral Crítica". São Paulo: Edições Paulinas, 1978, p. 54; cf. também: Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 94-99.

²³. MARCIANO VIDAL. Novos Caminhos... p. 53.

²⁴. Ibidem, pp. 52-56.

²⁵. EMMANUEL LEVINAS. Totalité et Infini. La Haye: Nijhoff, 1961; Autrement que'être ou au-dela de l'essence. La Haye: Nijhoff, 1974; En decouvrant l'existence avec Husserl et Heidegger. 4ª ed. Paris: Vrin, 1974; Difficile Liberté. 2ª ed. Paris: A. Michel, 1976; De L'existence a L'existant. 2ª ed. Paris: Vrin, 1978. De Dieu que vient a l'idée. Paris: Vrin, 1982.

SUSIN²⁶, baseando-se em LEVINAS oferece-nos a seguinte reflexão:

"A partir do outro, de sua palavra, há o despertar do ouvido - a obediência - e a criação de consciência moral. Diferentemente da consciência intelectual ou intencional, o que caracteriza a consciência moral é sua orientação inversa, heterocêntrica: o sujeito criador e polarizador me é exterior, me desvela e me convoca à sua luz. A primeira justiça que abre a transcendência é este reconhecimento da exterioridade do outro, e a interdição de invadi-lo. O outro é um "não" - inscrito em seu olhar e em sua palavra - que paralisa meus projetos de gozo, de posse e de desvelamento. Diante do outro "eu não posso poder". Ele é a morte das minhas auto-expansões ingênuas e me inverte no recuo do remorso e na tentativa de velamento da vergonha. É convite a nascer de novo"²⁷.

II. A ALTERIDADE SEGUNDO ENRIQUE DUSSEL

A alteridade é uma das categorias fundamentais da reflexão filosófica de ENRIQUE DUSSEL, principalmente, da sua Ética

²⁶. LUIZ CARLOS SUSIN. O Esquecimento do "Outro" na História do Ocidente. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 47 (1987) 820-838.

²⁷. Ibidem, p. 835.

da Libertação²⁸.

"A ética da libertação surge historicamente, como empreitada teórica (enquanto teologia e filosofia), visando clarificar uma práxis que surge ante o fracasso do desenvolvimentismo"²⁹.

"A ética da libertação surge como teoria precedida e exigida por uma práxis que se opõe ao sistema como totalidade"³⁰.

A primeira tarefa desta ética, segundo DUSSEL, é "desfundar (perfurar o fundamento: Grund) o fundamento do sistema para outro fundamento "além" ou transcendental ao presente sistema"³¹. Por isso, propõe um "sair", sendo que para isso, "deve haver consciência de que existe uma totalidade na qual estou inserido, e um para para onde posso sair"³². Supõe que se descreva o sistema "dentro-do-qual" o sujeito se encontra (o da Totalidade)"³³. É uma ética que "deve esclarecer o fato e a

²⁸ - ENRIQUE DUSSEL. Para una Destrucción de la Historia de la Ética. Mendoza: Ser y Tiempo, 1972; Moral Cristiana en Latinoamérica. Acceso Ético al Absoluto. CHRISTUS 41 (1976) 40-46; Para uma Ética da Libertação Latino-Americana. 5 vols. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d; Puebla: relações entre ética e economia. CONCILIUM 160 (1980) 576-588; Pode legitimar-se "uma" ética diante da "pluralidade" de morais? CONCILIUM 170 (1981) 1335-1345; ÉTICA DE LA LIBERACIÓN. Iglesia Viva 102 (1982) 591-599; Ética da Libertação (Hipóteses Fundamentais). CONCILIUM 192 (1984) 213-224; Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1986.

²⁹ - ENRIQUE DUSSEL. Ética da Libertação (Hipóteses Fundamentais). CONCILIUM 192 (1984/2) P. 81. Em nota de rodapé, nº 24, o autor explica: "O conceito negativo e despectivo de "desenvolvimentismo" (de "desenvolvimento" quer indicar o caráter ideológico e falso da "doutrina do desenvolvimento" (e das "ajudas para o desenvolvimento") europeu-norte-americana, hegemônica nos meios cristãos (e da CEPAL). Pensa-se em remediar efeitos parciais, agravando o mal por não atacar as causas estruturais e globais da "crise" (p. 81).

³⁰. Ibidem, p. 81.

³¹. Ibidem, p. 81.

³². Ibidem, pp. 81-82.

³³. DUSSEL afirma: "Hoje na AL (sem concordismos) "o sistema" é o capitalismo anglo-saxão no plano social; o machismo no plano da erótica; a dominação ideológica em nível pedagógico; a idolatria em todos os níveis" (p. 82).

realidade de que "além" da totalidade se acha ainda o outro"³⁴.

Este "outro" "se mostra ou aparece (como "epifania", não como mero "fenômeno") como quem "pro-voca" (chama, em latim "vocare"; diante de: pro, em latim) e exige justiça. O "Outro" ("a viúva, o órfão e o estrangeiro" dos profetas; concretizações particulares do universal "o pobre") diante do sistema é a realidade metafísica além do ser ontológico deste sistema"³⁵.

Esta abordagem do "outro" recebe em DUSSEL o nome de "ontologia negativa ou metafísica da alteridade", também chamada "exterioridade"³⁶.

Nossa abordagem se aterá aos traços indicados pelo próprio DUSSEL.

O seu ponto de partida é a pergunta: "É possível sair da armadilha do "Mesmo"? Podemos pensar em diferença ontológica do ser e do ente a partir de um além do "Mesmo"? O ser como "o visto" é o único sentido com o qual dizemos ser? Não se poderá descobrir um movimento que, superando seu monológico, se

³⁴. Ibidem, p. 82. DUSSEL deve sua compreensão de alteridade a Emmanuel Levinas. Mas, como faz notar neste artigo, "Totalidade e infinito (referência à obra de Levinas: Totalité et infini. La Haye: Nijhoff, 1961) mostrou isto (o outro) fenomenologicamente, mas não a partir da economia política" (p. 82). Ele remete ao seu texto: Emmanuel Levinas y la Liberación Latinoamericana. Buenos Aires: Bonum, 1975, onde, no prólogo, expõe seu ponto de vista sobre Levinas. Cf. ROQUE ZIMMERMANN. America Latina - O Não-Ser: uma abordagem filosófica a partir de Enrique Dusel (1962-1976). 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987. ZIMMERMANN afirma: É apenas em Lévinas, em sua obra Totalité et infini, que vamos encontrar pela primeira vez, com absoluta clareza a categoria da "alteridade", quando descobre a categoria "autrui", isto é, o outro homem que está no mundo além do meu mundo. Diz, no entanto, ainda DUSSEL, que a descoberta de Lévinas, mesmo que fantástica, continua limitada, uma vez que vê apenas o "outro" dentro da totalidade européia. Para Lévinas o "outro-homem-além-do-meu-mundo" sempre foi o judeu massacrado por Hitler. Faltou-lhe, porém, segundo Dusel, a perspectiva universal. Jamais lhe passara pela cabeça que este outro homem pudesse ser um asiático, um africano, um árabe ou um latino-americano, homens estes, todos eles secularmente explorados e objetivados como "úteis à mão" pela totalidade central européia" (p. 174).

³⁵. ENRIQUE DUSSEL. Ética da Libertação (Hipóteses Fundamentais). CONCILIUM 192 (1984/2) P. 83.

³⁶. Cf. Método para uma Filosofia da Libertação: superação analítica da dialética hegeliana. São Paulo: Edições Loyola, 1986, pp. 256-261; o próprio DUSSEL indica, no artigo citado supra, seus textos onde esclarece este conceito: em Filosofia da Libertação. São Paulo: Edições Loyola, 1982, 2.4 (pp. 45s; Para uma Ética da Libertação. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d., t. I, cap. III, pp. 93s.; t. III, cap. VII, 46, pp. 123s.; Ibidem, 52, pp. 213s.; t. IV, cap. IX, 65, pp. 120 s.; t. V, cap. X, 72, pp. 76s.

abre à dialógica?"³⁷.

E a primeira resposta é que:

"O Mesmo" e "o Outro" dis-tintos podem, por sua parte, em seu curso paralelo (diverso), advertir-se como si mesmos, e retraindo-se sobre si, afastar-se ou fugir do Outro (a-versio), ou, pelo contrário, mudar-se, trans-duzir-se ou convergir para o Outro, na solidariedade ou circularidade aberta do movimento do diálogo (cum ou circum-versio).

Por isso, a dis-tinção poderá ser vivida diversamente: com a a-versão ou con-versão ao Outro, e nisso consistirá toda eticidade da existência"³⁸.

Depois de analisar a tradição onde o tò autó (o Mesmo) dominou, tanto "como" o Mesmo" cosmo-lógico (entre os gregos), quanto como "o Mesmo" logo-lógico (entre a modernidade)"³⁹, DUSSEL apresenta "o outro" como di-ferença na totalidade e como di-ferença interna da mesmidade moderna⁴⁰, sem trazer "novidade criadora", pois, para ele, o "sentido originário e prototípico" da Alteridade é dado pela tradição judaico-cristã, ou seja, como "o Outro" como "o Outro" escatologicamente dis-tinto⁴¹.

³⁷. ENRIQUE DUSSEL. Para uma Ética da Libertação. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d., t., p. 94.

³⁸. Ibidem, p. 98.

³⁹. Ibidem, pp. 99-103.

⁴⁰. Ibidem, pp. 103-112.

⁴¹. Ibidem, pp. 112-120. DUSSEL, entretanto, adverte: "Não se pense, que o tema tratado seja teológico; ele é estritamente filosófico. Em nosso caso, os exemplos tirados valem como meramente históricos e culturais (sem significação propriamente teológica). O fato de ter descartado como dados da "revelação" as experiências que a seguir descrevemos, privou o pensamento europeu e o latino-americano de um essencial ponto de apoio, deixando então que a experiência grega e a moderna do ser fosse a única filosoficamente pensável" (p. 113).

Isto é, o "Outro" como "Face-a-Face" (em hebraico panín el-panín, na tradução grega dos Setenta: enópios, enopioi). "Face-a-Face significa a proximidade, o imediato, o que não tem mediação, o rosto frente ao rosto na abertura ou exposição (expor-se a) de uma pessoa diante de outra"⁴².

"Esse "face-a-face", "boca-a-boca" é a expressão da intimidade, amor alterativo (expresso em hebraico... pela palavra rehubú; fílon em grego). O rosto de um homem diante do rosto de outro na intimidade, na justiça, é colocar-se como um "eu" pessoal diante do "Outro" igualmente pessoal. Eu-Outro não é a imediatez do saber absoluto hegeliano, mas é a imediatez negativa de duas exterioridades que se tocam. O rosto, ou a face (tà enópia em grego significa "muro fronteiroço", ou "o que dá para"), que é olhado, especialmente em seus olhos, como de Outro-alguém, e até onde chega a vista, até seu linite, seu último horizonte. Até o rosto do outro chega a luz, a vista, o mundo, a ordem da compreensão (aquilo que capto ou prendo no círculo do mundo). Para além do rosto visto, no "face-a-face", vislumbra-se, abre-se uma exterioridade meta-física (metá: além; fysis: ordem do ser idêntico ao pensar da totalidade) ou ética (enquanto o rosto é de outra pessoa, livre, autônoma, fonte de pro-vocação que escapa enquanto livre de minha predeterminação ou com-preensão"⁴³.

"Face-a-face", boca-a-boca", "coração"⁴⁴. É um coração que tem a experiência do abrir-se ao Outro, porque sabe estabelecer a relação meta-física, ética... de "religião

⁴². Ibidem, p. 114.

⁴³. Ibidem, pp. 114-115.

⁴⁴ Ibidem, p. 115.

(relição)"⁴⁵.

O "Outro" é, também, "rosto sexuado"⁴⁶, "rosto da pedagógica"⁴⁷, "rosto político"⁴⁸, rosto de "uma classe social", de uma nação, de um grupo cultural, de uma idade histórica"⁴⁹.

Mas a Pessoa, para DUSSEL, desvela-se numa determinada práxis.

"O que é ser pessoa? Alguém é pessoa só quando está na relação da práxis. Uma pessoa é pessoa só quando está ante outra pessoa ou pessoas. Quando está só perante a natureza cósmica, de certo modo deixa de ser pessoa. (...) Quando estou com meu rosto frente ao rosto do outro na relação prática, na presença de práxis, ele é alguém para mim e eu sou alguém para ele. O "face-a-face" de duas ou mais pessoas é ser pessoa. (...) Frente a frente, pessoa a pessoa é a relação prática de proximidade, de vizinhança com pessoas. A experiência de proximidade entre pessoas como pessoas é que constitui o outro como "próximo" (próximo, vizinho, alguém), como outro; e não como coisa, instrumento, mediação"⁵⁰.

Opõe-se à pessoas, ao "outro" (pessoa e multidão) a alienação, a opressão. DUSSEL chama "alterificação" do "outro" a alienação, isto é, tornar o "outro" "uma simples parte funcional

⁴⁵ Ibidem, pp. 115-116.

⁴⁶ Ibidem, pp. 121-128; t. III, § 46, pp. 123-137.

⁴⁷ Ibidem, pp. 129-135; t. III, § 42, pp. 213-230.

⁴⁸ Ibidem, pp. 135-145; t. IV, cap. IX, § 65, pp. 120-138.

⁴⁹ Método para uma Filosofia da Libertação: superação analítica da dialética hegeliana. São Paulo: Edicoes Loyola, 1986, pp. 268-269.

⁵⁰ Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1987, p.19.

intrínseca ao sistema". "O "outro" (livre) devém outro que não ele, uma coisa", "devém oprimido, "pobre", "despojado de sua exterioridade, de sua dignidade e seus direitos, de sua liberdade, e transformado em instrumento para os fins do dominador, do senhor: o ídolo, o feitiço"⁵¹. Por isso, urge a pergunta: de que lado me coloco? do lado do sistema ou do lado do "outro"(pessoa e multidão)?

A libertação é assim uma saída: da escravidão do "outro" pela totalidade do sistema para a exterioridade.

"Por isso a questão de uma ética da libertação (genitivo objetivo) é como se pode ser "bom" (justo, salvo) não no Egito nem na monarquia sob Davi, mas na "passagem" da transição de uma ordem "velha" para uma "nova" ordem ainda-não vigente.

A ética da libertação repensa a totalidade dos problemas morais a partir da perspectiva e das exigências da "responsabilidade" pelo pobre, por uma alternativa histórica que permita lutar no Egito, andar pelo deserto em tempo de transição e construir a Terra prometida..."⁵².

Dussel propõe-nos um critério: a alteridade. Este será adotado como fundamental e englobante da Bioética, a complementar a "trindade": beneficência, autonomia e justiça. Mas DUSSEL tratou (pelo menos até o presente) da alteridade na ética da libertação: alteridade como critério, alteridade pedagógica, alteridade erótica, alteridade lúdica, alteridade política...

Nosso esforço, agora, é tratar a alteridade bioética.

⁵¹ Ética da Libertação (Hipóteses Fundamentais). CONCILIUM 192 (1984/2)PP. 83-84.

⁵² Ibidem, p. 85.

III - A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO DA BIOÉTICA

Propômo-nos, agora, a apresentar a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética, a partir da conceituação de DUSSEL, apresentada anteriormente.

Primeiro nos deteremos na afirmação da alteridade como critério fundamental, a seguir, como critério globalizante, para depois, considerarmos a relação entre alteridade e beneficência, alteridade e autonomia e, por fim, alteridade e justiça.

3.1. A alteridade como Critério Fundamental da Bioética

À pergunta, - pode a alteridade constituir-se em critério ético? - cremos que a filosofia personalista fornece-nos suficiente resposta. Principalmente se nos ativermos às reflexões de DUSSEL.

Aqui, neste momento, devemos nos deter no sentido e alcance que a alteridade tem como critério fundamental da Bioética.

Ao afirmarmos que a alteridade é critério fundamental da Bioética, queremos dizer que a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda Bioética. Não a pessoa fechada simplesmente em si mesma, mas a pessoa enquanto abertura, relação, face-a-face com a outra e com os outros (multidão necessitada). É assim que se dá a alteridade e, por isso, ela permite não só a

fundamentação, mas, também, a estruturação e a articulação dos conteúdos da Bioética, tendo-a como base, eixo e convergência.

Várias razões permitem-nos adotar a alteridade como critério fundamental da Bioética: primeiro, a rica fundamentação filosófica que já serviu, em outras áreas, de fundamento e instrumental hermenêutico⁵³.

Segundo: a noção de alteridade que se encontra, ainda que velada, na prática profissional constituída historicamente, urgindo, porém, ser desvelada e explicitada.

Assim, por exemplo, os termos do Juramento de Hipócrates contém, veladamente, alteridade quando menciona a relação do médico para com o paciente, nestes termos:

"Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição. Também não fornecerei a uma senhora pessário abortivo. (...) Na casa onde eu for, entrarei apenas pelo bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário... O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei em segredo"⁵⁴.

A beneficência predomina como critério para resguardar, proteger o outro, ainda que nos moldes paternalistas, ou seja, obrigando o médico a ser "as vezes tutor, pai e mãe de seus enfermos"⁵⁵.

⁵³ ENRIQUE DUSSEL. Obras já citadas; na ética fundamental, cf. LUIS JOSÉ GONZALEZ ALVAREZ. Ética Latinoamericana. Bogotá: Universidad Santo Tomás, 1986; "o personalismo de alteridade política" nas obras de MARCIANO VIDAL, já citadas.

⁵⁴ Cf. CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., p. 327.

⁵⁵ DIEGO GRACIA. Op. cit., p. 86.

O mesmo podemos afirmar da concepção grega da relação médico-paciente quando a entende como "philia iatrikê".

Por fatores políticos, sociais, econômicos e culturais, a alteridade não se manifestou completamente: ou por causa da beneficência que excluía a autonomia do paciente, ou pela verticalização da relação (médico sobre o paciente).

No cristianismo antigo e medieval, a alteridade traduziu-se na caridade e nas obras de misericórdia. O "outro", porém, era sempre objeto de ajuda, de caridade, de cuidados, de atenção. Não se manifestava como "sujeito", em atitude de reciprocidade. A "agapê" ou "obra de misericórdia" nem sempre foi de alteridade.

Os movimentos pelos direitos políticos, civis e sociais, no mundo moderno e contemporâneo, contém em si, paulatinamente, o desvelamento da alteridade. A conquista dos direitos, o reconhecimento da cidadania, a busca da sociedade do bem-estar pós-industrial traduzem um avanço na compreensão da alteridade.

Limitâmo-nos, aqui, a um esquema apresentado por MOLTSMANN, no que diz respeito às três gerações dos Direitos Humanos, para demonstrar como esses representam conquista para a alteridade e, à luz dela, podem também eles serem estudados⁵⁶.

Em que sentido a alteridade está embutida na proclamação destes direitos?

A alteridade na primeira geração, a dos Direitos Humanos (de 1948 a 1960): a Declaração dos Direitos Humanos:

⁵⁶ Cf. JÜRGEN MOLTSMANN, Direitos Humanos, Direitos da Humanidade e Direitos da Natureza. CONCILIUM 228 (1990/2) 135-152. Segundo MOLTSMANN, a primeira geração dos Direitos Humanos vai de 1948 a 1960, fase da insistência no cumprimento dos Direitos Humanos individuais; a segunda geração, de 1960 a 1970, a dos direitos econômicos-sociais; de 1970 para cá, a dos direitos ecológicos.

"A raiz e o vínculo comum dos direitos humanos aparecem no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos como sendo a "dignidade humana". Os direitos humanos existem no plural, mas a dignidade humana existe somente no singular. A dignidade humana é una e indivisível. Ela não existe em quantidade maior ou menor. Ela só existe inteira ou não existe de fato. Com ela fica caracterizada a qualidade da essência humana, do ser-humano, independente do conteúdo que lhes emprestam as diferentes religiões e filosofias. A dignidade do ser humano exclui, em qualquer circunstância, procedimentos em relação ao homem que pudessem colocar fundamentalmente em risco sua "qualidade subjetiva" (Kant). Sendo a dignidade humana una e indivisível, também os direitos humanos são, em consequência, uma totalidade, e não podem a bel-prazer ser somados ou divididos"⁵⁷.

Nos Direitos Humanos encontra-se, pois, implicitamente a alteridade contida na "qualidade subjetiva", ainda que, nesta instância, insista-se nos direitos individuais, favorecendo mais a autonomia que a alteridade.

A alteridade na segunda geração: a dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (de 1960 a 1970):

"A despeito de se originarem de diferentes raízes espirituais e embora não tenham sido reunidos e condensados num único documento, os direitos humanos e sociais logicamente se complementam e, na e para a sua realização concreta, se reclamam reciprocamente. A sociedade humana tem, fundamentalmente, a mesma dignidade da personalidade humana.

⁵⁷ JÜRGEN MOLTMANN. Art. cit. p. 137. Em nota de rodapé anteriormente citado, MOLTMANN registra que: "O conceito moderno de "dignidade humana" se originou do Humanismo renascentista. E cita: PICO DELLA MIRANDOLA. Oratio de Dignitate Hominis (1486). Zurique, 1988.

Nem a pessoa vem antes da sociedade, nem esta antes daquela. Pessoas e sociedades se exigem mutuamente e sucessivamente, da mesma maneira como a individualização e a socialização dos homens se exigem reciprocamente. Por isso, não pode haver, em princípio, nenhuma primazia dos direitos individuais sobre os sociais, como é vezo acontecer no mundo ocidental"⁵⁸.

A alteridade, aqui, amplia-se para a dimensão econômica, social e cultural, traduzindo-se em reciprocidade de direitos!

A alteridade na terceira geração: a dos "direitos ecológicos" (de 1970 para cá):

"Pertence à dignidade humana ter a possibilidade de levar uma vida humanamente digna. Algumas condições prévias mínimas, de natureza social e econômica, contribuem para isso, como a proteção contra a fome e a doença, e o direito ao trabalho e à posse pessoal. Recentemente também a proteção do meio ambiente natural entre as garantias mínimas da dignidade humana das pessoas"⁵⁹.

"A natureza deve ser protegida pelo que ela é e vale em si mesma, e isto significa que ela deve ser salva pela dignidade que lhe é própria"⁶⁰.

Há, pois, uma dimensão de alteridade inerente a esta perspectiva: do homem com a natureza, com a flora, com os animais... Estes já não são considerados simplesmente como "coisas"; reconhece-se uma "dignidade própria", com direito próprio

⁵⁸ Ibidem, p. 141. Os grifos são do autor citado.

⁵⁹ Ibidem, p. 145.

⁶⁰ Ibidem, p. 147. Os grifos são do autor.

e uma certa subjetividade que precisa ser respeitada pelos homens"⁶¹.

Esta terceira geração de direitos (que, além da ecologia, compreende também os direitos para a paz, para o desenvolvimento, para o respeito ao patrimônio comum da humanidade) estabeleceu igualmente "a transição do estado de direito para o estado de justiça"⁶². Nesta terceira fase, constata-se a ampliação do conceito de alteridade. "Outro" já não é apenas a "outra" pessoa, mas alteridade são, também, os "outros" (multidão, maioria...). "Outro" é o desenvolvimento integral (e não apenas econômico); "outro" é o meio ambiente que, por isso, passa a ser incorporado à ética; "outro" é, ainda, o respeito ao patrimônio comum da humanidade; "outro" enfim, é também o direito das gerações futuras ("outro" e "outros" que não nasceram e que haverão de nascer, se os "outros" de hoje lhes garantirem o futuro).

Não foi, pois, por acaso, que a Bioética nasceu, justamente dentro desta terceira geração de direitos e, por isso, podemos afirmar que Bioética e alteridade se identificam ("Bioethica et Alteritas convertuntur", diriam os escolásticos medievais!).

Ao longo destas três gerações de direitos é que surgiram importantes Códigos, Declarações, Pactos, Convenções, Normas e Regulamentos que revelam avanços bastante significativos para a área da saúde, para a conduta profissional e para a proteção

⁶¹ Ibidem, pp. 147-148.

⁶² JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Bioética: Una Nueva Filosofía de la Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) 599-601.

e defesa dos clientes e, por que não?, para a alteridade⁶³.

Mencionamos os principais, que dividimos em: quanto ao exercício profissional, quanto à ética da investigação e quanto aos direitos dos pacientes.

Quanto ao exercício profissional: a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial (Juramento de Fidelidade Profissional). Esta foi adotada pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (Genebra, setembro de 1948) e, a seguir, refeita, com nova redação, na 22ª Assembléia Médica Mundial (Sidney, em agosto de 1968)⁶⁴.

O Código Internacional de Ética Médica: adotado pela III Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (Londres, outubro de 1949) e atualizado na 22ª Assembléia Médica Mundial (Sydney, agosto de 1968) e na 35ª Assembléia Médica Mundial (Veneza, outubro de 1983)⁶⁵. O Código das Enfermeiras. Conceitos Éticos Aplicados à Enfermagem: adotado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, em maio de 1973⁶⁶. Princípios de Ética Médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de pessoas e detidos contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes. Foram elaborados pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e aprovados pela

⁶³ Deve-se levar em conta, contudo, que Declarações, Convenções, Recomendações só têm valor jurídico verdadeiro e próprio "no momento em que são recebidas pelos Estados, mas, em todos os casos, têm significado cultural e ético", como observa ELIO SGRECCIA. Op. cit., p.29.

⁶⁴ Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) p. 620; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, p. 1749; C. CALHOUN. Annotated Bibliography of Medical Oaths, Codes and Prayers. Washington (DC): Kennedy Institute, 1975; SANDRO SPINSANTI (A cura di). Documenti di Deontologia e Etica Medica. Torino: Ed. Paoline, 1982.

⁶⁵ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. vol. 108 (1990) pp. 62-621; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1749-1750.

⁶⁶ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 622-623; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1788-1789.

Assembléia Geral das Nações Unidas, em 9 de março de 1983⁶⁷. O Código de Ética Médica: aprovado pelo I Congresso Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987, no Rio de Janeiro e, em vigor, no Brasil, desde 1988⁶⁸. O Código de Ética de Enfermagem: aprovado pela Assembléia Geral da Associação Brasileira de Enfermagem em 1953, alterado em 1960⁶⁹.

Quanto à ética da investigação: o Código de Nuremberg: elaborado pelo Tribunal Internacional de Nuremberg, em 1947⁷⁰; a Declaração de Helsinque: adotada pela 18ª Assembléia Médica Mundial (Helsinque, 1964), revista pela 29ª Assembléia Médica Mundial (Tóquio, 1975) e atualizada pela 35ª Assembléia Médica Mundial (Veneza, 1983) e pela 41ª Assembléia Médica Mundial (Hong Kong, 1989)⁷¹. A Proposta de Normas Internacionais para a Investigação Biomédica em Sujeitos Humanos: do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e Organização Mundial da Saúde, em 1982⁷². As Normas Internacionais para a Investigação Biomédica com Animais: do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas⁷³. Regras e Regulamentos da FDA

⁶⁷ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 623-624.

⁶⁸ - Cf. E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 173-188; ver também a "proposta do Grupo de Brasília", na mesma obra, pp. 189-190.

⁶⁹ - Cf. CHRISTIAN DE PAUL DEBARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op.cit.,pp. 316-319; importante, também, o Código de Deontologia de Enfermagem, aprovado em 1975, na mesma obra, pp. 320-326; aguarda-se, contudo, a aprovação de um Novo Código de Ética de Enfermagem.

⁷⁰ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. vOL 108 (1990) pp. 625-626; CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI, Op. cit., pp. 345-346; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1764-1765.

⁷¹ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 626-629; CHRSTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., pp. 347-350; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1769-1773.

⁷² - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 629-637.

⁷³ - Cf. Ibidem, pp. 637-641; SÔNIA VIEIRA e WILLIAM SAAD HOSSNE. Experimentação com Seres Humanos. São Paulo: Moderna, 1987. Estes autores advertem que: "No Brasil a experimentação com animais está prevista pela Lei Federal nº 6.638, de 8 de maio de 1979, que "estabelece normas para a prática didático-científica da

(Administração de Drogas e Produtos Alimentícios dos Estados Unidos): foram estabelecidos em 1981 pela FDA (Food and Drug Administration - Administração de Drogas e Produtos Alimentícios), órgão federal dos Estados Unidos da América⁷⁴.

Quanto aos direitos dos pacientes: E. CHRISTIAN GAUDERER observa que o movimento dos Direitos dos Pacientes veio a reboque das mudanças que se deram depois da Segunda Grande Guerra:

"Indivíduos, familiares e comunidade começaram a se questionar quanto ao seu papel como pacientes e consumidores do produto médico. Estas vozes foram se tornando gradativamente mais altas e fortes e passaram a reivindicar, implementar, arguir e finalmente exigir os seus direitos. Esse movimento pioneiro é quase que exclusivamente norte-americano. Países europeus estão começando a discutir essa temática, enquanto em outros o indivíduo se dá por satisfeito se tiver um médico de pés descalços num raio de cinquenta quilômetros"⁷⁵.

Mencionamos: a Declaração dos Direitos Gerais e Especiais dos Deficientes Mentais: adotada pela Confederação Internacional das Sociedades em Prol dos Deficientes Mentais em 1968 e adotada, em 1971, pela Assembléia Geral das Nações Unidas⁷⁶. A Declaração de Direitos do Paciente: aprovada pela Assembléia de Representantes da Associação Americana de Hospitais, em 6 de

vivissecação de animais e determina outras providências" (p. 54).

⁷⁴ - Cf. Ibidem, pp. 140-149.

⁷⁵ - Op. cit., p. 19.

⁷⁶ - Ibidem, pp. 310-311; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, p. 1785.

fevereiro de 1973⁷⁷. A Carta de Direitos da Pediatria: aprovada pela Associação Nacional de Hospitais para Crianças e Entidades Coligadas dos Estados Unidos, em 1975⁷⁸. A Carta Brasileira dos Direitos do Paciente: aprovada pelos participantes do II Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde (São Paulo, de 13 a 15 de agosto de 1981), promovido pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde⁷⁹. A Declaração de Lisboa. Direitos do Paciente: adotada pela 34^a Assembléia Médica Mundial (Lisboa, setembro-outubro de 1981)⁸⁰. Os Direitos do Paciente Hospitalizado: da Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985⁸¹. A Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS: aprovada pela Rede Brasileira de Solidariedade (ONGs/AIDS), Porto Alegre, outubro de 1989⁸².

No mesmo período, podemos descobrir a presença latente da alteridade no surgimento dos Comitês ou Comissões de Ética Médica ou, ainda, Comitês Hospitalares de Ética⁸³. A origem destes como figura institucional deve-se, de um lado, à problemática levantada pelas novas tecnologias médicas e, de outro,

⁷⁷ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 642-644; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1782-1783.

⁷⁸ - Cf. E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 207-209; Encyclopedia of Bioethics. Appendix, pp. 1786-1787.

⁷⁹ - Cf. CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., pp. 308-310.

⁸⁰ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. vol. 108 (1990) P. 642.

⁸¹ - Cf. E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 202-203.

⁸² - Cf. *Ibidem*, pp. 204-206.

⁸³ - No Brasil, a designação é Comissão de Ética Médica. "A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.215-85, publicada no Diário Oficial em 25-7-1987, determina aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissões de Ética Médica em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina sob sua jurisdição, bem como a sua devida regulamentação de funcionamento, competências e atribuições a ser feita através de resoluções dos CRMs". CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., p. 273.

à nova consciência social "orientada para a avaliação de tratamentos prolongados, decisões de não-tratamento em recém-nascidos com graves deformações e para outras deliberações de índole ética"⁸⁴.

Segundo uma definição, mais comum nos países do I Mundo,

"Os comitês hospitalares de ética são grupos interdisciplinares que se ocupam da docência, da investigação e da consulta associadas com os dilemas que surgem durante a prática da medicina hospitalar"⁸⁵.

TEALDI e MAINETTI distinguem três tipos de comitês: o ético-praxiológico, o jurídico-científico e o deontológico-técnico.

O comitê ético-praxiológico surgiu em 1976, na Morals View Nursing Home, com o caso Karen Quinlan e, a partir de 1983 com o informe da Comissão Presidencial para o Estudo dos Problemas Éticos em Medicina e Investigação Biomédica e do Comportamento deu-se um impulso decisivo a estes comitês, propondo-lhes a formação e a utilização dos mesmos para a tomada de decisões acerca de pacientes terminais. O informe da Comissão Presidencial apresentou um modelo para o estabelecimento de tais comitês⁸⁶.

⁸⁴ - Não pode faltar, aqui, a referência ao documento da President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine, in Biomedical and Behavioral Research. Summing up. Final report on studies of ethical and legal problems in medicine and biomedical and behavior research. Washington (DC): U.S. Gov. Print., 1983; cf. também: MEDICINA E MORALE 1984, 2, PP. 260-262; NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, March 8, 1984, pp. 628-632; JUAN CARLOS TEALDI y JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Los Comités Hospitalarios de Ética. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) p. 431. Segundo estes autores, "Em 1982, somente 1% dos hospitais dos Estados Unidos da América possuía comitês deste tipo, porém, em 1988, esta porcentagem subira para 60% para os hospitais com mais de 200 leitos" (p. 431).

⁸⁵ - JUAN CARLOS TEALDI y JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Art. cit., p. 431. No Brasil, entretanto, as Comissões de Ética Médica estão, ainda, restritas aos médicos, não sendo, portanto, interdisciplinares, o que reduz enormemente a visão ética.

⁸⁶ - *Ibidem*, p. 432.

O comitê jurídico-científico teve origem em 1º de outubro de 1946, quando o tribunal internacional, constituído em Nuremberg condenou viente e dois membros do partido nazista por crimes contra a humanidade. Em 1947, o tribunal proclamou o Código de Nuremberg que estabeleceu "um decálogo de princípios que deveriam ser respeitados, em casos de experimentação médica com seres humanos"⁸⁷.

A partir de 1975, pouco a pouco vão se consolidando os comitês de investigação (research ethics committees) e, em 1981, a Organização Mundial de Saúde divulgou a "Proposta de Normas Internacionais para a Investigação Biomédica em Sujeitos Humanos"⁸⁸.

O comitê deontológico-técnico inspira-se no Juramento de Hipócrates - o antecessor dos comitês de ética, das associações médicas, dos conselhos de medicina e das próprias escolas de medicina. O Juramento de Hipócrates contém um conjunto de normas morais para a conduta médica e para o desenvolvimento social da linguagem, hoje universal, da medicina.

A Declaração de Genebra e o Código Internacional de Ética Médica Mundial adaptaram o Juramento de Hipócrates em 1948⁸⁹.

⁸⁷ - Ibidem, p. 433. Os autores prosseguem: "O êxito do código foi imenso: comentado em Chicago por uma conferência nacional em 1958, base do esboço do Código de Ética em Experimentação Humana redigido pela Associação Médica Mundial em Genebra, em 1961 e desenvolvido pela Declaração de Tóquio de 1975, quando da 29ª Assembléia Médica Mundial, onde se recomenda expressamente que cada fase da experimentação em sujeitos humanos, além de se definir em protocolo experimental, deve-se submeter à consideração de um comitê independente, especialmente constituído para tal fim, para aconselhar e opinar sobre ele, de modo que se aprofundem as recomendações básicas de Nuremberg" (p. 433).

⁸⁸ - Cf. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 629-637.

⁸⁹ - Cf. JUAN CARLOS TEALDI y JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Art. cit., p. 433.

Sob uma forma ou outra, os Comitês ou Comissões de Ética Médica representam a "consciência da instituição"⁹⁰ e, acrescentamos também a consciência do "outro", a alteridade e o serão mais ainda, na medida em que se abrirem à interdisciplinariedade, característica própria da Bioética⁹¹.

No mesmo período, ainda, surgiram os métodos de ética clínica, cujo iniciador fora DAVID THOMASMA⁹². Ao método de THOMASMA surgiram outros: o de ALBERT JONSEN, MARK SIEGLER e WILLIAM WINSLACH⁹³, o de JAMES F. DRANE⁹⁴ e o Protocolo de Bochum⁹⁵.

Destacam-se nestes métodos os valores das partes envolvidas na clínica médica: médicos, pacientes, pessoal, hospital, as preferências do paciente (decisão adotada pelo paciente, baseando-se nas indicações médicas), as considerações sobre a qualidade de vida, fatores sócio-econômicos, etc.

⁹⁰ - Ibidem, p. 434.

⁹¹ - A Academia Americana de Pediatria, por exemplo, sugeriu para a formação de uma Comissão de Ética, designada pela direção de um hospital, além de um médico, um administrador hospitalar, um eticista ou membro do clero, um representante jurídico (advogado ou juiz), um representante dos deficientes, um membro da comunidade, um membro do corpo clínico e uma enfermeira! Cf. JUAN CARLOS TEALDI y JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Art. cit., pp. 435-436. À p. 436, veja as recomendações da Associação Americana de Hospitais para a constituição dos comitês hospitalares de ética biomédica!

⁹² - Cf. JAMES F. DRANE. Métodos de ética Clínica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 415-425. Segundo DRANE, "Pouco depois que começou a se difundir o conceito de ética médica contemporânea, em fins dos anos sessenta e durante os anos setenta, David Thomasma preparou um programa de ética clínica na Universidade de Tennessee, em Memphis. O programa estava imerso no meio clínico e o método que estabeleceu para adoção de decisões de índole ética era similar ao utilizado para tomar decisões médicas" (p. 420). Cf. também: E. PELLEGRINO and D. THOMASMA. A Philosophical Basis of Medical Ethics. New York: Oxford University Press, 1981.

⁹³ - Clinical Ethics. New York: Macmillan, 1982.

⁹⁴ - Ethical Workup guides clinical decision making. HEALTH PROGRESS 69 (11): 64-67, 1988.

⁹⁵ - JOÃO V. BATISTOLLE, HANS-MARTIN SASS, HERBERT VIEFHUES. Protocolo de Bochum para a Prática da Ética Médica. Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Novembro 1988.

Os métodos criam um clima de parceria, de alteridade, quando usados com toda honestidade e seriedade. São, por isso, instrumentos indispensáveis para a ética médica clínica. E, sob esta ótica, destacamos o internacionalmente famoso Protocolo de Bochum. Este instrumento de trabalho (Arbeitsbogen), servindo-se do Método do Estudo de Casos e do Technology Assessment oferece um roteiro para o prognóstico científico e para o diagnóstico ético, profundamente humanista e personalizador. Tendo como lema que "a tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue" (expressão de HANS-MARTIN SASS), o Protocolo de Bochum tem verdadeiramente uma dimensão de alteridade.

Outro instrumento importante tem sido o termo do consentimento informado ou consentimento pós-informação ou, ainda, como preferimos, consentimento esclarecido⁹⁶.

Este termo tem sido considerado indispensável para o exercício da autonomia e competência do paciente, tanto no contexto estritamente terapêutico, quanto no de um experimento científico. Embora se questionem os aspectos ligados à informação que se dá ao paciente ("o que se diz ao paciente", "forma de comunicação" (oral ou escrita), "marco ético em que se move o médico")⁹⁷, entendemos que:

⁹⁶ - Subscrevemos o parecer de SÔNIA VIEIRA e WILLIAM SAAD HOSSNE. Op. cit., pp. 57-61: Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 150-170. GRACIA resume a história do "consentimento informado" de 1945 a 1972; a partir de 1973, inicia-se a fase dos Direitos dos Pacientes, com a Patient's Bill of Rights da Associação Americana de Hospitais. Segundo ele, os doze pontos desta carta "não são outra coisa que especificações do direito geral ao "consentimento informado". Realmente a aparição dos códigos de direitos dos enfermos foi o culme do desenvolvimento do direito ao consentimento informado e o começo de novos desenvolvimentos" (p. 174).

⁹⁷ - Cf. MARÍA DEL CARMEN LARA y JUAN RAMÓN DE LA FUENTE. Sobre el Consentimiento Informado. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) p. 441. Segundo os autores, "se sua (a do médico) conduta se rege pelo princípio de proporcionar ao paciente o máximo benefício sonegar a informação se considerar que esta provocará angústia, depressão ou, ainda, reações auto-destrutivas. Pelo contrário, se as ações do médico girarem ao redor do respeito pela autonomia do paciente, proporcionar-lhe-á toda informação necessária às críticas à informação por escrito, que são de dois tipos: de ser apenas um "requisito legal" em vez de ser "um exercício real de comunicação"; e de o "conteúdo" do impresso ter, muitas vezes, uma linguagem incompreensível ou ter informação incompleta ou muito extensa (p. 441).

"Para que o ato de consentir seja uma manifestação de autonomia, é necessário que o paciente conheça, compreenda e aprecie sua enfermidade, as alternativas terapêuticas e os riscos que o envolvem. Além de um adequado funcionamento cognoscitivo, o estado afetivo do paciente é fundamental, já que sua alteração propicia que a informação se distorça"⁹⁸.

Salientamos que o termo de consentimento torna-se expressão de alteridade quando todos os elementos de informação, esclarecimentos necessários se estabelecem entre o médico (ou pesquisador) e o paciente.

Temos presente que "a vida e a saúde são confiadas prioritariamente à responsabilidade do paciente e que o médico não tem sobre o paciente outros direitos, superiores àquele que o paciente mesmo tem no que lhe diz respeito. (...) Nem a consciência do paciente pode ser violentada pelo médico, nem a do médico pode ser forçada pelo paciente: ambos são responsáveis pela vida e pela saúde, tanto como bem pessoal quanto bem social"⁹⁹.

Sublinhamos, finalmente, que a alteridade pode estar presente, também, nas análises que se começam a fazer sobre os aspectos éticos da tecnologia médica, sobretudo em dois níveis: em nível de questões e em nível de avaliação de riscos de técnicas utilizadas.

Em nível de questões, citamos, por exemplo, as propostas por VILARDEL:

"Justifica-se o uso de uma nova tecnologia de acordo com o seu preço, qualidade de rendimento e eficácia? Há pessoal suficientemente capacitado para seu bom uso? A nova técnica

⁹⁸ - Ibidem, p. 442.

⁹⁹ - ELIO SGRECCIA. Op. cit., p. 126.

supera as que já estão em uso e supõem vantagens econômicas? Melhorará a qualidade de vida dos pacientes nos quais será utilizada? Poderá ser utilizada pela população em geral ou estará reservada a uns poucos privilegiados? Identificaram-se os riscos de sua aplicação a curto e a longo prazo? Existe alguma análise sobre opções alternativas que poderiam constituir uma melhor inversão?"¹⁰⁰.

Ou, ainda,

"Que tipo de estudos são necessários para lhes (às novas tecnologias) dar o visto de bom? Que tipo de consentimento se deve obter do paciente no qual se aplicará uma nova técnica? Os clínicos têm uma obrigação especial de informar aos pacientes de que os benefícios da nova tecnologia são, ainda, incertos?"¹⁰¹.

Em nível de avaliação de riscos de técnicas utilizadas: são significativas, por exemplo, as variáveis para avaliação de riscos de técnicas diagnósticas propostas, em 1976, em Budapest, e apresentadas por VILARDEL¹⁰²:

¹⁰⁰ - FRANCISCO VILARDEL. Problemas Éticos de la Tecnología Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 401-402.

¹⁰¹ - Ibidem, p. 402.

¹⁰² - Ibidem, p. 402. O autor cita, ainda, os critérios estabelecidos pelo Seminário sobre Ética patrocinado pela Organização Mundial de Gastroenterologia, à p. 403.

Fatores que influem no risco das técnicas diagnosticadas

FATOR	RISCO
Instrumento	<p>Inerente ao instrumento (p. ex., endoscópios flexíveis ou rígidos)</p> <p>Manutenção defeituosa dos instrumentos</p>
Técnica	<p>A preparação do paciente implica risco (p. ex., intubação, enemas ou alergias por meio de contrastes)</p> <p>Riscos da própria técnica (p. ex., hemorragia ou perfuração)</p> <p>Efeitos secundários a distância (p. ex., trombose ou infecções)</p>
Operador	<p>Operador sem experiência suficiente</p> <p>Pessoal auxiliar não preparado</p>
Interpretação	<p>Defeitos técnicos (p. ex., modelo defeituoso ou radiografia de má qualidade)</p> <p>Inexperiência de quem deve interpretar o resultado</p>
Paciente	<p>Paciente de elevado risco</p> <p>Paciente que não coopera</p>

À segunda razão de a alteridade já estar presente na prática profissional - ainda que velada (desde o Juramento de Hipócrates até os contemporâneos aspectos éticos da tecnologia médica), acrescentamos uma terceira razão: a alteridade satisfaz às exigências atuais de a pessoa ser vista como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de saúde. A alteridade restitui à pessoa sua competência moral, transformando a relação profissional x cliente em relação de colaboração em atitude adulta, conferindo respeito mútuo, solidariedade comum e responsabilidade recíproca. Sensibiliza, também, o reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida: o "outro" (alter) também "sou eu". Ademais, a alteridade amplia-se para um conjunto mais amplo de relações da pessoa com o outro, com a natureza, com a flora, com a vida animal e com a sociedade humana, o que, aliás, é próprio da dimensão bioética.

Por fim, numa sociedade pluralista, isto é, com antropologias e sistemas de valores diversos, a alteridade pode encontrar melhor consenso, pelo valor que representa.

Importa, ainda, fazer duas outras considerações: a primeira é que a alteridade entendida como critério fundamental da Bioética não é o único ou exclusivo, pois deve ser conjugado com o de beneficência, de autonomia e de justiça; a segunda é que a alteridade na Bioética do Terceiro Mundo tem que ter sua própria face.

Isto é,

"No terceiro mundo, a vida é colocada de fora pelo empobrecimento e marginalização.

Assim uma metafísica da pessoa como alteridade não ajuda a pensar na vida dos pobres. A busca filosófica na América

Latina se faz no sentido de compreender a vida em chave dialógica, "metafísica da alteridade", como diz Enrique Dussel, onde o ser humano em sua constituição e vida se entende no face a face com o outro"¹⁰³.

A urgência de uma ética da alteridade na América Latina é, também, reivindicada por GONZALEZ¹⁰⁴, para o qual esta "é a única que se ajusta ao bem moral que temos definido como a vida com dignidade para todos. Fazer o bem hoje, entre nós, tem um significado muito precioso: permitir que o "outro" viva. O bem moral é o "sim-ao-outro", entendido como prática da justiça em favor do oprimido. Desde esta perspectiva é necessário recolocar hoje toda a ética tradicional"¹⁰⁵.

A alteridade concretiza-se na opção pela vida¹⁰⁶, opção que determina atitudes e compromissos¹⁰⁷, e necessita ter consciência da alteridade¹⁰⁸ e significa "ruptura com a mesmidade"¹⁰⁹.

¹⁰³ - MARCIO FABRI DOS ANJOS. Bioética a partir do Terceiro Mundo. In: Temas Latino-americanos de Ética. Aparecida: Editora Santuário, 1988, pp. 211-232.

¹⁰⁴ - LUIS JOSÉ GONZÁLEZ ALVAREZ. Ética Latinoamericana. Bogotá: Universidad Santo Tomas, 1986.

¹⁰⁵ - Ibidem, p. 99.

¹⁰⁶ - Ibidem, p. 218.

¹⁰⁷ - Ibidem, p. 218.

¹⁰⁸ - Ibidem, p. 218.

¹⁰⁹ - GONZÁLEZ afirma: "Em primeiro lugar, e num plano negativo, alteridade significa negação da totalidade fechada" (p. 219). "A alteridade é, portanto, ruptura com a mesmidade. Supõe aceitar a existência do "outro" (como diferente, oposto ou contrário) frente ao "mesmo". Supõe aceitar que existam diversos mundos com totalizadores de sentido, que eu (meu povo, minha classe, meu partido, minha "igreja") não possuo a verdade absoluta nem a raiz do direito" (p. 220). "Dado que a pessoa é algo singular, irrepetível, com vocação própria e liberdade, a opção pela vida da pessoa (em abstrato) traduz-se na opção pela vida do "outro", de cada homem concreto distinto de mim. É uma opção pela comunicação pela ação, pela liberdade, pela mudança, pela vocação, pela abertura, que são todas dimensões da vida pessoal. Este é o primeiro significado da alteridade como opção. É um significado universal, que deve se particularizar em cada situação histórica e geográfica" (p. 220).

Alteridade que é também, busca do "outro"¹¹⁰, abertura para o "outro"¹¹¹, consciência de "nosso-ser-outro"¹¹².

O acatamento desta perspectiva de alteridade impele-nos, ademais, a romper com uma visão estreita de interlocutores da Bioética ("têm sido predominantemente os médicos e dirigentes da sociedade").

"Introduzir os pobres nessa interlocução significa que se tenha algo a dizer a eles sobre o tema e que eles, com sua situação, têm algo a dizer e a ser ouvido, antes de se tirarem conclusões práticas sobre o dever ser moral (normas) mesmo em nível de ética profissional"¹¹³.

A alteridade como critério fundamental da Bioética, concretamente, deve esclarecer o fato e a realidade de que "além da totalidade se acha o outro", para usarmos uma expressão frequente nas obras de DUSSEL.

E que totalidade é esta na Bioética? Nos países do I Mundo é o próprio capitalismo, com sua complexa tecnologia e burocracia. Na América Latina, além do capitalismo anglo-saxão-japonês, dependente e periférico, a totalidade na área da saúde manifesta-se em política da saúde.

"caracteriza-se por um modelo de assistência centralizador e discriminatório, onde indivíduos possuem os mesmos direitos civis e distintos direitos à saúde; vigorando uma política de insumos básicos totalmente dependente dos produtores multinacionais, observando-se a ausência de uma política de

¹¹⁰ - Ibidem, p. 221.

¹¹¹ - Ibidem, p. 222.

¹¹² - Ibidem, p. 223.

¹¹³ - MÁRCIO FABRI DOS ANJOS. Op. cit., p. 231.

recursos humanos e um sistema de compra e venda de serviços, onde os principais agentes prestadores são os grandes grupos mercantilistas da saúde, e, por fim, estando todo este caótico quadro amparado por uma repressão sistemática à resistência civil organizada"¹¹⁴.

E, especialmente, no Brasil,

"Toda a iniquidade do sistema reside nas relações injustas, que condenam 70% da população brasileira a apenas sobreviver"¹¹⁵.

O outro, aqui, deve ser desvelado como o que não é dentro do sistema. Não é porque só luta para sobreviver; por não ter saúde porque não tem condições de satisfazer suas necessidades básicas (alimentação, moradia, educação, etc....); por morrer antes do tempo (mortalidade infantil elevada), por cuidados de saúde insuficientes...¹¹⁶.

A alteridade, como critério fundamental da Bioética deve, pois, revelar o rostro deste "outro", alienado (tornando coisa, oprimido, marginalizado), escutar a sua voz e tornar-se saída para a sua exterioridade, afirmando, na práxis, a sua prioridade.

¹¹⁴ - CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Op. cit., p. 61.

¹¹⁵ - Ibidem, p. 62.

¹¹⁶ - Cf. LEOCIR PESSINI. Eutanásia e América Latina: questões ético-teológicas. Aparecida: Editora Santuário, 1990, pp. 125-155.

3.2. A Alteridade como Critério Englobante da Bioética

Estabelecida a alteridade como critério fundamental da Bioética, passamos à alteridade como critério englobante. Com esta expressão, queremos afirmar que, com a alteridade podemos não só tecer um fio condutor de reflexão, mas, também, tematizar toda a Bioética.

Na primeira, vimos a pessoa humana em sua dimensão relacional que lhe é constitutiva - alteridade - e como ponto de partida, eixo e convergência da Bioética. O "outro" é o marco referencial para discernirmos se agimos bem ou mal bioeticamente.

Trata-se, agora, de tematizar a Bioética a partir do "outro", isto é, a alteridade nas diferentes dimensões da Bioética: alteridade e meio-ambiente; alteridade e flora; alteridade e animais; alteridade e pessoas: pessoa e alteridade; alteridade como critério de relacionamento médico-paciente; pré-requisitos da alteridade no relacionamento médico-paciente; alteridade na comunicação (quer do médico, quer do paciente); alteridade no diagnóstico; alteridade no tratamento, etc.

Nosso trabalho, porém, se aterá apenas à alteridade e natureza, e alteridade no relacionamento médico-paciente. Mas, antes disso, queremos precisar a relação entre alteridade e beneficência, alteridade e autonomia e alteridade e justiça.

3.3. Alteridade e Beneficência

Já vimos a noção de beneficência e seus limites. Agora pretendemos relacionar alteridade e beneficência.

Superada a tendência paternalista, a beneficência continua a ter sua função quando entendida como "aquela que tenta fazer o bem ou ajudar os demais em suas necessidades, sempre que eles voluntariamente o pedem ou o aceitam. Portanto, nas pessoas adultas e responsáveis, este princípio nunca permite fazer o bem ou ajudar sem o consentimento informado do paciente"¹¹⁷.

Eis a primeira relação entre alteridade e beneficência. É beneficência quando o bem é o solicitado pelo outro e tem seu consentimento esclarecido. Não se trata, pois, de um bem feito a um minorene, mas, sim, a pessoa adulta e tratada como tal. Satisfaz-se o princípio da responsabilidade médica e o da responsabilidade do paciente.

Neste mesmo nível de relação, enriquece a alteridade e a beneficência o conceito de "beneficência fiduciária" - beneficence-in-trust - de PELLEGRINO e THOMASMA¹¹⁸, isto é, aquela conduta cuja meta é a dos interesses mútuos (médico e paciente), mantendo um conjunto de virtudes e de partilha de decisões¹¹⁹.

¹¹⁷ - DIEGO GRACIA, Op. cit., p. 103.

¹¹⁸ - E. D. PELLEGRINO and D. C. THOMASMA. For the patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press, 1988, pp. 54-83; 162; 189-205.

¹¹⁹ - Cf. sobre este tema: E. E. SHELP (ed.). Virtue and Medicine. Explorations in the Character of Medicine. Dordrecht: Reidel, 1985; TOM L. BEAUCHAM y LAURENCE B. McCULLOUGH. Ética Médica. Las Responsabilidades Morales de los Médicos. Barcelona: Labor, 1987; S. BRACHO, D. GRACIA et Al. Ciencia y Poder. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1987.

Além disso, "fazer o bem" (beneficência) e "levar em conta o outro" (alteridade) relacionam-se quando, para além da totalidade do sistema, dá-se prioridade ao outro (pessoa, multidão). Enquanto no I Mundo esta prioridade está, por exemplo, em saber o que o outro deseja da vida, ou qual o seu conceito de qualidade de vida¹²⁰, no Terceiro Mundo, a beneficência está para o outro no sentido de atender suas necessidades. Beneficência é, então, o que propicia, antes de tudo, vida, saúde.

Assim,

"É bom tudo aquilo que produz vida, que mantém a vida e a enriquece. É mal tudo o que mata a vida, a limita ou a empobrece. O mal está na morte: os que matam ou consentem a morte dos fracos vivem na iniquidade; se dizem que o fazem em defesa da vida, são perversos"¹²¹.

Beneficência, em termos de outros (multidão) - macrobiética - é critério de saúde, sobretudo nos termos definidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde:

"1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado

¹²⁰ - Cf. HANS-MARTIN SASS. Art. cit., pp. 395-396.

¹²¹ - LUIS JOSÉ GONZÁLEZ ALVAREZ. Fundamentos Filosóficos de la Teología Moral en América Latina. São Paulo: 1987, p. 8 (policopiado).

momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4 - Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

5 - Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;

- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis"¹²².

Beneficência é, pois, tornar a vida do "outro" digna, humana, pessoal.

Nos países do I Mundo, a acusação mais frequente para o limite da beneficência, tem sido o paternalismo, a relação despótica, vertical demais, a chamada "velha ética médica" ("old medical ethics"). Daí, os conflitos frequentes entre beneficência e autonomia. No Terceiro Mundo, sem subestimar estes conflitos, urge que a alteridade seja critério fundamental e englobante, porque um é "o enfoque sobre a vida a partir dos que dispõem de boas condições de vida; outro será o enfoque sobre a vida a partir dos que se deparam continuamente com condições de morte; um será o enfoque a partir dos que dispõem de condições para cuidar de sua saúde; outro a partir dos que não dispõem nem sequer de um saneamento básico"¹²³.

Esta beneficência voltada para a alteridade rompe com a totalidade do sistema que parte do dominador (médico para com o paciente, enquanto o primeiro representa o sistema, um universo já por si complicado para o segundo) e se torna sensibilidade, compromisso.

"Chamamos "sensibilidade", ... não tanto a capacidade sensível cognoscitiva (o sentido da vista ou o ouvido, etc),

¹²² - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 382-383.

¹²³ - ANTONIO MOSER. A representação de Deus na Ética da Libertação. CONCILIUM 192 (1984/2) p. 66.

mas principalmente os meios de constituir o "sentido" ou significado daquilo que aparece no mundo (momento intuitivo). Queremos aqui chamar a atenção para a "sensibilidade" como o "sentir" dor, fome, frio... ou gozo, satisfação, felicidade empírica. (...) falamos, porém da "sensibilidade" do outro"¹²⁴.

"A sensibilidade (com-miseração, com-paixão; saber sofrer com o outro) ante a dor alheia se transforma no próprio critério da práxis"¹²⁵.

Esta atitude beneficente, porém, nada deve ter de paternalismo (que infantiliza o outro) ou de assistência social (que torna o outro objeto de proteção social), de "medicina simplificada", reprodutora de desigualdades¹²⁶. Mas, sim, trata-se de atitude responsável pelo outro, pela sua vida, pela sua saúde, pela sua dignidade em nível de reciprocidade.

3.4. Alteridade e Autonomia

Vimos que a introdução do critério de autonomia na ética médica foi fruto de uma evolução lenta no passado e acelerada nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos da América¹²⁷.

¹²⁴ - ENRIQUE DUSSEL. Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 75.

¹²⁵ - Ibidem, p. 76.

¹²⁶ - Cf. JAIRNILSON SILVA PAIM. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-49.

¹²⁷ - Cf. DIEGO GRACIA. Op. cit., pp. 121-197.

Originada da reivindicação dos direitos humanos ou como expressão destes, a autonomia, na área da saúde, traduz-se no desenvolvimento atual dos direitos dos pacientes frente ao poder do Estado, da sociedade e do paternalismo médico. Assim, o primeiro código de direitos dos pacientes (1973) - como observaram FADEN e BEAUCHAMP¹²⁸ - revelou um distanciamento da benevolência hipocrática tradicional e passou a obrigar o médico, "sob a forma de direito, a incorporar o paciente no processo de tomada de decisões e a reconhecer seu direito de tomar a decisão final". E DIEGO GRACIA lembra que:

"A tradição hipocrática tinha expressado sempre a moral médica, em forma de obrigações ou de virtudes. Agora, começava-se a utilizar uma linguagem nova, a dos direitos, muito mais própria de uma ética baseada no princípio de autonomia. Ainda que não possa nem se deva exagerar a comparação, cabe dizer que a linguagem da virtude foi o princípio da ética médica beneficente, a dos direitos o é o da ética médica baseada no princípio de autonomia"¹²⁹.

Autonomia e direitos dos pacientes constituem, pois, uma unidade que se expressa no direito à liberdade, à dignidade e integridade pessoal, à informação, ao consentimento esclarecido, ao tratamento adequado e, até mesmo, no direito a não sofrer, a se preparar psicologicamente para a morte e a morrer com dignidade.

¹²⁸ - R. R. FADEN and T. L. BEAUCHAMP. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press, 1986, p. 94.

¹²⁹ - Op. cit., p. 177.

A autonomia, entretanto, por si só não é suficiente como princípio, devendo relacionar-se com a beneficência e a justiça e, para nós, também com a alteridade.

É inegável que a autonomia seja o modo mais adequado de a pessoa exercer seu autogoverno, sua autodeterminação, dirigindo-se segundo seu próprio sistema de valores. A alteridade pressupõe o outro, evidentemente autônomo. Sem autonomia, o outro deixa de ser ele mesmo para se tornar, apenas, parte da totalidade do sistema. Passa a ser o oprimido, o marginalizado, um número, uma peça, uma coisa. Sem autonomia ele é alienado (tornado outro que não ele mesmo).

A autonomia, porém, tal qual é concebida e praticada no I Mundo, pressupõe um cidadão em pleno exercício de sua cidadania, instruído, de classe média para cima, auto-suficiente, estudado, num contexto social de emprego, de seguro-desemprego, de boa alimentação, de boas condições de vida, de boas condições habitacionais, de boa perspectiva de uma tranquila aposentadoria, de satisfatória assistência médica, etc..¹³⁰

Não é o caso da maioria da população do III Mundo, especialmente da América Latina, onde esta autonomia tem de começar pela conquista da cidadania, do direito à saúde, com garantias de: "trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível: repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à

¹³⁰ - Cf. ANTONIO MOSER. Art. cit., p. 60.

livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis"¹³¹.

Diante desta situação, conquista de autonomia e conquista de alteridade tornam-se um único processo. Não são conquistas dissociáveis. São exigências primeiras em nível de macrobiética.

Em nível de microbiética - de relações médico-paciente - autonomia e alteridade (tendo presente esta como fundamental e englobante) relacionam-se não em termos de fechamento ("eu" e "tu" da exacerbação da autonomia, tão frequente no individualismo burguês), mas em termos de abertura ("eu" e "tu", "eu" e "outro", "nós").

Pressupõe o superamento do legalismo inerente a uma visão estreita da autonomia, o superamento, também, do minimalismo moral de ater-se só ao preceito, ao subscrito em termos de consentimento, ao meramente contratual, privatista, para um além que é o outro com todo o seu universo social, econômico, cultural e religioso. Mais do que autonomia, esta conduta transforma-se em solidariedade (alteridade assumida em "nós").

A relação alteridade e autonomia deve, também, superar obstáculos institucionais: violação do direito à saúde, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, descumprimento de leis existentes, priorização de atitudes secundárias e terciárias em detrimento das primárias, hegemonia do médico ou da instituição sobre o paciente ou sobre a comunidade, predomínio da técnica sobre a ética...

¹³¹ - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 383.

PELLEGRINO¹³², após demonstrar que o princípio ético de autonomia não basta para garantir o respeito às pessoas na conduta médica, com todos os matizes e significados que entranha, propôs o conceito de integridade, como mais rico e fundamental, por estar estreitamente vinculado ao que significa o ser humano completo, em seus aspectos corporal, psicológico e axiológico.

Para nós, a integridade é parte constitutiva da alteridade e significa "inteireza ou unidade intacta"¹³³ no relacionamento com o outro. Integridade é a condição do outro. Assumimos, pois, nesta condição, os dois sentidos de integridade propostos por PELLEGRINO:

"Um se refere à integridade da pessoa, do paciente e do médico; o outro, a ser uma pessoa de integridade. No primeiro caso, a integridade é um direito moral que corresponde a cada ser humano simplesmente em virtude de ser humano. No segundo caso, é uma virtude, um hábito moral adquirido pela prática constante de nossa relação com os outros. A integridade pertence a todas as pessoas como seres humanos, porém, nem todos são pessoas de integridade. Cada um dos significados do conceito de integridade tem importantes repercussões na ética médica"¹³⁴.

Por integridade da pessoa,
 "entende-se a correta ordenação das partes ao todo; o equilíbrio e a harmonia entre as diversas dimensões da

¹³² - EDMUND D. PELLEGRINO. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 379-389.

¹³³ - *Ibidem*, p. 383.

¹³⁴ - *Ibidem*, p. 384.

existência humana necessárias para o bom funcionamento de todo o organismo humano. A integridade de uma pessoa se expressa na relação equilibrada entre os elementos corporais, psico-sociais e intelectuais de sua vida. Nenhum elemento é desproporcionado em relação aos demais. Cada um toma a dianteira quando o bem do conjunto assim o exige. Cada um cede diante do outro para o bem do conjunto. A integridade, neste sentido, é sinônimo de saúde. A enfermidade é igual à des-integração, à ruptura da pessoa. Esta ruptura pode ocorrer em uma ou mais de três esferas, sendo que cada uma das quais tem suas próprias implicações éticas: corporais, psicológicas e axiológicas"¹³⁵.

Depois de analisar como pode se dar a perda da integridade corporal, psicológica e axiológica, PELLEGRINO conclui:

"O potencial de des-integração tripartite da pessoa, que é parte do estado morboso, cria obrigações para com o médico, o qual está comprometido, por juramento, a curar e ajudar. A cura significa a devolução da integridade, isto é, o restabelecimento da inteireza, que constitui uma existência sã. Para ser leal a esse juramento, o médico está obrigado a remediar a des-integração da pessoa afetada pela enfermidade. Desde este ponto de vista, a restauração da integridade da pessoa é a base moral da relação médico com o paciente. Por isso, qualquer relação moralmente autêntica deste com aquele deve ser, por definição, "holística"¹³⁶.

Nós vemos nesta "restauração da integridade da pessoa" a restauração da alteridade, devolvendo autonomia

¹³⁵ - Ibidem, p. 384.

¹³⁶ - Ibidem, p. 385.

(permitindo que o outro seja) ao paciente.

"Na enfermidade, a vulnerabilidade do corpo, da psiqué e dos valores do paciente para a obrigação de restaurar e de melhorar a capacidade autônoma do paciente para tomar decisões. Portanto, em última instância, a autonomia baseia-se na integridade da pessoa. Usurpar a capacidade de autogoverno do paciente é violar essa integridade. Ignorar, menosprezar, repudiar ou ridicularizar os valores do paciente é agredir sua própria humanidade"¹³⁷.

Nós acrescentamos, que é agredir a própria alteridade.

Alteridade e autonomia tornam-se recíprocas: esta não é nunca absoluta e aquela nunca é fechada. Médico e paciente são autônomos e são "outros". Um não pode violar a autonomia do outro e/ou a alteridade. No primeiro caso, seria uma violência de um contra o outro. No segundo, haveria o rompimento da relação médico-paciente.

Em situações conflitivas, obviamente, é melhor ater-se aos limites: limites do médico à sua autonomia, limites do paciente à sua autonomia para salvaguardar a alteridade ou, então, para interromper uma relação, justamente por não satisfazer às exigências morais de ambos.

PELLEGRINO menciona a seguinte situação:

"Se o médico se opuser, por razões morais, por exemplo, ao aborto, à eutanásia, à parada ou à alimentação com sólidos ou líquidos ou à inseminação artificial, não se pode esperar que respeite a autonomia do paciente. Isto se converterá em um assunto de importância cada vez maior, à medida que se

¹³⁷ - Ibidem, p. 385.

legalizarem os procedimentos discutíveis por razões morais, como a eutanásia voluntária e involuntária ou, quiçá, os benefícios de seguro de doença. Tanto o médico quanto o paciente está obrigado a respeitar a integridade da outra pessoa e nenhum pode impor seus valores ao outro. Talvez seja necessário retirar-se respeitosamente da relação para que o médico ou o paciente evite cooperar em atos que poderiam comprometer sua própria integridade moral¹³⁸.

Por isso, PELLEGRINO propõe, para além da integridade da pessoa, a pessoa de integridade:

"Os princípios de integridade, autonomia e respeito à integridade da pessoa são necessários, porém, não são totalmente suficientes para preservar a integridade da pessoa enferma na conduta médica. O indispensável é a pessoa de integridade, a pessoa de inteireza moral que respeite os matizes e as sutilezas do direito moral à autonomia. Portanto, o médico deve ser uma pessoa que tenha a virtude da integridade, uma pessoa que, não só aceite o respeito pela autonomia dos outros como princípio ou conceito, mas, também, na qual se possa confiar para que interprete sua aplicação com a máxima sensibilidade moral¹³⁹.

A alteridade seria destruída não houvesse, na relação médico-paciente, pessoa de integridade. Sua ausência falsearia toda relação. Depreende-se, por isso, concretamente, que esse pressuposto determina não só o grau de confiança relacional, mas, também, a desejável parceria que se espera obter entre médico e paciente:

¹³⁸ - Ibidem, 385.

¹³⁹ - Ibidem, p. 388.

"... a decisão não deve ser tomada pelo médico em lugar do paciente, nem por este, independentemente do médico ou da comunidade. (...) A condição moralmente ótima é aquela na qual a decisão provém do médico e do paciente. Por sua parte, o médico deve tomar a decisão "por e com o paciente"; "por" não significa "em lugar do paciente" e, sim, "em favor de seus interesses"¹⁴⁰.

Vemos, assim formulada, a verdadeira relação entre alteridade e autonomia.

3.5. Alteridade e Justiça

Recordêmo-nos de que o princípio de justiça diz respeito às "terceiras partes". Enquanto a primeira diz respeito ao paciente (autonomia), a segunda, ao médico (beneficência), a terceira diz respeito ao hospital, à seguridade social, ao Estado.

"Sua importância é tão grande que, sem ele, não há vida moral possível. Só com a autonomia e só com a beneficência não se pode construir um sistema moral coerente e completo. Só se consegue quando, aos citados, acrescenta-se o princípio de justiça"¹⁴¹.

E nós completamos, acrescentando a alteridade.

A justiça é tida como o princípio mais alto e, como tal, deve ser interpretado nas relações médico-paciente e nas relações sociais.

¹⁴⁰ - Ibidem, p. 389.

¹⁴¹ - DIEGO GRACIA, Op. cit., p. 202.

Mas, antes de prosseguirmos nesta reflexão, importa observarmos que a justiça, tal qual a entendemos, supera a atitude subjetiva (só do sujeito, indivíduo) e, por isso, sem crítica radical da estrutura global do contexto em que se vive. Trata-se de justiça para todos ("outro" e multidão). Não se trata, também, de justiça como exigência do "mínimo legal". A "saúde como direito" é muito mais abrangente e deve gerar igualdade em todos os níveis de vida de todos os cidadãos.

O critério de justiça obriga que se garanta a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. Este é o nível deontológico deste critério, com suporte nas teorias de justiça. Mas há, também, o nível teleológico ou das consequências que examina a justa destinação dos recursos para a área da saúde¹⁴².

Examinar a relação entre alteridade e justiça, nestes dois níveis, é o nosso propósito a seguir.

Em nível deontológico, ou dos princípios, alteridade e justiça se relacionam da seguinte forma: o princípio de justiça que satisfaz a alteridade (pessoa e maioria necessitada) é o que garante a todos, universalmente e de forma equitativa, os benefícios dos serviços de saúde, como dever do Estado e direito de todo cidadão. Depreende-se, pois, que a observância deste princípio atenda ao outro (cidadão e multidão) e que a justiça cumpra com sua finalidade para com o mesmo, razão de sua própria existência.

As formas concretas de sua viabilização são múltiplas. Dentre elas, queremos destacar a aprovada pela 8ª

¹⁴² - Cf. DIEGO GRACIAZ. Que es un Sistema Justo de Servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. BOLBETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) pp. 570-585.

Conferência Nacional de Saúde, quanto aos Sistema Nacional de Saúde, nos seus três níveis, que nos parecem atender à dimensão da alteridade à luz da justiça:

"a) referente à organização dos serviços

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) referentes às condições de acesso e qualidade

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- atendimento oportuno dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento e com recursos disponíveis;

- direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

c) relacionados com a política de recursos humanos

- remuneração e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multiprofissional das equipes, considerando a necessidade da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- compromissos dos servidores com os usuários;
- cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado;
- inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento de práticas alternativas;
- incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema

Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários"¹⁴³.

Em nível deontológico, pois, a alteridade seria atendida, não só pela perspectiva da universalização e eqüidade, mas, também, pela atenção aos mais carentes. Dissemos "seria" porque, infelizmente, na prática, estamos ainda longe de alcançarmos esta meta.

Alteridade e justiça em nível teleológico ou das conseqüências (ou a questão dos recursos): os recursos na área da saúde são limitados e as necessidades, ilimitadas, sobretudo, se levarmos em conta que, - mesmo os países do I Mundo, onde mais se investe em saúde, encontram-se deficitários - nos países do III Mundo, com raras exceções, a destinação de recursos para a área da saúde está abaixo do necessário e, ainda, mal distribuída!

O que é, então, uma distribuição justa de recursos para a saúde e como partilhá-los para atender o outro (pessoa e multidão)? Ou, mais grave ainda, é a questão: "quem deve viver quando todos não podem viver?"¹⁴⁴.

Uma visão meramente utilitarista, subjuga o critério de justiça à racionalidade econômica¹⁴⁵, discriminando o nível de cuidados e de pessoas (outro e multidão).

Urge, por isso, articular a destinação dos recursos e a atenção às necessidades dos outros (pacientes). Dentre as soluções propostas para isso, cumpre lembrar a da hierarquização, que tem várias modalidades (direitos, razões teleológicas) que, se não são

¹⁴³ - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 384-385.

¹⁴⁴ - Cf. JOSÉ ALBERTO MAINETTI. Bioética: una Nueva Filosofía de la Salud. BOLETÍN DE LA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (1990) p.600.

¹⁴⁵ - Cf. DIEGO GARCIA. Art. cit. anteriormente, p. 582.

plenamente satisfatórias, pelo menos representam um caminho para melhores respostas¹⁴⁶. Mas, para além disso, temos de aceitar que a melhor justiça praticada para com o outro (pessoa e multidão) é aquela que responde à sua dor, ao seu sofrimento, à sua deficiência, à sua incapacidade. E isso foge à quantificação e ganha em alteridade.

É tarefa permanente da sociedade trabalhar para a conquista de uma justiça que não só destine equitativamente recursos suficientes à saúde, mas, também, vigia atentamente a sua aplicação. A alteridade que se quer é a de todos (outros, multidão) justamente atendidos.

¹⁴⁶ - Cf. DIEGO GRACIA. Art. cit., pp.582-585; SANDRO SPINSANTI. Op. cit., pp.239-246.

TERCEIRA PARTE

A ALTERIDADE EM DUAS DIMENSÕES DA BIOÉTICA

TERCEIRA PARTE

A ALTERIDADE EM DUAS DIMENSÕES DA BIOÉTICA

Nesta terceira parte pretendemos aplicar concretamente o critério de alteridade a duas dimensões da Bioética, tendo o outro como valor axiológico e praxiológico.

A Bioética, como ética da vida, abrange uma ampla área de pertinência: o meio ambiente, a flora, os animais, as pessoas e, especificamente, na área biomédica, os clássicos temas e os emergentes, suscitados pelo desenvolvimento da biomedicina e da tecnologia envolvendo, por isso, desde o relacionamento médico-paciente às questões dos não-nascidos, das crianças, da sexualidade, da saúde mental, da pesquisa e experimentação em pessoas humanas, transplante de órgãos, paciente terminal, comunicação, política de saúde, comissões de ética médica...

Aqui nos ocuparemos, porém, somente da alteridade e meio ambiente e da alteridade e relacionamento médico-paciente.

I. Alteridade e Meio Ambiente

Uma das dimensões da Bioética é sua atenção para com o comportamento responsável do homem para com o meio ambiente no presente, com a preocupação com o futuro. Mas, não é só isso. É também, a re-descoberta de que há um vínculo ôntico entre o homem

e o mundo como um todo. Daí sua responsabilidade por ele e a necessidade de com ele se relacionar em termos de alteridade.

Pressuposto para isso é libertar-nos do dualismo estilizado entre proteção humana e proteção ambiental e "de todas as hierarquias de valor delas deduzíveis face ao mundo animal e vegetal"¹.

Foi a própria crise ecológica das últimas décadas que provocou a necessidade de se buscar uma orientação ética, para esta área, até então, fora de cogitação ética. A constatação global dos problemas ecológicos, entretanto, coloca-se numa situação ambivalente:

"sentimo-nos impotentes, em face da grande extensão destes problemas, ao mesmo tempo que conscientes de uma nova dimensão da responsabilidade"²

Os problemas ecológicos, ultimamente, aumentaram quantitativa e qualitativamente, em amplitude e em potencial de perigo para o futuro do planeta e da humanidade:

"De início figuravam em primeiro plano a explosão populacional, o problema do alimento para o mundo e a escassez de recursos, mas desde então os problemas se ampliaram e se exacerbaram: o aquecimento da atmosfera, o aumento do buraco na camada de ozônio e o desmatamento das florestas tropicais levam a uma elevação da superfície do mar e a uma diminuição das precipitações estivais, tendo sob a forma do chamado efeito estufa implicações sobre a estabilidade da vegetação e a

¹ - GÜNTER ALTNER. Comunidade Criacional e Reorientação Biocêntrica do Direito. Um Novo Pacto de Gerações. CONCILIUM 236 (1991/4) P.60.

² - WERNER KROH. Bases e Perspectivas de uma Ética Ecológica. O Problema da Responsabilidade pelo Futuro como um Desafio à Tecnologia. CONCILIUM 236 (1991/4) P.88.

produção agrícola, com conseqüências para a produção de alimentos para o mundo, e o esgotamento das fontes naturais de energia não-renováveis. E, sobreposto a tudo isto, um crescimento exponencial da população, restringindo os efeitos das medidas profiláticas e higiênicas e o êxito dos esforços em prol da educação, ao mesmo tempo que amplia e exacerba criticamente os perigos ecológicos e a possibilidade de choques militares, ainda mais que as lutas pela distribuição dos escassos recursos e fontes energéticos ainda deverão aumentar nessas condições"³

As causas desta atual crise ecológica são indicadas em dois tipos de antropocentrismo; um, o antropocentrismo helenista-judaico-cristão; o outro o antropocentrismo moderno. Estes antropocentrismos seriam responsáveis, cada um a seu modo, mas não paralelamente e, sim, de forma complementar, pelo atual desequilíbrio entre o homem e a natureza, entre o homem e a terra, entre o homem e o planeta.

O antropocentrismo helenista-judaico-cristão: há autores que apontam, acusam a tradição helenista-judaico-cristã como responsável pela mudança da relação do homem com a natureza, em detrimento desta. A articulação da filosofia grega com textos judaicos e cristãos transformou o texto do Gênesis 1, 28 ("Deus os abençoou e lhes disse: "Sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra e submetei-a; dominai sobre os peixes do mar, as aves do céu e todos os animais que rastejam sobre a terra") em "alvará ou autorização para a exploração do meio ambiente e dos

³ - Ibidem, p. 90.

contemporâneos"⁴.

A questão principal gira em torno de dois verbos: "dominar" e "submeter". Eles têm duplo sentido, como bem esclarece a exegese atual. O primeiro sentido de "dominar" ("rādāh", em hebraico) foi interpretado com o significado violento de exploração tirânica. Seu segundo significado é o "deambular do pastor com seu rebanho, conduzindo-o para uma boa pastagem", protegendo-o e defendendo-o contra os animais de rapina"⁵.

"Submeter" ("kābās", em hebraico) tem como primeiro significado uma conotação de algo violento, brutal, como por exemplo, "reprimir e violentar inimigos". Um segundo significado, "mais neutral", é o de "colocar o pé sobre um objeto ou um ser vivo". Contudo, como observa GANOCZY, "este gesto significa, muitas vezes, simplesmente o seguinte: tomar posse, ou mesmo dar proteção, amparar, proteger (cf. Sl 8,7; Js 18,1)"⁶.

Tanto para "dominar" quanto para "submeter", a "ecologia teológica", prefere o segundo significado, não só para superar o exacerbado antropocentrismo ("antrópico", homem como centro do mundo), mas, também, para resgatar o verdadeiro sentido da

⁴ - ALEXANDRE GANOCZY. Perspectivas Ecológicas na Doutrina Cristã da Criação. CONCILIUM 236 (1991/4) p.57. GANOCZY acha difícil precisar quando começou esta interpretação e afirma que: "Muitos indícios sinalizam para um antropocentrismo, inicialmente enaltecido liricamente e em seguida imposto sem piedade, no âmbito do Humanismo renascentista, onde o enraizamento propriamente teo-lógico e cristo-lógico da fé na criação, tal como foi exposto na Epístola aos Romanos (cap.8) e aos Colossenses (cap.3), foi fortemente rejeitado e suprimido" (cap.57). Ver também: JOHN CARMODY. "Sabedoria Ecológica" e Tendência a uma Remitologização da Vida. CONCILIUM 236 (1991/4) 103-112; este autor fala em "leitura interesseira e egoísta de Gn 1,28, com efeito negativo da desmitologização da natureza (p.108); ROGER BURGGRAEVE. Responsável por "Um Novo Céu e uma Nova Terra". CONCILIUM 236 (1991/4) 113-124: refere-se aos autores que mais contundentemente acusam o cristianismo ocidental "como sendo a raiz do moderno trato destruidor do ambiente da natureza" e o famoso texto de Gn 1,28, como "a origem fatal do mito do crescimento que se manifesta como tipicamente cristão e contém a destruição do ambiente": L. WHITE. The Storical Roots of Our Ecological Crisis. SCIENCE 155 (1967) 1.203-1207; IDEM. The Historical Roots of Our Ecological Crisis. Continuing the Conversation. In: H.G. BARBOUR. Western Man and Environment Ethics. Attitudes toward Nature and Technology, 1973, 18-30; P. SINGER, Animal Liberation. New York, 1975.

⁵ - ALEXANDRE GANOCZY. Art. cit., p.51.

⁶ - Ibidem, pp. 50-51.

responsabilidade humana frente à ecologia⁷.

O antropocentrismo moderno é acusado de "tornar o homo faber prisioneiro da torre de marfim que construiu para si. O homem ocidental, de modo especial, se inebriou do orgulho de sentir-se sujeito, o único dotado de poderes arbitrários sobre o objeto-natureza (segundo a fórmula cartesiana, o homem se sente no direito de considerar-se "senhor e dono da natureza"). Depois que seu poder foi multiplicado pela técnica, ele chegou rapidamente à bancarrota atual"⁸.

Ou, dito de outro modo, a modernidade conquistou para o ser humano a sua autonomia e, em relação à natureza, isto resultou "num trato extremamente funcional e instrumental da natureza". O mundo tornou-se "objeto" do saber e do poder do homem, reduzindo tudo "a serviço da tendência emancipadora à identidade do eu"⁹.

Não basta, todavia, inquirir sobre as causas. Mais do que nunca, urge, agora, buscar fundamentação para uma ética ecológica.

Ou, como propõe SPINSANTI

"Para que se instaure relação nova com a natureza, é necessária a transformação não só dos comportamentos, mas também dos modos expressivos que nos são familiares.

(...)

⁷ - Cf. ANTONIO MOSER. Ecologia: Perspectiva Ética. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 52 (1992) 5-22.

⁸ - SANDRO SPINSANTI. Op. cit., p. 34. Grifos do autor. Embora não possamos deter aqui, na discussão, concordamos com a observação de ALEXANDRE GANOCZY no artigo citado: "Fazer de Descartes o bode expiatório para uma objetivação matemática muito fria de plantas, animais e matéria, debaixo da tirania da "res cogitans", parece-me uma iniciativa que não possui fundamentação nos textos do filósofo. A fim de lhe fazer justiça, não se deveria citar somente e sempre de novo aqueles textos, tirados à força para fora do seu contexto, nos quais ele designa os homens como "maîtres et possesseurs de la nature" (Discours, VI, 62) e compara os organismos às máquinas (Meditationes, VI, 33). Necessário seria citar, igualmente aquela documentação cartesiana na qual este filósofo torna evidente e explícita a mais profunda correlação entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, mais ou menos como no exemplo do corpo, para o qual "eu não me torno presente (...) da maneira como o navegador o está para a sua embarcação" (Meditationes, VI, 26). Seja como for, - prossegue GANOCZY - nenhuma ética ecológica moderna pode voltar atrás do modo de pensar das ciências naturais, da maneira como Descartes o impregnou decisivamente" (p.57).

⁹ - ROGER BURGGRAEVE. Art. cit., p.123.

O reajustamento da relação com a natureza em nível ético não é só remédio amargo que a humanidade deve tomar, se quiser curar-se de seus males. Tratando a natureza como partner, o homem se beneficiará de uma compreensão mais profunda da própria natureza. Isso porque só se pode compreender o que se toma a sério¹⁰.

Selecionamos seis propostas neste sentido.

A primeira fundamenta a ética ecológica na co-criaturalidade do homem: é uma perspectiva da "ecologia teológica", segundo a qual, o homem é criatura entre as criaturas e sua singularidade está "em ser co-participante do saber de Deus". "Dessa consciência exurge nele (no homem) a capacidade e o dever da solidariedade humana e da co-criaturalidade"¹¹.

A aceitação desta co-criaturalidade, segundo ALTNER, tem a vantagem de

"nos manter livres do dualismo, hoje altamente estilizado, entre proteção humana e proteção ambiental. Ademais, liberta-nos de todas as autodefinições (o homem como ser carente, como ser autoconsciente...) e de todas as hierarquias de valor delas deduzíveis face ao mundo animal e vegetal. Não é a presença da autoconsciência, da sensação de dor e de quantos desempenhos particulares o distingam, que gera obrigações frente às demais criaturas, medida pelo processo criacional. Em suma, à natureza são devidas obrigações pelo simples fato de ser criação. De tal conhecimento faz parte também a compreensão da multiplicidade das criaturas e o reconhecimento das gerações futuras no decurso

¹⁰ - SANDRO SPINSANTI. Op. cit., p.35.

¹¹ - GÜNTER ALTNER. Art. cit., p.60.

do processo do vir-a-ser da criação em geral"¹².

Em outra vertente desta fundamentação, fala-se de "responsabilidade criatural para com o mundo"¹³. Partindo do texto do Gênesis, entende-se que

"... o próprio mundo foi criado - procede da Palavra soberana de Deus. E, na sua qualidade de "criado", pertence a Deus e não ao homem que também é criatura. Sendo assim, o mundo não é absolutamente propriedade do homem. Foi dado ao homem na forma de criado. O homem tem de "adquirir" e de "receber" o mundo: não tem direitos autorais sobre ele"¹⁴.

"... responsabilidade criatural, isto é, de uma responsabilidade inerente ao meu ser criado e que, portanto, precede à minha liberdade"¹⁵.

A segunda fundamentação propõe uma ética de responsabilidade pelo futuro (HANS JONAS): segundo esta abordagem,

"... o presente distingue-se de todas as situações do passado por seu caráter dinâmico e, do ponto de vista do saber, paradoxal. Pois, por um lado, sabemos mais que as gerações que nos antecederam (no plano do saber analítico-causal e de suas aplicações técnico-instrumentais); por outro, sabemos menos, porque vivemos numa época de mudança constituicional, o que implica "que temos que contar sempre com coisas novas, cujos efeitos não podemos prever; que é certa a mudança, mas não é certo em que irá consistir o novo"¹⁶.

¹² - Ibidem, pp. 60-61.

¹³ - ROGER BURGGRAEVE. Art. cit., p.116.

¹⁴ - Ibidem, p. 116. Grifos do Autor.

¹⁵ - Ibidem, p. 117.

¹⁶ - WERNER KROH. Art. cit., p. 91. Grifo do Autor.

JONAS propõe uma ética baseada na metafísica, "que é o único terreno onde pode ser questionado se realmente devem existir homens no mundo, portanto, porque é válido o imperativo incondicionado de garantir a existência do homem no futuro"¹⁷. Ele formula uma ética "não-escatológica" e anti-utópica¹⁸ e caracterizada por uma "heurística do medo":

"frente ao progresso ela realça a necessidade da preservação, e frente às esperanças a primazia das desastrosas possibilidades da técnica moderna (que, aliás, não devem ser confundidas com meras fantasias nascidas do medo). Pois a aceleração dos desenvolvimentos alimentados pela técnica deixa cada vez menos tempo e menos espaço para auto-correções"¹⁹.

Para ele, "as possibilidades da técnica moderna abrem duas perspectivas extremas: primeiro, a de, sob o signo da arrogância, criar novas melhorias das condições de vida para a humanidade, visando tendencialmente até à consecução do supremo bem; ou pelo contrário - como supremo mal - a de auto-destruição do planeta e da humanidade"²⁰.

JONAS, por isso, afirma o "dever incondicional da humanidade para a existência", que faz com que nas decisões os prognósticos de desgraça tenham a primazia sobre os de salvação. Ele encontra sua expressão no princípio ético: "Nunca, nas apostas do agir, a existência ou o ser do homem como um todo dever ser posta em risco"²¹.

¹⁷ - Ibidem, p. 91.

¹⁸ - Ibidem, p. 91.

¹⁹ - Ibidem, pp. 91-92.

²⁰ - Ibidem, p. 92.

²¹ - Ibidem, p. 92.

JONAS insiste na preservação da natureza, numa "ética da manutenção, da conservação, da preservação, e não do progresso ou do aperfeiçoamento"²².

A terceira fundamentação é a chamada "ética discursiva" (KARL-OTTO APEL): esta tem, também, enfoque na responsabilidade, mas, sob outro ângulo: trata-se de uma "ética da responsabilidade solidária, que obrigue intersubjetivamente"²³, que seja uma "aplicação, guiada pela história, da ética da comunicação como ética da responsabilidade"²⁴, que garanta "a existência e a dignidade do homem", ou seja, "mera conservação do estado atual"²⁵, que seja "preservação ética da dignidade do homem"²⁶, uma "ética do progresso" na realização da dignidade humana²⁷ e uma "ética da responsabilidade pelo futuro" que afirme deveres da atual geração para com as gerações futuras²⁸.

A quarta fundamentação é a da "razão anamnética para a ética" (WERNER KROH), segundo a qual é

"a recordação dos sofrimentos do passado que possibilita uma compreensão do homem a partir de sua história. (...)

Pois sem recordação concreta dos sofrimentos nem podem ser apreendidas as contradições da história moderna da liberdade nem realizada a sua superação. Mas não apenas isto!

A razão comunicativa tem que se entender, se pretende

²² - Ibidem, p.95.

²³ - Ibidem, p. 94.

²⁴ - Ibidem, p. 94.

²⁵ - Ibidem, p. 95.

²⁶ - Ibidem, p. 95.

²⁷ - Ibidem, p. 96.

²⁸ - Ibidem, p. 97.

tornar-se prática como interesse pela liberdade.

Só uma tal recordação protege também a razão comunicativa da destruição de sua base subjetiva e possibilita-lhe compreender-se a si própria como expressão do interesse humano de liberdade e justiça e como força de resistência contra toda forma de injustiça e escravidão²⁹.

A quinta fundamentação é a da "sabedoria ecológica"³⁰, segundo a qual trata-se da mensagem codificada nas leis da criação, "como o mostra claramente o colapso da natureza".

"Segundo muitas pessoas que escrevem e lecionam sobre ecologia, a primeira coisa que os seres humanos precisam fazer, se quiserem salvar nosso planeta, a raça humana e a vida em geral, é escutar, dar ouvidos à sabedoria da terra"³¹.

É preciso, propõe CARMODY, haja uma "nova concepção de interagir com a natureza e conviver no futuro"³², buscar modelos melhores de interação entre o homem e o meio ambiente³³ e práxis condizente para o presente, capaz de garantir o futuro³⁴.

A estas cinco propostas de fundamentação de uma ética ecológica, não como complemento, mas como critério fundamental e englobante, propomos a alteridade com a natureza e com as gerações futuras.

²⁹ - Ibidem, p. 101.

³⁰ - Art. cit., pp. 103-112.

³¹ - Ibidem, pp. 103-104.

³² - Ibidem, p. 106.

³³ - Ibidem, pp. 106-110.

³⁴ - Ibidem, pp. 110-112. Cf. também: FRITJOF CAPRA. O Ponto de Mutação. São Paulo: Editora Cultrix, s/d., pp.259e ss.

Alteridade com a natureza e com as gerações futuras, em duas dimensões distintas, mas inseparáveis: a primeira dimensão apresenta-se fundamentada filosoficamente e a segunda com base no direito.

Alteridade com a natureza e com as gerações futuras (dimensão filosófica): trata-se do vínculo ético entre o homem e o mundo. Considerado como ser criado ou como ápice de uma evolução, o homem revela-se como responsável pelo mundo, responsabilidade esta que se entende como dirigida para algo que é distinto dele mesmo. Este é o modo ético de ser do homem³⁵.

Ademais, a natureza desta responsabilidade é, por si, heterônima: de alhures e por Alguém diferente". BURGGRAEVE assim o expressou:

"Estou essencialmente "relacionado com o outro (o mundo)" e isto previamente a qualquer conhecimento, participação na decisão e diálogo de minha parte"³⁶.

RAMOS REGIDOR propõe claramente a alteridade com a natureza nestes termos:

"Antes de tudo, isto significa frear os atuais mecanismos de contaminação da biosfera e inventar múltiplas e variadas formas de revitalizar os ecossistemas.

Genericamente, o ressarcimento à natureza significa mudar radicalmente o modelo de desenvolvimento dominante que faz dela um objeto e um recurso inesgotável, que se deve explorar utilizando técnicas animadas pelo domínio e a violência. Em termos positivos, esse ressarcimento significa reconhecer a alteridade da natureza, isto é, reconhecer seu valor próprio,

³⁵ - Cf. ROGER BURGGRAEVE. Art. cit., p. 118.

³⁶ - Ibidem, p. 118.

seus limites, as leis que garantem seu equilíbrio, sua linguagem e suas potencialidades positivas"³⁷.

O documento da CNBB - Igreja e Questão Ecológica - sugere "uma ética centrada na vida", na qual uma das propostas é:

"Reconhecer a alteridade de cada ser, animado ou inanimado, e da criação em sua relação com o ser humano, como condição necessária para superar o antropocentrismo vigente, em nome de uma visão centrada na Vida. "Não se pode fazer impunemente uso das diversas categorias de seres, vivos ou inanimados, como se quiser, em função das próprias exigências econômicas" (Sollicitudo rei socialis, n. 34).

O reconhecimento da alteridade dos seres criados exige uma atitude co-responsável pela integridade da criação"³⁸.

Esta alteridade, pois, com o meio ambiente, com o mundo, não só precede ao homem, mas se torna inevitável, como que "imposta", queiramos ou não. É uma alteridade criatural, no presente para com o mundo e uma alteridade geracional, ou seja, voltada, também, para a salvaguarda do meio ambiente, do mundo, para as gerações futuras. É uma alteridade, dito de outro modo, que tem um olho no presente e outro no futuro. É uma alteridade que se traduz em responsabilidade abrangente por toda a criação e, fundamental e globalmente, de respeito pela vida.

Esta atitude exige, contudo, superação de uma cosmovisão, na qual somente existem "pessoas" e "coisas", "sujeito" e "objetos", resultante do antropocentrismo moderno. Esta dicotomia - na qual revela-se total ausência de alteridade - "não faz justiça

³⁷ - JOSÉ RAMOS REGIDOR. Ressarcir os Povos e a Natureza. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 52 (1992) p. 34.

³⁸ - SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO (SEDOC) 25 (nº 234) 1992, p. 221.

à comunidade de vida natural, na qual os homens vivem na terra, como também não corresponde à existência corporal e física dos homens. Quando esta dicotomia é levada rigorosamente a efeito com meios modernos, então se destrói a comunidade de vida natural e é morta a corporeidade humana. O "antropocentrismo" moderno, em última instância, é fatal para os próprios homens"³⁹.

Mais que isso, trata-se, ainda, de buscar uma alteridade de convivialidade, isto é, de estar junto com as coisas da natureza, "como irmãos e irmãs", de deixar as coisas serem, de abdicação de estar sobre elas e para estar com elas⁴⁰.

"Graças à influência de todas as etapas da história natural de todas as manifestações da vida humana, mas também em consideração aos direitos vitais das gerações porvindouras, é válido o axioma: Não há vida que não mereça ser vivida. Todo balizamento entre vida digna e vida indigna de ser vivida, em última análise, dimana da arbitrariedade de uma pretensão fundada no desejo de definir-se a si mesma, com desconsideração do contexto geral da vida"⁴¹.

Vem muito a propósito a afirmação de MOLTSMANN:

"A dignidade dos homens não pode ser concretizada historicamente às custas da dignidade da natureza e dos outros seres vivos, mas somente em sintonia com eles e para o proveito dos mesmos"⁴².

³⁹ - JURGEN MOLTSMANN. Art. cit., p. 148.

⁴⁰ - Cf. LEONARDO BOFF. São Francisco de Assis: ternura e vigor. Petrópolis: Vozes/Cefepal, 1981, pp. 30-32. A expressão convivialidade foi cunhada por IVAN ILLICH, conforme documenta BOFF e, aqui, seguindo o seu rastro, falamos de alteridade de convivialidade. Levamos em conta, porém, a observação de BOFF, segundo a qual: "Pela convivialidade se faz um uso diferente dos imensos instrumentos científico-técnicos posto à nossa disposição, não primariamente para a acumulação, a satisfação desenfreada e individualista e a ativação do princípio do ter, mas para o aumento das relações sociais e interpessoais, para a primazia do dom e da liberdade e o incentivo ao princípio do ser" (p.31).

⁴¹ - GÜNTER ALTNER. Art. cit., p. 63.

⁴² - JÜRGEN MOLTSMANN. Art. cit., p. 138.

Alteridade com a natureza e com as gerações futuras (dimensão jurídica): MOLTSMANN, de maneira muito feliz, assim se expressou:

"Onde não se chegar a uma interação dos direitos humanos como direitos fundamentais da natureza, ali, então, os direitos humanos não podem exigir nenhum caráter de universalidade, tendendo muito mais em se tornar em fatores de destruição da natureza e contribuindo, em última análise, com a destruição também da própria humanidade"⁴³.

E mais:

"Pertence à dignidade humana ter a possibilidade de levar uma vida humanamente digna. Algumas condições prévias mínimas, de natureza social e econômica, contribuem para isso, como a proteção contra a fome e a doença, e o direito ao trabalho e à posse pessoal. Recentemente, se acrescentou também a proteção do meio ambiente natural entre as garantias mínimas da dignidade humana das pessoas"⁴⁴.

ALTNER propõe "a natureza como sujeito de direito"⁴⁵. MOLTSMANN propõe uma "comunidade de direitos de todos os seres vivos"⁴⁶.

⁴³ - Ibidem, p. 138. Os grifos são do autor.

⁴⁴ - Ibidem, p. 145. Os grifos são do autor.

⁴⁵ - GÜNTHER ALTNER. Art. cit., pp. 68-69. O autor esclarece que: "Isto nada tem a ver com a especulação em torno de almas de animais e vegetais, mas unicamente com a disposição de livrar a natureza do seu confinamento ao direito das coisas - era precisamente esta a exigência dentro do espírito de uma determinada compreensão da natureza e da realidade global - e conferir-lhe - como à sua condição de criatura - o caráter de sujeito do direito tão amplamente reconhecido ao homem". (...) "O novo neste procedimento não teria as dimensões de uma iniciativa revolucionária no campo do direito. Seria apenas o reconhecimento, em nosso sistema jurídico, do caráter de co-criatura da natureza, que até o presente lhe foi negado, devido a um antropocentrismo preconcebido" (p. 68).

⁴⁶ - JÜRGEN MOLTSMANN. Art. cit., p. 149. Os grifos são do autor.

ALTNER destaca da Resolução de Berna (1990) as seguintes proposições relativas aos "direitos da natureza":

- "1. A natureza - viva ou inanimada - tem direito à existência, isto é, à preservação e desenvolvimento.
2. A natureza tem direito à proteção dos seus ecossistemas, espécies e populações, dentro do respectivo contexto de ligações.
3. A natureza viva tem direito à preservação e desenvolvimento de sua herança genética.
4. Os seres vivos têm direito a uma vida adequada à sua espécie, inclusive à reprodução, dentro do ecossistema que lhes é próprio.
5. As intervenções na natureza necessitam de justificativa..."⁴⁷.

Quanto aos direitos das futuras gerações, ALTNER enumera, também da Resolução de Berna, os seguintes:

- "1. As gerações futuras têm direito à vida.
2. As gerações futuras têm direito a um patrimônio hereditário não-manipulado, isto é, não alterado artificialmente pelo homem.
3. As gerações futuras têm direito a um mundo variado de plantas e animais e, com isso, à vida em meio a uma natureza rica e, ainda, à preservação de recursos genéticos múltiplos.
4. As gerações futuras têm direito a um ar saudável, a uma camada de ozônio intacta e a suficiente troca térmica entre a Terra e o espaço exterior"⁴⁸.

⁴⁷ - GÜNTNER ALTNER. Art. cit., p. 67.

⁴⁸ - Ibidem, p. 67.

Sob este ângulo do direito, pois, a alteridade revela-se como alteridade recíproca, isto é, salvaguarda do direito do meio ambiente, da natureza e de tudo o que nela existe e o direito das gerações futuras pelo homem de hoje é salvar a sua própria vida e vice-versa.

Vale lembrar, também, a Declaração do Rio - a chamada Carta da Terra - subscrita pelos participantes da Rio/92, cuja importância equivale à Declaração Universal dos Direitos do Homem, só que, em relação ao meio ambiente e ao desenvolvimento⁴⁹.

II - Alteridade e Relacionamento Médico-Paciente

Depois de termos apresentado a alteridade e meio ambiente, passamos agora a examinar a alteridade e relacionamento médico-paciente. Não em nível de conceituação - o que já fizemos anteriormente mas, em nível de relacionamento profissional. Ou, dito de outro modo, a alteridade - para além da beneficência, da autonomia e da justiça, mas, sem prescindir delas - como critério

⁴⁹ - Cf. SEDOC (SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO), 25 (nº 234) 1992, pp. 150-153. Sobre a questão do "desenvolvimento sustentável", cf. na referida revista, pp. 214-218. O documento da CNBB - Igreja e questão ecológica - ao qual se referem estas páginas, precisa que: "O marco referencial de um modelo alternativo de desenvolvimento é aquele que atenda, de fato, às necessidades da sociedade civil democrática, garantindo uma ordem social justa, o respeito à vida e o reconhecimento dos direitos sociais. Só com esses parâmetros é possível lutar por novos estilos de vida, pela reorientação dos atuais níveis de consumo e produção em termos globais, sem reeditar as mesmas bases que sustentam o atual modelo de sujeição e exploração das forças humanas e naturais" (nº 38). E, no nº 39, afirma: "A sustentabilidade democrática, como parâmetro para um projeto de sociedade, se coloca como uma escolha no campo controverso das práticas políticas e sociais. É uma opção política e ética. Não se trata de optar pelo mais funcional, eficiente e economicamente viável. Quando o eixo da sustentabilidade é deslocado da racionalidade econômica para a escolha de uma sociedade que atenda às necessidades humanas há que se adentrar o campo da ética e explicitar os valores que informam o que são essas "necessidades humanas" e que "humanidade" se trata, e, sobretudo, que tipo de vida queremos sustentar" (p.217).

fundamental e englobante desta relação.

Escolhemos tratar da alteridade no relacionamento médico-paciente por se tratar de um eixo fundamental da Bioética, em torno do qual giram as grandes questões éticas e sua função é susceptível de desenvolvimentos orgânicos em todas as dimensões da Bioética.

Assim, por exemplo, entre as grandes questões éticas, sob o critério da alteridade podem ser examinadas as que se referem ao nascimento: controle da reprodução, planejamento familiar, diagnóstico pré-natal, aborto, recém-nascidos com anomalias, fecundação in vitro, inseminação artificial, "mães-de-aluguel", investigação no campo da genética, experiência com embriões, etc: aos transplantes de órgãos: prevenção de enfermidades, bancos de órgãos, comercialização, regulamentação, destinação de recursos, etc.; à morte: definição de morte, eutanásia, distanásia, "morrer com dignidade", sustentação artificial, participação do paciente na decisão, família, médico, seguridade - legislação nacional e normas deontológicas, etc.; às experiências científicas e ao meio ambiente; à experimentação com animais e com seres humanos; à política de saúde, etc....

A interação médico-paciente será, pois, estudada sob o critério da alteridade: em termos de pré-requisitos, de encontro (olhar, palavra, silêncio, exploração manual e exploração instrumental), de diagnóstico e de tratamento.

PEDRO LAÍN ENTRALGO, tratando da relação médica no quadro das relações interhumanas, define este tipo de relação com estes termos:

"Genericamente considerada, a relação médica é uma relação interhumana e uma relação de ajuda"⁵⁰.

A partir desta definição, ele trata da "índole e estrutura" desta relação, levando em conta que "por sua intenção, sua forma e seu conteúdo, a relação entre dois homens pode adotar um número praticamente indefinido de modalidades típicas"⁵¹. Por isso, examina "os dois modos cardeais da relação interhumana, a relação objetivamente e a relação interpessoal"⁵². Ela chama "relação objetivante" "aquela em que um dos dois homens que a integram intenta converter o outro em puro objeto"⁵³, embora observe que o encontro objetivante "não permanece nunca simples objetivação"⁵⁴.

VIDAL sintetizou as diversas maneiras de se fazer do outro um objeto, nestes termos:

"- Um "Senhor Ninguém" (Quevedo): como se não existisse para mim. Existe materialmente, mas não como pessoa. Para muitos, a sociedade humana, de fato convertida em objeto, é um imenso e multiforme "Ninguém". Origina-se assim um solipsismo, que falha o mundo interpessoal. É impossível ter amizade com todos os homens. Contudo, é necessário - e é possível - estar dispostos a se abrir com todos os homens de uma maneira potencial.

⁵⁰ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universalidad, 1983, p.238. Os grifos são do autor.

⁵¹ - Ibidem, p. 238.

⁵² - Ibidem, p. 238.

⁵³ - Ibidem, p. 238. Os grifos são do autor.

⁵⁴ - Ibidem, p. 239. Para LAÍN, há quatro formas típicas de relação objetivante: "contemplação amorosa, contemplação odiosa, manipulação amorosa, manipulação odiosa" (p. 239).

- Um instrumento. Damos um passo a mais; considera-se o outro, mas é considerado como algo que me serve. É um objeto, de cujas propriedades eu me sirvo para a realização de meus fins. A instrumentalização do homem pelo homem realçada pelos pensadores de nosso tempo; Marx (alienação); Heidegger (Zeug); Sartre (Utensilitéé); Marcel (ser e ter); relação servo-senhor na visão de Hegel.

Deve-se considerar a frequência com que na vida pública e na vida privada o homem fica reduzido a um instrumento manipulado para fins pessoais. Recordamos algumas formas: 1) escravidão; 2) prostituição; 3) a sociedade de consumo; 4) o funcionário; 5) instrumentalização em todos os sentidos.

- Um rival. Enquanto objeto, o outro me pode ser antes de tudo um obstáculo, algo que se interpõe aborrecida e perturbadoramente no caminho de minha vida. De um modo direto, imediato, quase físico; ou de um modo mediato, espiritual.

Pode-se considerar o outro como um rival. E pode-se tratá-lo como um rival; passa-se à ação. E esta ação pode se revestir de diversas modalidades: 1) assassinato físico; 2) assassinato pessoal; 3) simples evitamento. É então que se realiza a frase de Sartre: "O inferno, são os outros".

- Um objeto de contemplação. É a redução do "tu" a um "ele". Enquanto objeto de contemplação, o outro é para mim um "espetáculo". Coloco-me diante dele e o contemplo. Para contemplar necessita-se certa retração: retirar-se um pouco (distanciamento existencial); a retração traz consigo a abstração e a expectativa.

- Um objeto de transformação. O outro fica reduzido aqui a um objeto de operação transformadora. Esta transformação pode-se

realizar com uma finalidade conflitiva; mas também pode-se realizar com um sentido de intenção perfectiva e amorosa. Pensemos na educação ou na relação entre médico e enfermo" ⁵⁵.

Ora, "o homem é por essência pessoa", assevera LAÍN. "Ser pessoa existente é a essência do homem. Objetivando o outro, relacionando-me com ele com uma intenção pura e exclusivamente objetivadora, o mutilo e degradado, ainda que essa minha intenção pareça ser amorosa"⁵⁶. Por isso, as relações humanas não podem ser objetivadoras, mas, sim, interpessoais.

Para LAÍN, uma relação é interpessoal quando, nesta relação, um e outro consideram-se e se tratam como pessoas ⁵⁷. Para DUSSEL,

"Alguém é pessoa, estritamente, só e quando está na relação da práxis. Uma pessoa é pessoa só quando está ante outra pessoa ou pessoas". (...)

"Quando estou com meu rosto frente ao rosto do outro na relação prática, na presença de práxis, ele é alguém para mim e eu sou alguém para ele. O "face-a-face" de duas ou mais pessoas é ser pessoa". (...)

"A práxis, então, na atualização da proximidade, da experiência de ser próximo para o próximo, de construir o outro como pessoa, como fim de minha ação e não como meio: respeito infinito"⁵⁸.

⁵⁵ - MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 493-494.

⁵⁶ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p.240.

⁵⁷ Cf. Ibidem, p.240.

⁵⁸ - Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1987, p.19. Os grifos são do autor.

A relação médico-paciente é uma relação de ajuda⁵⁹: há um sujeito ativo (o médico) e um sujeito passivo (o paciente). Isso nos levaria a deduzir que este tipo de relação seja exclusivamente objetivante⁶⁰. Mas, LAÍN elucidada tratar-se de relação interpessoal, que ele chama "quase-diáda", por se tratar de relação de ajuda, sob tríplice aspecto: conselho, educação e assistência médica⁶¹.

Por isso, ele assim define a relação médico-paciente:

"Diremos, pois, que, dentro do quadro das relações interhumanas, a relação médica é uma cooperação quase-diádica de ajuda endereçada para a obtenção do hábito psico-somático que costumamos chamar saúde"⁶².

Entendida "a estrutura interna da vinculação entre o médico e o paciente" como "relação quase-diádica", LAÍN explora os modos em que ela acontece: como relação cognoscitiva (diagnóstico), como relação operativa (tratamento), como relação afetiva (transferência) e como relação ético-religiosa⁶³.

O que LAÍN chama "relação quase-diádica", preferimos chamar relação de alteridade, ou, simplesmente, alteridade, como fundamental e englobante do relacionamento médico-paciente. Pois, a verdadeira relação médico-paciente - só o é - na medida em que

⁵⁹ - LAÍN, em páginas anteriores da obra citada acima, anotara que "médico, vem de medêo" e quer dizer "cuidar de outro" e é raiz do substantivo latino medicus (p. 211). No significado da palavra, observamos nós, já há uma dimensão de alteridade!

⁶⁰ - Cf. *Ibidem*, p. 241.

⁶¹ - Cf. *Ibidem*, p. 243. Em La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría, LAÍN resume as noções, nestes termos: "Chamo "duo" ou vinculação objetivante à minha relação com outro homem para algo que aos dois importa, porém, situado fora dele e fora de mim: por exemplo, um negócio com participação de lucros". (...) Chamo, em troca, "diáda" ou vinculação interpessoal à minha relação com outro para algo que está nele e em mim, que pertence à nossa pessoal intimidade e nela encontra seu termo: amizade stricto sensu, amor. A vinculação específica entre o médico e o enfermo é meramente dual ou diádica? Eu diria que é quase-diádica" (p.23). Os grifos são do autor.

⁶² - *Ibidem*, p. 245. Os grifos são do autor.

⁶³ - *Ibidem*, p. 246.

for encontro de pessoas que se consideram e se tratam enquanto tais. SANDRO SPINSANTI propõe a expressão "aliança terapêutica" para traduzir um novo modelo terapêutico, interpessoal, centrado no paciente, resgatando seu papel de sujeito⁶⁴.

LAÍN coloca como condição ou como pressuposto desta relação - no que concordamos inteiramente com ele,

"... a que se estabelece entre um médico com vocação para isso e um enfermo com autêntica vontade de curar, sem uma mentalidade mágica ou supersticiosa... e com alguma confiança na capacidade técnica e na pessoa de quem o atende"⁶⁵.

Ele chama a esta atitude "motivo ideal e canônico"⁶⁶.

PELLEGRINO fala de integridade, como condição, na relação médico-paciente:

"O indispensável é a pessoa de integridade, a pessoa de inteireza moral que respeite os matizes e as sutilezas do direito moral à autonomia. Portanto, o médico deve ser uma pessoa que tenha a virtude da integridade, uma pessoa que, não só aceite o respeito pela autonomia dos outros como princípio ou conceito, mas, também, na qual se possa confiar para que interprete sua aplicação com a máxima sensibilidade moral. A salvaguarda definitiva da integridade da pessoa do paciente é a fidelidade do médico à confiança inerente à relação terapêutica. É o médico quem interpreta e aplica o princípio de autonomia.

⁶⁴ - Cf. Aliança Terapêutica: as dimensões da saúde. São Paulo: Edições Paulinas, 1992; cf. do mesmo autor: Curar o Homem Todo: a medicina antropológica de Viktor von Weizsaecker. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.

⁶⁵ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. Cit., p. 261. Dele também: El Médico y el Enfermo. Madrid: Guadarrama, 1969.

⁶⁶ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Editorial, 1983, p.262. Vale dizer, é a relação de ajuda, na qual entram o conselho, a educação e a assistência médica (cf. pp. 238-260)

Muito depende da forma com a qual o médico apresenta os fatos, que fatos seleciona e acentua, quanto revela, como pondera os riscos e benefícios, e em que medida respeita ou explora os temores e as ansiedades de seu paciente; em resumo, como usa seu "poder como asclepiade". Todo paciente, até o mais instruído e independente, pode ser vítima ou beneficiário desse poder. Por conseguinte, o médico tem a responsabilidade de ser sensível ao estado de dependência, vulnerabilidade e temor do paciente e de não explorar esse estado, mesmo quando acredite que é melhor para este"⁶⁷.

Não menos importante, também, é o axioma de HANS-MARTIN SASS, segundo o qual:

"A tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue"⁶⁸.

Urge, porém concretizar praticamente como se pode dar a alteridade no relacionamento médico-paciente.

É o que pretendemos fazer a seguir, sublinhando, contudo, alguns pré-requisitos.

Para que haja alteridade no relacionamento médico-paciente, é preciso, em primeiro lugar, examinar os motivos que levam o enfermo (paciente) a procurar o médico e os motivos que levam o médico a cuidar do enfermo (paciente).

Entre os motivos da parte do paciente, LAÍN relaciona quatro motivos que, em geral, são apresentados: sentir-se enfermo

⁶⁷ - EDMUND D. PELLEGRINO. Art. cit., p. 388; cf. também: E.D. PELLEGRINO & D.C. THOMASMA. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press, 1988, onde os autores propõem o modelo da relação médico-paciente como a da "beneficência-em-confiança" ("beneficence-in-trust"), examinam as implicações deste modelo, apresentam em detalhe algumas conseqüências com relação ao cuidado da saúde e um sumário de obrigações morais derivadas do conceito de "bem" do paciente.

⁶⁸ - JOÃO V. BATISTOLLE, HANS-MARTINS SASS, HERBERT VIEFHUES. Protocolo de Bochum para a Prática da Ética Médica. Bochum: Zentrum fuer Medizinische Ethik Bochum. November, 1988, p. 8.

e buscar assistência médica ⁶⁹, chamar o médico para recuperar a saúde⁷⁰, saber o que tem (desejo de diagnóstico)⁷¹ e refugiar-se na enfermidade ou buscar na doença uma fuga às responsabilidades⁷².

Ocorre que saúde e doença têm definições variadas segundo as diferentes culturas, envolvem processos atinentes à autopercepção e avaliações de outros, "incluindo a família, a rede social e os profissionais da saúde"⁷³.

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de mal-estar ou enfermidade".

Duas observações, entretanto, fazemos a esta definição universalmente aceita: a primeira prende-se às perspectivas diferentes contidas nos termos "mal-estar" e "doença", demonstradas já por FABREGA⁷⁴. Segundo ele,

"Mal-estar tem conotações com o modelo biomédico, enquanto envolve o reconhecimento de mau funcionamento biológico e/ou fisiológico. A doença se refere à experiência e percepção do mal-estar dentro do contexto sócio-cultural. Diz respeito à maneira como o indivíduo, sua família e o ambiente social

⁶⁹ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 264.

⁷⁰ - Cf. Ibidem, p. 264. Observa-se, todavia, haver "graus e modos do desejo de saúde" (p. 265).

⁷¹ - Cf. Ibidem, p. 265.

⁷² - Cf. Ibidem, p. 267.

⁷³ - PATRICIA MALOOF. Doença e Saúde na Sociedade. CONCILIUM 234 (1991/2) 29-45. A autora, cita FABREGA, no início do seu artigo, onde este define o caráter social da doença: "O caráter social da doença se revela no fato de seus elementos consistirem em mudanças na maneira como as pessoas funcionam, se comportam, se definem a si mesmas e/ou relatam o que sentem: Desvios no que lhes é típico levam as pessoas a procurar ajuda médica e a seguir ou rejeitar suas recomendações. Além disso, são esses desvios que servem de base para observadores (sejam eles cientistas, xamãs, ou outros) construir o que supõem serem ocorrências regulares importantes, vinculadas a convenções socioculturais, quer sejam químicos, fisiológicos ou sobrenaturais. Essas ocorrências regulares são codificadas como entidades doentias e, então, grupos as atestam e as legitimam" (p. 29).

⁷⁴ - H. FABREGA JR. Disease and Social Behavior. Cambridge, Mass.: M.I.I. Press, 1974. Apud: PATRÍCIA MALOOF. Art. cit., pp. 31-32.

reconhecem, explicam e reagem ao mal-estar".

Depreende-se disso a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem as definições de saúde e de doença, constantes na população com a qual se trabalha.

A segunda observação diz respeito à própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde não satisfazer à realidade do Terceiro mundo, principalmente da América Latina, pelas seguintes razões:

- por se tratar de uma definição muito ampla e de pouca operacionalidade;
- por conotar bem-estar como "satisfação de necessidades, alegria, felicidade, portanto, uma realidade intimista, que não leva em consideração as desigualdades no plano sócio-histórico"⁷⁵;
- por focar o tema saúde apenas biológica e individualmente e negligenciar a organização social da produção⁷⁶.

Por isso, o conceito de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília: 17 a 21 de março de 1986) responde mais adequadamente à nossa realidade:

"Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da

⁷⁵ - LEOCRI PESSINI. Eutanásia e América Latina: questões ético-teológicas. Aparecida: Editora Santuário, 1990, p. 139.

⁷⁶ - Ibidem, p. 140. Cf. também: CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Problemas Atuais de Bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1991, pp. 66-75. Os autores comentam o conceito de adaptação e bem-estar (físico, mental, social), a saúde na nova Constituição Brasileira (1988). MOACIYR SCLJAR. Do Mágico ao Social: A Trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L & PM Editores S/A, 1987, pp. 32-40.

produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida"⁷⁷.

Há, ainda, a necessidade de se diferenciar "medicina liberal" e "medicina social".

Na primeira, aceita-se a liberdade de o médico escolher seus clientes, o direito de o enfermo recorrer ao médico que julgar conveniente; os honorários são oferecidos pelo paciente diretamente ao médico e este tem o direito de fixar seus próprios honorários, de acordo com o paciente, considerando sua categoria profissional e as circunstâncias do caso clínico apresentado⁷⁸.

Na segunda, frequentemente ocorre não ser um único e idêntico médico que atende o mesmo paciente; médicos diferentes ou uma equipe de especialistas que o fazem; o atendimento é feito em ambulatórios ou hospitais que atendem à demanda de todas as classes sociais; intermediários se interpõem na relação médico-paciente (como, por exemplo, Seguridade Social, Seguros de Saúde...), coartando ou suprimindo a liberdade do médico para atender seus pacientes ou a escolha do paciente em relação ao médico que deseja; nesta situação, não cabe ao médico fixar seus próprios honorários⁷⁹.

Entender os motivos pelos quais um paciente procura o médico é, pois, a condição primeira para um relacionamento não só em que haja beneficência, autonomia e justiça, mas também, alteridade.

⁷⁷ - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 382.

⁷⁸ - Cf. JAVIER GAFO FERNÁNDEZ, S.J. Nuevas Perspectivas en la Moral Médica. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones, S.A., 1978, p.27.

⁷⁹ - Cf. *Ibidem*, p. 28. Ver também: CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE e LEOCIR PESSINI. Problemas Atuais de Bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1991, pp. 56-62.

Ou, para usarmos as palavras de LAÍN,
"O desejo de saúde, o desejo de diagnóstico, a busca do enfermo em refugiar-se na sua enfermidade ou no refúgio da assistência médica, a exploração precatória e a simulação interessada e mais ou menos consciente são, em suma, os principais motivos típicos pelos quais um homem pode, desde dentro de si, procurar o médico. Sem levá-los em conta, não poderá ser satisfatoriamente entendida a diversidade real da relação entre este e o enfermo"⁸⁰.

Além destes motivos pessoais que levam as pessoas a procurar o atendimento médico, não devem ser negligenciados os motivos referentes ao contexto social destas próprias pessoas: o próprio enfermo em si⁸¹, os outros ou as pessoas mais próximas que indicam o atendimento médico, a sociedade ou o interesse trabalhista que o exige⁸².

BOLTANSKI observou que a classe social do paciente incide consideravelmente na escolha do médico:

"... as classes superiores... podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridade entre seus pares, esforçando-se por escolher, baseados em seus títulos e reputação, aqueles que ocupam o centro do campo médico. (...)
... os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa vontade", a

⁸⁰ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., p. 269.

⁸¹ - Ibidem, p. 269.

⁸² - Cf. Ibidem, pp. 269-271.

"complacência"⁸³.

Se os motivos pessoais e o contexto social são relevantes para se procurar o médico, os ligados à escolha do médico, também o são.

LAÍN menciona quatro possibilidades: 1) escolhe-se tal médico (porque ele tem prestígio, fama, renome, "afinidade eletiva" (Goethe); 2) chama-se determinado médico; 3) recorre-se a um médico que é oferecido e é desconhecido; 4) é-se atendido, no momento da necessidade, pelo médico que estiver mais acessível⁸⁴. "As duas últimas possibilidades são as mais frequentes na atual sociedade de massa", conclui LAÍN⁸⁵.

GAUDERER, tratando concretamente da escolha do médico por parte do paciente, propõe a seguinte orientação:

"Antes de mais nada, deve ficar claro que é um direito seu: a livre escolha. Esta deve ser feita após um levantamento amplo, sem inibições, da mesma forma como se compra um alimento ou eletrodoméstico, só que com mais cuidado e atenção, uma vez que elementos mais importantes e sutis estão em jogo, como o seu corpo e a sua saúde.

A opinião dos amigos é superválida, pois tiveram experiências pessoais e eles lhe querem bem. Aliás, há um ditado médico que diz: "O melhor paciente é aquele encaminhado por outro paciente". Faz sentido. A recomendação do seu médico de

⁸³ - LUC BOLTANSKI. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, pp. 37-38. Vale, também, a observação feita pelo autor, segundo a qual "... os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos "modos" dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, de sua "familiaridade", ou "amabilidade", ao "orgulho", ou "arrogância"... porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos de pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente" (p.39).

⁸⁴ - Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 272-273.

⁸⁵ - Nos países do Terceiro Mundo, especialmente no Brasil, infelizmente, já se agradece quando ocorre a quarta possibilidade!

confiança é importante e válida, e tem a vantagem de já existir uma ligação entre ele e o profissional que está indicando. Os CRMs também podem fornecer nomes, assim como de certas instituições particulares ou conveniadas. Anúncios também têm o seu valor, mas devem ser avaliados com especial cuidado, pois dependem do poder financeiro de quem os faz.

Entrevistas em jornais, rádios, televisões também ajudam, uma vez que mostram o profissional por inteiro com suas colocações, pontos de vista, nível cultural e empatia. Isto não invalida porém de se fazer um levantamento detalhado do currículum vitae do mesmo em todas as situações mencionadas. O importante porém é sentir bem-atendido e bem-cuidado. O calor humano e a empatia são essenciais, mas o crucial é a competência profissional, o know-how, a experiência e a vivência clínica, a atualização, ou seja, aquilo que levará a resultados objetivos e positivos⁸⁶.

Outro fator importante é saber como as pessoas se sentem enfermas. Há dois modos de se examinar este como: sob o ponto de vista da estrutura ("como se acha realmente constituído o sentido de enfermidade") e sob o ponto de vista de gênese ("como esse sentido se estabelece em quem o sofre")⁸⁷.

Sob o ponto de vista da estrutura, observa LAÍN, que se integram unitariamente três momentos: o vivencial, o neurofisiológico e o metafísico.

O momento vivencial é o sentido genérico de "estar doente". É constituído psicologicamente e fenomenologicamente por sete

⁸⁶ - E. CHRISTIAN GAUDERER. Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991, pp. 33-34.

⁸⁷ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 274.

vivências elementares, discerníveis entre si, com preponderância maior ou menor de uma ou outra: invalidez, moléstia, ameaça, sucção pelo corpo, solidão, anomalia, recurso⁸⁸.

A invalidez é "a incapacidade total ou parcial para executar alguma das funções ou das ações próprias da vida humana"⁸⁹ É um "não posso" parcial⁹⁰.

A moléstia é "a aflição de estar enfermo, a dor física latissimo sensu; portanto, tudo o que no complexo sentido da enfermidade é fisicamente penoso. A vivência primária da saúde é o "bem-estar" e a enfermidade, o "mau-estar"⁹¹.

A ameaça: "Sentir-se enfermo é sentir-se ameaçado, viver expressamente, com intensidade maior ou menor, o risco de morrer". Ou, "A enfermidade altera, desde sua raiz, a relação do homem com seu próprio corpo"⁹².

A sucção pelo corpo: o corpo parece um peso e como que a se comunicar; é a vivência de que o corpo "lhe fala"⁹³.

A solidão: sentir-se enfermo é sentir-se só⁹⁴.

A anomalia é sentida de forma diferente pelas pessoas: a doença pode ser vivida como degradação ou pode ser vivida como distinção⁹⁵.

⁸⁸ - Cf. Ibidem, p. 275.

⁸⁹ - Ibidem, p. 275.

⁹⁰ - Ibidem, p. 275. LAÍN distingue: "A morte é o não-poder-fazer total; a enfermidade, a partir deste ponto de vista, é um não-poder-parcial; não poder trabalhar, ver, andar, recordar, levantar um braço, tratar com tais e tais pessoas..." (p.275).

⁹¹ - Ibidem, p. 276.

⁹² - Ibidem, p. 277.

⁹³ - Ibidem, pp. 277-278.

⁹⁴ - Ibidem, p. 279. LAÍN acrescenta que: "Dir-se-ia que a enfermidade prepara o enfermo para dar, por si só, conta de sua vida" (p.279)

⁹⁵ - Ibidem, pp. 279-280.

O recurso: é quando a enfermidade é vivida como "servindo para algo", que pode ser o refúgio ou a evasão ou uma vida nova⁹⁶.

O certo é que o fator específico do sentimento de enfermidade é "constituído pela sintomatologia subjetiva da espécie morbosa", é "tal enfermidade"⁹⁷, na qual distinguem-se o fator típico, o fator individual, o momento neurofisiológico e o momento metafísico.

Por fator típico ou tipológico, entende-se "a modulação que nele (paciente) introduzem o "tipo" biológico ou constitucional, e o "tipo cultural" a que pertence o paciente: seu sexo, sua idade, sua raça, seu biotipo, sua peculiaridade histórica e social"⁹⁸.

Por fator individual entende-se o tipo e caráter individuais, a própria biografia, etc. do paciente e seu próprio sentimento de estar enfermo⁹⁹.

Por momento neurofisiológico do sentimento de enfermidade, entende-se "a atividade das formações anatômicas que nos permitem percebê-lo"¹⁰⁰.

E, por momento metafísico, entende-se responder: "Que é estar e sentir-se enfermo, dentro do que é ser homem?"¹⁰¹. Segundo LAÍN, por duas vias se pode responder a esta questão: pela via "do saber empírico e descritivo" e pela "via seguida pelas diversas

⁹⁶ - Ibidem, pp. 280-281.

⁹⁷ - Ibidem, p. 281.

⁹⁸ - Ibidem, p. 282.

⁹⁹ - Ibidem, p. 282.

¹⁰⁰ - Ibidem, p. 282.

¹⁰¹ - Ibidem, p. 283.

metafísicas"¹⁰². Ele opta pela resposta segundo a fenomenologia de Husserl:

"... o sentimento de enfermidade é a expressão que a condição mundana, dolorosa, mortal e misteriosa de minha existência pessoal cobra em minha consciência e, portanto, da existência humana"¹⁰³.

É preciso levar em conta, também, como o paciente responde ao fato de se sentir enfermo. As razões são muito diferentes: é diferente, por exemplo, a resposta de um paciente da zona rural da de outro da zona urbana; de um paciente culto da de um inculto¹⁰⁴. E essas diferenças dão-se num tríplice aspecto: afetivo, interpretativo e operativo.

Quanto ao aspecto afetivo: é enormemente variado; pode se manifestar como sentimento de dor, de medo (medo de não levar adiante projetos, de não poder satisfazer os desejos mais imediatos, medo do desconhecido, medo da morte), de apatia, de desinteresse, de indiferença...¹⁰⁵.

Quanto ao aspecto interpretativo: distinguem-se quatro interpretações acerca da doença (ou, do fato de estar enfermo): a doença interpretada como castigo, como azar, como desafio, como prova (ou aprovação)¹⁰⁶ e tendo versões distintas: mágica, religiosa e científica¹⁰⁷.

¹⁰² - Ibidem, p. 283.

¹⁰³ - Ibidem, p. 284.

¹⁰⁴ - Cf. LUC BOLTANSKI. Op. cit., pp. 69-89.

¹⁰⁵ - Cf. Ibidem, pp. 288-289.

¹⁰⁶ - Cf. Ibidem, p. 289.

¹⁰⁷ - Cf. Ibidem, p. 290.

SPINSANTI menciona três significados da doença:

"a doença como elaboração de perda (função da doença, nesse caso, é oferecer ajuda para a elaboração do luto: aqueles que reagem à perda com doença somática tinham com o objeto perdido relação narcisística, ao menos parcialmente); a doença como expiação (por causa de sentimento de culpa inconsciente; da doença pode resultar a reestruturação do paciente, que estabelece relação sem tensões entre o Ego e o Superego; se, ao contrário, a tentativa de efetuar reparação no âmbito da consciência mediante a doença fracassar, a pessoa permanece a mesma e reproporá a mesma dinâmica mais tarde); a doença como reparação narcisística (o doente vive como se fosse o centro do mundo: satisfaz necessidades infantis e se dispensa das exigências da realidade)"¹⁰⁸.

É preciso, ademais, sublinhar que devemos superar a concepção organicista tanto de saúde, quanto de doença, e, igualmente, uma concepção que não leve em conta a dimensão social e mental. Outrossim, é mister superar a concepção estatística ou de medida perfeita de saúde e/ou doença. A saúde, com efeito, é o resultado de um equilíbrio dinâmico, isto é, ela compreende o equilíbrio do soma, com seus diversos órgãos e suas diversas funções na unidade do organismo, entre soma e psiqué no nível individual, entre indivíduo e sua condição social e indivíduo e sua condição ambiental.

Mais ainda, é preciso reconhecer que há, também, uma dimensão ética da saúde que se radica no espírito da pessoa e de sua liberdade.

¹⁰⁸ - SANDRO SPINSANTI. *Aliança Terapêutica: as dimensões da saúde*. São Paulo: Edições Paulinas, 1992, p. 30.

ELIO SGRECCIA lembra que há

"doenças que derivam de escolhas éticas erradas (droga, alcoolismo, AIDS, violência, carência dos bens necessários à saúde); a saúde, além disso, é mantida responsabilmente no seu equilíbrio geral como um bem da própria pessoa. Mesmo onde a doença tem uma origem independente do ethos da pessoa e das suas responsabilidades, a prevenção, a terapia, a reabilitação implicam a vontade e a liberdade do sujeito, como, também, da comunidade e, quando se fala de responsabilidade, entende-se a dimensão ética"¹⁰⁹.s

Quanto ao aspecto operativo: a atitude do enfermo dependerá de muitos fatores. LAÍN destaca os seguintes:

"a) quando o enfermo conhece o médico ou já ouviu falar sobre ele, de seu juízo sobre a capacidade técnica e as qualidades pessoais desse homem; b) se o enfermo não conhece o médico, de sua maior ou menor confiança na medicina que em seu meio se pratica e de seu juízo - ou seu preconceito - sobre a instituição assistencial a que deve recorrer (Seguro de Saúde, hospital, etc.); c) da experiência anterior do paciente em ordem à assistência médica e, muito especialmente, com relação à recebida na infância...; d) da posição pessoal do enfermo, enquanto enfermo, frente à sociedade de que faz parte: se age com a consciência de um direito à assistência ou se aceita resignado e submisso sua situação de carente; se, juntamente com a consciência deste direito, há nele ou não o sentimento de certos deveres sociais, etc.; e) de sua relação, enquanto enfermo, com as pessoas que imediatamente o rodeiam"¹¹⁰.

¹⁰⁹ - Op. cit., p. 98.

¹¹⁰ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., p. 291.

Se estes são os pré-requisitos para a alteridade no relacionamento médico-paciente sob o ponto de vista deste último, vejamos, agora, os pré-requisitos sob o ponto de vista do médico.

Sob esta ótica, o ponto de partida é a própria motivação essencial do modo de ser médico: por vocação, por formação e por profissão?

Quando o motivo de ser médico é a vocação, encontram-se valores como: valorização superior de modo de exercer a medicina; amor a profissão; espírito de sacrifício; atitudes específicas, tais como: prática gratuita e desinteressada da medicina para com os pobres, inclinação de ânimo, afeição cognoscitiva e operativa...¹¹¹.

GAUDERER atribui que

"A principal motivação para uma pessoa tornar-se médico é devido a uma fantasia universal que todo indivíduo teve em alguma fase da sua infância. De um lado, um fator humanitário de poder ajudar os outros, associado a grande projeção e prestígio social. (...) (de outro), "o elemento voyeurista" da profissão. Quando criança, temos interesse em conhecer e explorar o corpo"¹¹².

A isso, ele acrescenta, ainda,

"duas outras fortes razões ou motivações inconscientes que levam um indivíduo a escolher uma área de saúde: o prestígio social e a segurança"¹¹³.

Quando o motivo de ser médico é a formação recebida, dois propósitos distintos se juntam: o ensino técnico e a "iluminação

¹¹¹ - Cf. Ibidem, pp. 293-294.

¹¹² - E. CHRISTIAN GAUDERER, Op. cit., p. 92.

¹¹³ - Ibidem, p. 92. GAUDERER cita também, "o medo da morte e a busca pelo poder sobrenatural" (p. 93).

da vocação"; o primeiro fornece competência e o método ao futuro médico; o segundo, adquire-se por ver exemplos de médicos¹¹⁴.

Quando o motivo de ser médico é a profissão, simplesmente, é necessário examinar "como o médico se entende e socialmente pratica a medicina"¹¹⁵. LAÍN relaciona quatro interesses possíveis: a profissão médica entendida como "domínio científico da natureza" e, então, o enfermo é visto, apenas, como "objeto de conhecimento racional"¹¹⁶; a profissão médica exercida com "afã de lucro e de prestígio" e, então, o enfermo é encarado como "objeto de lucro"¹¹⁷; a profissão médica exercida como "dever de funcionário" (quando "o médico trabalha a serviço de uma instituição, estatal ou não, encarregado de prestar assistência aos enfermos"; o médico é "funcionário de uma instituição"; é "ego fungens" (fungor: desempenhar um cargo) e, então, o enfermo é "visto como "objeto operante na sociedade" ("papel de peça eficaz na "máquina social", na "organização")¹¹⁸; a profissão médica concebida como "vontade de ajudar" (o médico é "ego adiuvens") e, então, o enfermo não é objetivado e é tratado como "pessoa doente e necessitada"¹¹⁹.

¹¹⁴ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 294. GAUDERER, na obra citada, analisa os choques na formação médica (o choque da morte, da clínica médica - "Nem tudo tem cura" - a perda do glamour da profissão - reconhecimento das limitações da profissão e saber até onde pode ir), a escolha da especialidade (fatores que a determinam: modelos anteriores, facilidade de ingresso no mercado de trabalho, fatores inconscientes) (pp. 99-112).

¹¹⁵ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., p. 294.

¹¹⁶ - Ibidem, p. 295.

¹¹⁷ - Ibidem, p. 295.

¹¹⁸ - Ibidem, p. 295.

¹¹⁹ - Ibidem, pp. 295-296. LAÍN acrescenta que se deve levar em conta, também, os temperamentos das pessoas dos médicos, as diferentes "personalidades médicas" (pp. 296-298). Cf., também: JAVIER GAFO FERNÁNDEZ, op. cit., p. 32ss.

Nos últimos anos, nas Américas, tem havido significativo esforço em relação à educação médica. Citamos, como exemplo, o Projeto EMA (Educação Médica nas Américas) cujo propósito é:

- "1 - refletir sobre o futuro da educação médica, com base nos avanços tecnológicos e nas mudanças sociais dos últimos decênios, definindo, em linhas gerais, o perfil do médico para o século XXI;
- 2 - analisar a situação atual da educação médica, com uma visão construtiva, identificando problemas e dificuldades, assim como ações para os solucionar;
- 3 - formular plano de médio prazo, organizando as ações propostas em forma sequencial, de acordo com as prioridades e os recursos disponíveis;
- 4 - identificar ações contidas nesse plano, cuja implementação pudesse ser facilitada por mecanismos de cooperação internacional"¹²⁰.

A partir de 1978, quando se definiu a assistência primária à saúde como base de estratégia para alcançar Saúde para todos no ano 2000, a formação médica passou a receber, em vários países, uma reorientação¹²¹, cujas características são as seguintes: sólida base de conhecimentos, capacidade para usar o método científico, saber relacionar "as necessidades de saúde da população, o perfil de morbimortalidade e o perfil profissional com o conteúdo e a metodologia do ensino". O perfil educacional "deve coincidir com o perfil ocupacional do médico formado"¹²².

¹²⁰ - MÁRIO CHAVES, ALICEREIS ROSA (Org.). Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990, p. 21.

¹²¹ - Cf. *Ibidem*, p. 32.

¹²² - *Ibidem*, p. 32.

Propõe, por isso, que:

"Nos países em desenvolvimento, o curso de graduação não deve corresponder ao preparo para a especialização. Deve capacitar o médico para diagnosticar e tratar com eficiência as doenças prevalentes e para encaminhar, oportunamente, os pacientes cujos problemas ultrapassem sua capacidade profissional"¹²³;

"todo trabalho do médico, desde a anamnese, deve implicar ações educativas e promotoras da saúde"

"A graduação deve formar médicos com potencial para seguir programas de especialização e educação continuada, demonstrando interesse indiscutível para o aprendizado permanente";

"aprender a aprender deve ser parte integrante do processo aprendizagem";

"Na fase da graduação, é igualmente necessário criar espírito de trabalho multiprofissional, para que o médico aprenda a dividir responsabilidades, quando seja imperativo e definido conforme exigências da prática";

"As escolas devem proporcionar aos alunos formação integral, assegurando-lhes, também, sólida base ética, atitude humanitária e de serviço à comunidade; precisam gerar atitudes e valores que permitam cercar o ato médico da dimensão humana e ética que o deve caracterizar"¹²⁴ e que haja "exigência de maior aproximação das escolas ao meio, em especial dos serviços de saúde. Como estratégia de integração, ressaltam a importância das atividades docente-assistenciais, a participação significativa e precoce do estudante na atividade assistencial

¹²³ - Ibidem, p. 33.

¹²⁴ - Ibidem, p. 34.

e a hierarquização da assistência médica, objetivando sempre a ligação do processo educacional ao processo de prestação de serviços de saúde"¹²⁵.

Para além destes enfoques, sublinhamos como importante o papel social do médico como "intelectual orgânico" ou "agente de transformação social". Trata-se de pensar o profissional não apenas em termos de relacionamento pessoal, mas também, de transformação social.

Dentro desta perspectiva, o médico não é alguém acima da população, mas alguém que se insere na população carente de saúde, procura articular o discurso que se elabora entre os carentes, os marginalizados pelo sistema e do sistema, com seu universo de significados, procura alternar trabalho teórico e prático com comunidades populares, compromete-se solidariamente com elas¹²⁶.

Tratamos até aqui dos pré-requisitos da alteridade no relacionamento médico-paciente. Vejamos, a seguir, a alteridade no encontro entre médico e paciente ou, a práxis de alteridade.

O encontro entre duas pessoas ou mais é, por excelência, o "lugar" da alteridade, pois é aqui que se dá a comunicação inter-subjetiva.

¹²⁵ - Ibidem, p. 35.

¹²⁶ - Cf. CLODOVIS BOFF. Agente de Pastoral e Povo. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA (REB) 40 (1980) pp. 216-242; CELERINO CARRICONDE. Medicina Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1985; NILTON ROSÁRIO COSTA. Lutas Urbanas e Controle Sanitário. Petrópolis: Vozes 1985; BRUNO CARLOS DE ALMEIDA CUNHA. Saúde, a Prioridade Esquecida. Petrópolis: Vozes, 1987; FAUSTO CUPERTINO. População e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976; M. C. F. DONNÂNGELO e L. PEREIRA. Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal, 1980; EQUIPE NOVA. Saúde e Educação Popular. Petrópolis: Vozes, 1986; REINALDO GUIMARÃES. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978; J. S. HORN. Medicina para Milhões: a experiência chinesa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979; EVERARDO DUARTE NUNES (Org.). Juán César García: Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989. UNÍRIO MACHADO. 20 Anos da Indústria da Doença. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1982; CARLOS GENTILE MELLO. Saúde e assistência Médica no Brasil. São Paulo: CERES-HUCITEC, 1977; C. G. MELLO e D. CÂMARA. Saúde Oficial, Medicina Popular. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1982; G. ROSEN. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal, 1980; EYMARD MOURÃO VASCONCELOS. A Medicina e o Pobre. São Paulo: Edições Paulinas, 1987.

Para DUSSEL,

"Uma pessoa é pessoa só quando está ante outra pessoa ou pessoas". (...)

"Quando estou com meu rosto frente ao rosto do outro na relação prática, na presença de práxis, ele é alguém para mim e eu sou alguém para ele. O "face-a-face" de duas pessoas é ser pessoa"¹²⁷.

VIDAL, tratando da relação interpessoal, afirma que

"Relacionar-me com o outro como pessoa - ser-me-á o outro pessoa - quando eu participar de algum modo naquilo que o constitui como pessoa. O outro tem que ser para mim e não só em si e por si mesmo, um "eu" íntimo e pessoal; ou, o que é igual, um "tu". Para que isso se verifique, é necessário que eu co-execute as ações que seu eu mais íntimo executa no momento de nosso encontro"¹²⁸.

Enquanto VIDAL fala de "co-execução", DUSSEL fala de "práxis como ato e relação", assim entendida:

"Em primeiro lugar, práxis é um "ato" que uma pessoa, um sujeito humano realiza, mas que se dirige diretamente a outra pessoa (um aperto de mão, um beijo, um diálogo, um golpe) ou indiretamente (por intermédio de algo: por exemplo, repartir um pedaço de pão; o pão não é pessoa, mas se reparte para a outra pessoa). Se estou dormindo, não estou presente no mundo porque descanso, porque não estou consciente; não há práxis então. A práxis é a maneira atual de estar em nosso mundo frente ao outro; é a presença real de uma pessoa ante outra"¹²⁹.

¹²⁷ - ENRIQUE DUSSEL. Ética Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 19. Os grifos são do autor.

¹²⁸ - MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, p. 494.

¹²⁹ - ENRIQUE DUSSEL. Op. cit., p. 18. Os grifos são do autor.

Em segundo lugar, práxis é a própria "relação" de duas ou mais pessoas"¹³⁰.

É importante, também, a distinção que faz DUSSEL entre "práxis" e "póiesis":

"Práxis significa operar (operare), obrar com e no outro, ou outros; póiesis significa fabricar, fazer (facere), produzir com ou em algo, trabalhar a natureza, relação pessoa-natureza"¹³¹.

Daí que:

"A experiência da proximidade entre pessoas como pessoas é que constitui o outro como "próximo" (próximo, vizinho, alguém), como outro; e não como coisa, instrumento, mediação. A práxis, então, na atualização da proximidade, da experiência de ser próximo, de construir o outro como pessoa, como fim da minha ação e não como meio: respeito infinito"¹³².

Seguindo o esquema de LAÍN ENTRALGO, veremos esta "práxis de alteridade" - mas no sentido dusseliano - no encontro médico-paciente, sob cinco aspectos: o olhar, a palavra, o silêncio, a exploração manual e a exploração instrumental.

São pressupostos para uma relação "ideal ou canônica" da parte do médico: a eficiência técnica, a boa vontade e a confiança¹³³.

¹³⁰ - Ibidem, p. 18.

¹³¹ - Ibidem, p. 18. Os grifos são do autor.

¹³² - Ibidem, p. 19. Os grifos são do autor.

¹³³ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 300.

A) O OLHAR

Paciente e médico encontram-se e mutuamente se olham. O primeiro passo da práxis de alteridade está no olhar.

"O olhar é, antes de tudo, um ato expressivo, uma expressão"¹³⁴.

É verdade que, habitualmente, coincidem expressão e intenção. Mas é necessário ter presentes noções propedêuticas sobre o olhar:

"a) que não há olhares "puros" ou "isentos"; todo olhar pertence a uma totalidade expressiva, da qual são partes principais a expressão verbal, o gesto do rosto e a atitude; b) que só pode ser compreendido um olhar colocando-o em relação com a situação da qual surge, através da totalidade expressiva a que pertence; nada mais equivocante - e nada, portanto, mais perturbador - que o empenho de compreender o que uns olhos, por si mesmo, nos dizem; e c) que a compreensão do olhar - a expressão do sentido que o determina e informa - requer ter em conta a possível discrepância entre a expressão real e a intenção expressiva"¹³⁵.

Pois bem! No encontro do paciente com o médico, o olhar intervém decisivamente como primeira comunicação. Diríamos, pois, que a práxis de alteridade começa (ou termina) pelo olhar. Há um olhar que objetiva o outro, que agride o outro e há um olhar que acolhe, aproxima e intera o outro.

LAÍN distingue no olhar dois pontos de vista: o da intenção e o da profundidade.

¹³⁴ - Ibidem, p. 301. "O olhar, diz ainda LAÍN, é centro de minha expressão"; para ele, centro vetor da expressão é a "região do corpo na qual a atividade expressiva adquire sua intensidade máxima e sua mais expressiva e explícita significação" (p.301).

¹³⁵ - Ibidem, p. 302.

Sob o ponto de vista da intenção:

"o olhar pode ser instigador, objetivante em sentido estrito (com mil possíveis espécies de intenção objetivadora: olhares táteis, prendedores, desafiadores, envolventes, fascinantes, coniventes, irônicos, depreciativos...), receptivo ou aberto, petitivo ou instante, efusivo ou oblativo"¹³⁶.

Sob o ponto de vista da profundidade:

"São distintos os olhares, por outro lado, segundo a profundidade à qual, na realidade do outro, intentam chegar", havendo, por isso, três tipos de olhar em profundidade: "o olhar nos olhos ou, mais amplamente, o olhar o corpo, à superfície do corpo"; "o olhar na alma (o que, naquele momento "contém" a consciência do outro: pensamentos, sentimentos, etc.), o olhar no fundo da alma (no fundo ou no manancial de suas intenções, à zona de seu ser na qual se está atualizando sua liberdade"¹³⁷.

Que tipo de olhar pode ocorrer no encontro entre o paciente e o médico?

Da parte do paciente, pode ocorrer um "olhar petitivo, suplicante, como, também, um olhar "evasivo e receoso"¹³⁸.

Da parte do médico, um olhar "objetivo", desafiador ou "receptivo" e efusivo¹³⁹, sendo que sua intenção pode ser envolvente, inquisidora ou objetivante¹⁴⁰.

¹³⁶ - Ibidem, p. 304.

¹³⁷ - Ibidem, p. 304.

¹³⁸ - Ibidem, p. 304.

¹³⁹ - Ibidem, p. 305.

¹⁴⁰ - Ibidem, pp. 305-307. LAÍN fala da necessidade de uma opsitécnica clínica, ou seja, da necessidade de se ensinar a olhar o enfermo, de uma arte de olhar (opsitécnica) (p. 307). Cf. também MOACYR SCLIAR. Do Mágico ao Social: A Tragédia da Saúde Pública. Porto Alegre: L & PM Editores S/A, 1987. SCLIAR trata do "olhar autoritário" (pp. 41-50), da "visão científica (I): o olhar contábil" (pp. 51-56), da "visão científica (III): o olhar armado" (pp. 68-71), do "olhar social" (pp. 72-99).

Para DUSSEL,

"É necessário saber situar-se no face-a-face, no êthos da libertação, para que se deixe o outro ser outro. O silenciar da palavra dominadora; a abertura interrogativa à pro-vocação do pobre; o saber permanecer no "deserto" como ouvido atento já é opção ética"¹⁴¹.

Eis a alteridade do olhar como opção ética no relacionamento médico-paciente.

B) A PALAVRA E O SILÊNCIO

Se o primeiro passo para a comunicação entre o paciente e o médico, em termos de práxis de alteridade, dá-se no olhar, o segundo acontece na comunicação auditiva e verbal¹⁴².

Analisemos, brevemente, os elementos do diálogo que pode ocorrer no encontro entre paciente e médico.

A fala: nesta, distinguem-se três elementos principais: expressões sonoras, paraverbais, a expressão verbal sensu stricto (a palavra) e o silêncio.

Por expressões sonoras paraverbais ou formas paralinguísticas da linguagem entendem-se os "elementos fonéticos não configurados como palavras que surgem na conversação e que de algum modo intervém nesta" (suspiros, respirações profundas, exclamações mais ou menos reprimidas, arrasto de consoantes, nasalização de uma ou de outra sílaba, interrupção súbita e breve

¹⁴¹ - ENRIQUE DUSSEL. Método para Filosofia da Libertação: superação analética da dialética hegeliana. São Paulo: Edições Loyola, 1986, p. 198. Grifo do autor.

¹⁴² - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit. p. 308. LAÍN observa que o "diálogo entre o paciente e o médico e por sua vez e sempre diagnóstico e terapêutico" e ele distingue anamnesis ("diálogo em que predomina a intenção diagnóstica") e psicoterapia verbal ou logoterapia ("colóquio com a intenção preponderantemente terapêutica") (p. 308).

de uma frase ou de uma palavra, etc.)¹⁴³.

Por expressão verbal "sensu stricto", isto é, a palavra, leva-se em conta a sua função: vocativa, apelativa ou de chamada; expressiva ou notificadora; nominativa ou representativa¹⁴⁴.

A função vocativa (que tem como correlato íntimo, a sodalicia ou de companhia - sodalis: companheiro): "o fato de chamar alguém nos faz viver incipientemente em sua companhia; quem chama o outro e, só pelo fato de chamá-lo, o acompanha e é acompanhado por ele"¹⁴⁵.

A função notificadora: tem a função libertadora ou catártica: "quem comunica algo a outro sente que sua alma se desembaraça e aquieta; permanece, pois, subjetivamente libertado e, em certo sentido, "purificado"¹⁴⁶.

A função nominativa ou representativa: "ordenadora" ou "esclarecedora", ela articula interiormente a comunicação"¹⁴⁷.

A função sedutora ou persuasiva tem a função auto-afirmativa: "pela virtude desta função auto-afirmativa da palavra, quem fala a outro e, por sua vez, o persuade ou dissuade, afirma-se a si mesmo, vive subjetivamente a realidade e a valorização de sua

¹⁴³ - Ibidem, p. 309.

¹⁴⁴ - LAÍN segue a descrição feita por KARL BÜHLER, acrescentando, ainda, a "função persuasiva" da palavra. É importante, também, a referência que LAÍN faz a SARTRE, para quem a "palavra dita a outro é sempre "sacra" para quem a pronuncia e "mágica" para quem a escuta. Sacra, porque algo de sacral tem para o homem o fato de dar nome à realidade e, em certo modo, dominá-la com a palavra. Mágica, porque modifica a distância entre o ser do ouvinte e, na actio in distans tem a intenção mágica seu traço principal" (p. 311). - Os autores que tratam da função da palavra, atribuem-lhe as funções mais diversas: RABUSKE, por exemplo, atribui-lhe a função de "informar, expressar emoções e fazer apelos a outros indivíduos". Cf. EDVINO A. RABUSKE. Antropologia Filosófica: um estudo sistemático. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 126. MONDIN atribui-lhe três funções: "tem uma função representativa ou descritiva nos confrontos do objeto" (p. 141); "tem uma função expressiva ou existencial ou emotiva nos confrontos do sujeito" (p. 142); "tem uma função comunitária ou intersubjetiva nos confrontos da pessoa a quem se dirige o discurso" (p. 142). BATTISTA MONDIN. O Homem, Quem é Ele? Elementos de Antropologia Filosófica. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.

¹⁴⁵ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 311-312.

¹⁴⁶ - Ibidem, p. 312.

¹⁴⁷ - Ibidem, p. 312.

própria pessoa"¹⁴⁸.

Ora, tudo isso, pode ocorrer no encontro entre paciente e médico e revelar alteridade na comunicação de ambos.

DUSSEL, porém, vai mais além, quando afirma que:

"O saber-ouvir é o momento constitutivo do próprio método; é o momento discipular do filosofar; é a condição de possibilidade do saber-interpretar para saber-servir"¹⁴⁹.

E ainda,

"Na passagem diacrônica, desde o ouvir a palavra do outro até a adequada interpretação (...), pode-se ver que o momento ético é essencial ao próprio método. Somente pelo compromisso existencial, pela práxis libertadora no risco, por um tornar discipularmente o mundo do outro, pode-se aceder à interpretação, conceituação e verificação de sua revelação"¹⁵⁰.

"Considerar a palavra do outro como sendo "semelhante" às de meu mundo, conservando a "dis-tinção metafísica" que se apóia nele como outro, é respeitar a ana-logia da revelação; é dever comprometer-se com humildade e mansidão na aprendizagem pedagógica do caminho que a palavra do outro como mestra, vai traçando cada dia"¹⁵¹.

Assim, o médico procede conduzido, em primeiro lugar, pela palavra do paciente (o outro), com confiança, fé no magistério e na verdade dele!

¹⁴⁸ - Ibidem, p. 312.

¹⁴⁹ - ENRIQUE DUSSEL. Op. cit., pp. 198-199. Grifos do autor.

¹⁵⁰ - Ibidem, p. 208. Grifos do autor.

¹⁵¹ - Ibidem, p. 209.

WAIZSAECKER já tinha esboçado esta perspectiva, quando propôs a "recuperação do sujeito", significando com isso, entre outras coisas, que

"é o doente que a estrutura (a doença), porque ele é uma liberdade, antes, um mundo em si, dotado de vontade e entregue à fé; ele é uma pessoa, no bem e no mal. O médico estrutura a doença com ele, porque é da mesma matéria. E por isso é necessário estruturar também o médico"¹⁵².

Mas, infelizmente, obstáculos se interpõem nesta alteridade: o primeiro deles é a barreira linguística que separa o médico e o paciente; médico e paciente nem sempre falam a mesma língua!

"As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efeticamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam "bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado". Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados"¹⁵³.

Vêm muito a propósito, por isso, as orientações práticas de GAUDERER quanto ao como "tirar melhor proveito" da consulta médica, por parte do paciente:

¹⁵² - SANDRO SPINSANTI. Curar o Homem Todo: a medicina antropológica de Viktor von Weizsaecker. São Paulo: Edições Paulinas, 1992, p. 116.

¹⁵³ - LUC BOLTANSKI, Op. cit., pp. 44-45.

1º) Seja claro, objetivo, honesto, direto, não tenha medo de assumir o papel de paciente para tirar o melhor proveito da relação médico-paciente. 2º) Em caso de dúvida, não hesite em perguntar e perguntar mais ainda. Em caso de dúvida, voltar a perguntar. Não saia com dúvidas. 3º) Você pode fazer anotações antes da consulta, durante ou quando sair, registrando dúvidas e questões que podem surgir. 4º) Você pode perguntar sobre vantagens e desvantagens do tratamento proposto. É bom lembrar que nada na vida é inócuo. Não existem remédios sem efeitos colaterais ou totalmente inofensivos ao organismo. Até a água, se bebida em excesso, pode levar à morte por afogamento, e se não ingerida suficientemente também, ocorrendo a desidratação. Em resumo, tudo tem seus efeitos colaterais, vantagens e desvantagens. 5º) Discuta em detalhes com o médico o risco da proposta terapêutica. "Quais são eles? Como eles ficam a médio e longo prazos? O que fazer para diminuí-los?" 6º) Você pode pedir cópia do que foi discutido e anotado pelo profissional, pois a memória humana é frágil e pode levar a distorções diversas. 7º) Querendo, vá acompanhado! Lembrete final: você está ali por obrigação, o médico por opção!"¹⁵⁴.

GAUDERER sugere, inclusive, que se leve para a consulta, gravador ou vídeo! "Uma das razões", segundo ele, "é que o paciente se vê objetiva e realisticamente espelhado, sem distorções por parte da ótica do terapeuta"¹⁵⁵.

Mas não há somente fala no encontro entre paciente e médico. Há, também, silêncio. Este faz parte do encontro. Fala-se

¹⁵⁴ - E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 21-22.

¹⁵⁵ - Ibidem, p.22

e cala-se¹⁵⁶.

Trata-se evidentemente, aqui, do silêncio que "não é mero descaso de falar, puro efeito do sono ou da inconsciência ou da declarada incapacidade verbal" e, sim, do silêncio que "cumpre uma função na vida expressiva do homem"¹⁵⁷.

LAÍN distingue três principais modos formais de silêncio:

"1ª) O silêncio pré-significativo, o fundo de silêncio sobre o qual se levantam e se configuram as palavras. Foneticamente, uma palavra pronunciada é como um edifício sonoro erguido sobre o solo do silêncio"; (...)

2ª) O silêncio significativo: é aquele com o qual se expressa algo"; (...)

3ª) O silêncio transsignificativo: é aquele "no qual o significado das palavras toma acabamento ou plenitude dentro da alma de quem o escuta"¹⁵⁸.

A estes modos formais de silêncio, LAÍN acrescenta três modos distintos de silêncio: o da evidência, o da comunhão interpessoal e o do abismamento.

"a) o silêncio da evidência: aquele para o qual nos sentimos movidos para possuir plenamente a verdade descoberta por nossa inteligência. Só no silêncio pode o homem entender plenamente o que, na realidade, entende";

b) o silêncio da comunhão interpessoal: aquele no qual a vinculação amorosa de duas pessoas se faz realmente íntima e plena. O ser pessoal começa a dar-se mediante atos e palavras; só no silêncio pode acabar por se dar";

¹⁵⁶ - LAÍN ressalta que o homem é "animal loquax e animal taciturnum". Op. cit., p. 311.

¹⁵⁷ PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. Cit., p. 313.

¹⁵⁸ - Ibidem, p. 313. Os grifos são do autor.

c) o silêncio do abismamento: aquele no qual a existência do homem se situa frente à sua ultimidade; e, de modo eminente, frente à sua própria morte. O risco ou a imaginação é algo mais que puro jogo retórico ou dialético - exige, de modo mais peremptório, calar"¹⁵⁹.

Estas são as formas mais frequentes de silêncio-comunicativo que ocorrem entre paciente e médico e que podem ter, por sua vez, aspectos "positivos" ou "negativos" (ou, "defectivos").

Assim, pode haver "o silêncio de não saber dizer", ou seja, trata-se da "incapacidade de expressão verbal por carência dos recursos expressivos que a inteligência e a aprendizagem concedem"; ou o "silêncio do não poder dizer": ora por incapacidade patológica (afasia), ora por incapacidade psicológica (vivências não susceptíveis por sua vacuidade, de expressão verbal e articulada); ora, ainda, "o silêncio do não querer dizer, a mudez tática resultante de uma decidida vontade do ocultamento"¹⁶⁰.

É preciso ter presente, ademais, que, nas classes populares, ocorre mais frequentemente, o que BOLTANSKI chama falta de

"equipamento linguístico e, mais particularmente, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos"¹⁶¹.

No caso de predomínio da beneficência entendida de forma paternalista, evidentemente, que predominará o silêncio do

¹⁵⁹ - Ibidem, p. 314. Os grifos são do autor.

¹⁶⁰ Ibidem, p. 315.

¹⁶¹ - LUC BOLTANSKI, Op. cit., p. 59.

paciente! Num relacionamento que leve em conta também a autonomia, se saberá conduzir o encontro de tal modo que o paciente fale, expresse seus sentimentos, suas dúvidas. E mais, quando se leva em conta igualmente a justiça se fará de tudo para que o serviço prestado, a atenção, o cuidado revelem a indispensável igualdade e a totalidade de acesso às informações e aos serviços. Quando, porém, se faz valer a práxis de alteridade até mesmo o silêncio se torna eloquente, pela "vontade de serviço" contra a ontologia da Totalidade, que é "vontade de domínio"¹⁶².

Tendo em conta estes elementos, vejamos, agora, como tudo isso pode se dar mais concretamente, da parte do médico e da parte do paciente.

Da parte do médico: as expressões paraverbais ou paralinguísticas, que podem ser voluntárias ou involuntárias e que ocorrem no diálogo, devem ser limitadas e, acima de tudo, expressar "sua vontade de acolhimento, seu desejo, enquanto médico, de oferecer um "âmbito de refúgio" à necessidade do enfermo"¹⁶³; a expressão verbal - a palavra (com suas funções: vocativa, notificadora, nominativa e persuasiva) traduz-se em forma de pergunta (sem sugerir a resposta), de indicação (instruções sobre o que realmente quer saber o paciente) e de orientação (função persuasiva); o silêncio (o médico deve saber falar e saber calar) deve ser significativo e transsignificativo, acolhedor e compreensivo¹⁶⁴.

¹⁶² - ENRIQUE D. DUSSEL. Para uma Ética da Libertação Latino-Americana. Vol. I. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Edições UNIMEP, s/d., p. 140.

¹⁶³ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., p. 316.

¹⁶⁴ - Cf. Ibidem, p. 316-318.

A práxis de alteridade consiste, assim, neste nível, em por-se à escuta do paciente (o outro). Em fazer ouvido para o outro.

Assim,

"O "face-a-face" exprime então uma relação que supera o fazer (poiein) e o com-preender (noein), para abrir-nos a um novo tipo de atualidade: a criação (em hebraico baráh, sem correspondente na língua grega). "Criação" não no sentido cotidiano de "criação artística" (porque tal criação não é senão fabricação, invenção, descoberta; nesse caso há somente manifestação do já dado no mundo do artista), mas, primariamente, como a práxis analéctica do Outro autônomo e livre em meu mundo, trazendo como dom, presente, gratuitamente, o novo, aquilo para o qual eu não tinha dynamis (potência, projeto, possibilidades). O novo vem do Outro; devo saber ouvir a sua palavra que constitui em mim o inesperado: trata-se da Alteridade criadora, não já poiética, nem sequer como a "vontade de poder" artística de Nietzsche"¹⁶⁵.

Da parte do paciente: este, ao procurar o médico, fala a partir de seu mundo, de seu corpo e de sua intimidade pessoal e de seu modo de se compreender a si mesmo. Neste nível, ele pode se revelar como alguém que é agente de si mesmo, como ator de si mesmo ou como autor de si mesmo.

O paciente é agente de si mesmo quando age por si mesmo "em suas diversas operações fisiológicas (digestão, automação, etc.)"; é ator de si mesmo quando age como "executor do papel que biograficamente cumpre no teatro do mundo"; e é autor de si mesmo quando age como "criador, quase-criador, mais propriamente, do que

¹⁶⁵ - ENRIQUE D. DUSSEL. Op. cit., pp. 118-119. Grifos do autor.

em sua vida há de originalidade pessoal¹⁶⁶.

Além disso, o paciente pode desempenhar uma destas três operações: ser paciente de si mesmo, "quando digere, por exemplo, adquire alguma experiência de sua própria digestão, a vive de alguma forma, e o mesmo se dá quando respira, levanta um braço ou executa qualquer outro ato voluntário"; ser expectador de sua vida: "vendo-se a si mesmo, pode contemplar e descrever sua própria biografia"; e ser intérprete ou hermenêuta de sua própria vida: "perceptor mais ou menos correto e lúcido da significação que para ele e, dentro dele, possuem os projetos e as ações nas quais vai se desenrolando essa sua condição de autor de si mesmo, de autopoeta"¹⁶⁷.

"Com relação à sua própria enfermidade, portanto, o enfermo não é só agente, ator e autor; é também - primariamente, neste caso - paciente, expectador e intérprete ou hermenêuta dela. Como paciente, vive em sua alma o sentimento de sua enfermidade; (...) Como expectador de sua vida, o enfermo contempla dentro de sua própria enfermidade, de sua condição e de sua conduta de homem enfermo. Como intérprete ou hermenêuta de si mesmo, percebe e inventa (...) o significado que para ele tem o fato de estar enfermo como ele está e quando está"¹⁶⁸

Ademais, o enfermo fala ao médico acerca da sua condição como testemunha e como intérprete.

Como testemunha, fala de seu mundo exterior ("a palavra, em tal caso, nomeia e descreve, por via indicativa, o que, em seu

¹⁶⁶ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 318.

¹⁶⁷ - Ibidem, p. 319.

¹⁶⁸ - Ibidem, p. 319. Cf. IVAN ILLICH. A Expropriação da Saúde: Némesis da Medicina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975, p. 72. ILLICH comenta a situação do doente que perde a sua responsabilidade e passa a ser, por atestado médico, "portador legítimo de anormalidade".

mundo, o enfermo percebeu ou está percebendo"); fala de seu corpo (do que vê e sente em seu corpo a partir de fora e de dentro); fala de sua intimidade ("o enfermo comunica ao médico o que em sua intimidade percebe imediatamente: sua tristeza, seu medo, sua esperança ou seu desespero, etc.")¹⁶⁹.

Como intérprete, o paciente demonstra sua assunção ("quando o enfermo ativamente incorpora (a doença) em sua vida"), ou sua criação ("quando o enfermo, na medida e na forma que seja é "autor" de sua enfermidade e esta possui um sentido mais ou menos consciente em sua existência pessoal") ou sua doação ("quando o paciente a (doença) recebe em sua vida como um dom que, como homem, o põe à prova e o distingue")¹⁷⁰.

Há, também, uma atividade interpretativa, por parte do paciente, que, psicologicamente, pode ser: construtiva ou simbólica.

A interpretação construtiva ("a rigor, preponderantemente construtiva porque, na interpretação do enfermo, fundem-se a "construção" e a "simbolização") é "aquela em que o paciente, sem deixar essa sua condição, porém, passando já da condição de puro paciente à de intérprete de si mesmo, explica ao médico seu modo pessoal de entender a significação da doença que padece ou, de algum modo, de seus sintomas"¹⁷¹.

A interpretação simbólica é aquela "em que o paciente compendia consciente ou inconscientemente sua atitude pessoal frente à enfermidade que padece e a significação que o estar

¹⁶⁹ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., pp. 321-323.

¹⁷⁰ - Ibidem, p. 324.

¹⁷¹ - Ibidem, p. 327. LAÍN descreve o como, o porque e o para que o paciente interpreta a sua enfermidade (pp. 328-330).

enfermo tem em sua existência"¹⁷².

É assim que, na sua interpretação, entra a metáfora:

"... entre a "teoria pessoal" da narração construtiva e o "símbolo" da interpretação simbólica há um domínio intermediário, constituído pela "metáfora". Uma metáfora, com efeito, é uma expressão medianeira entre o inescusável rodeio discursivo daquela e a apressada e convencional concisão deste"¹⁷³.

Da parte do médico, o conteúdo de suas expressões reveste-se de várias formas: interrogação (faz perguntas sobre a vida do paciente, a gênese, a configuração ou a significação da enfermidade), incitação (estimula o paciente a relatar sua situação), orientação (dirige a conversa), sugestão (na origem do diagnóstico e na ordem do tratamento), ordem (convite) e silêncio (pré-significativo, significativo e trasignificativo)¹⁷⁴.

A práxis de alteridade se estabelece na medida em que da parte do médico, haja "vontade de saber e vontade de ajudar" - "vontade de serviço", segundo DUSSEL - e, da parte do paciente, vontade de se abrir, comunicar-se e ser respeitosa a maturamente ajudado¹⁷⁵.

¹⁷² - Ibidem, p. 330.

¹⁷³ - Ibidem, p. 331. SUSAN SONTAG, mais recentemente, tratou do tema metáfora em dois textos: A Doença como Metáfora. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984. e AIDS e Suas Metáforas. São Paulo: Companhia de Letras, 1989. Nesta obra, SONTAG declara: "Por "metáfora" eu tinha em mente nada mais, nada menos do que a definição mais antiga e mais sucinta que conheço que é a de Aristóteles, em sua Poética (1457b). "A metáfora", escreveu Aristóteles, "consiste em dar a uma coisa o nome de outra". Dizer que uma coisa é ou parece outra que não ela mesma é uma operação tão antiga quanto a filosofia e a poesia, e é a origem da maioria dos tipos de saber - inclusive o científico - e de expressividade. (...) Sem dúvida, é impossível pensar sem metáforas. Mas isso não impede que haja algumas metáforas que seria bom evitar, ou tentar retirar de circulação. Do mesmo modo, não há dúvida de que pensar é sempre interpretar. O que não impede que às vezes devamos ser "contra" a interpretação" (p.9).

¹⁷⁴ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 333-335.

¹⁷⁵ - Ibidem, p.335.

C) A EXPLORAÇÃO MANUAL

Depois da anamnese, o médico explora com as mãos o enfermo, através dos três procedimentos clássicos: a percussão, a tatação e a apalpação¹⁷⁶.

Ora, "a mão é, por excelência, o órgão do tato"¹⁷⁷. Suas três principais funções são: prensil ou possessiva (a função de tomar), técnica (a função de atuar sobre o mundo) e noética (a função de ajudar a conhecer a realidade e algumas de suas qualidades¹⁷⁸.

Para o nosso objetivo, aqui, interessa-nos sobretudo a função noética da mão: uma é a experiência tátil da realidade inerte e outra é a experiência tangível do corpo vivo do homem, que é "imprevisivelmente reativa"¹⁷⁹.

Pois,

"Tocar o corpo vivo de um homem, é, antes de tudo, adquirir uma experiência tátil da liberdade alheia"¹⁸⁰.

Depreende-se, por isso, a necessidade de se examinarem as intenções pelas quais se toca, com as mãos, o corpo de uma pessoa.

LAÍN afirma haver duas intenções principais para isso:

"a) Apalpação e tatação do corpo do homem como corpo puramente objetivo: se se quiser, como pura matéria inerte"¹⁸¹,

¹⁷⁶ - Ibidem, p. 336. LAÍN sublinha que "o tato é, por excelência, o sentido pelo qual se nos patenteia a afetiva realidade do mundo exterior" (p.337).

¹⁷⁷ - Ibidem, p. 338.

¹⁷⁸ - Ibidem, p. 338.

¹⁷⁹ - Ibidem, p. 339.

¹⁸⁰ - Ibidem, p. 339.

¹⁸¹ - Ibidem, p. 340. Os grifos são do autor.

onde se integram os três momentos principais desta operação: o cognoscitivo, o operativo e o afetivo. Observa-se, contudo, que, pela via do tato pode, também, o corpo ser reduzido à condição de "objeto prazeroso"¹⁸².

"b) Apalpação e tatação do corpo do homem como corpo pessoal, como vaso ou morada viva de uma pessoa"¹⁸³, também com os três momentos principais: cognoscitivo, operativo e afetivo.

Da parte do médico, a tatação e a apalpação devem ser: "uma operação objetivante e cognoscitiva" e "um ato interpessoal e amoroso, uma verdadeira carícia-para-o-outro"¹⁸⁴. Assim, tornam-se tatação e apalpação, também, práxis de alteridade.

Da parte do paciente, a exploração tátil de seu corpo pode ser vivenciada como: auto-afirmação, relaxamento, alívio, companhia e prazer¹⁸⁵.

D) A EXPLORAÇÃO INSTRUMENTAL

Hoje, mais do que no passado, os médicos contam com os mais variados e complexos instrumentos técnicos que os auxiliam no diagnóstico e na terapia.

"... a tecnificação instrumental da medicina é uma das notas mais visíveis, talvez a mais visível, da assistência médica de

¹⁸² - Cf. Ibidem, p. 340.

¹⁸³ - Ibidem, p. 340. Os grifos são do autor.

¹⁸⁴ - Ibidem, p. 342.

¹⁸⁵ - Cf. Ibidem, pp. 343-344. LAÍN adverte, que: "Tudo isto requer tempo, habilidade manual, delicadeza moral e delicadeza estética" (p. 344). Que a "excelência das mãos deve ter três ingredientes: um neuromuscular, a eucinesia, ou, a destreza no movimento das mãos, outro intelectual, a eunoia, o saber fazer da mão do cirurgião, enquanto órgão executivo de uma inteligência cientificamente formada e outro moral, a eubulia, a boa vontade de quem lucidamente procura o bem do outro" (p. 345). E, ainda, que "junto à opsitécnica e à logotécnica, no mesmo nível delas, a educação do médico exige a construção e o ensino de uma quirotécnica ou arte de usar as mãos e, - dentro dessa - uma haptotécnica ou arte de tocar" (p. 345).

nosso século"¹⁸⁶.

Interessa-nos, aqui, examinar o significado do instrumento exploratório ou terapêutico na relação médico-paciente. Ou, ainda, definir o papel da técnica em relação à pessoa.

Para o paciente, o instrumento pode representar um recurso: técnico, mágico, simbólico ou um muro de separação entre eles e o médico. Vejamos, a seguir, cada um destes significados.

Recurso técnico: é, sem dúvida, "prolongamento e potenciamento do corpo" que evoluiu de aumento da força muscular para a potencialização do cérebro humano. É o caso, por exemplo, na atualidade, da informática e da robótica!¹⁸⁷. Da telemedicina, da computadorização na gestão do doente, da conservação e do estudo dos dados nosográficos, gestonais e previsionais!

Levamos em conta que a tecnologia não pode ser considerada simplesmente em termos de aplicação, mas, também, de ambivalência teleológica, de dinâmica de saber-poder. Não pode, por isso, faltar a pergunta sobre, por exemplo, as consequências da informática quanto à autonomia do ser humano: até onde sua "inteligência artificial", com seus elementos redutíveis a combinações, a identidade e unidade, não é um limite antropológico?¹⁸⁸. Até onde se pode aceitar eticamente uma "programação" onde o todo já foi "orientado", segundo uma opção de partida?¹⁸⁹. Até que ponto não está embutido numa "programação" um novo tipo de domínio, de

¹⁸⁶ - Ibidem, p. 345. LAÍN lembra que: "Terapeuticamente, a relação entre o médico e o enfermo vem tendo caráter instrumental desde o começo mesmo da medicina. Exploratoriamente o tem desde que, nos séculos XVII e XVIII, começaram os médicos a contar o pulso mediante relógios e a medir a temperatura corporal através de termômetros"(p. 345).

¹⁸⁷ - Cf. ELIO SGRECCIA. Op. cit., pp. 507-525.

¹⁸⁸ - Ibidem, p. 512.

¹⁸⁹ - Ibidem, p. 513.

domesticação e de perda da liberdade?¹⁹⁰. Como conciliar o uso da informática com a praxis de alteridade?

E, para além da informática, como não pensar na tecnologia aplicada à genética? No emprego da energia nuclear?

O certo é que o recurso técnico quando é usado "para a ampliação das possibilidades cognoscitivas e operativas do médico, é algo com o qual se prolongam e se afinam os olhos e as mãos deste"¹⁹¹, "cumpre a função de aumentar a confiança do enfermo na medida e, por conseguinte, na pessoa de quem, com tais recursos o explora e trata"; "o instrumento técnico amplia as possibilidades diagnósticas e terapêuticas do médico"; deve-se considerar, porém, que, algumas vezes, chega a ser utopicamente valorizado e, noutras, corre o risco de criar um relacionamento impessoal e puramente instrumental¹⁹².

AUER adverte que

"O predomínio da técnica médica e do aparelho burocrático e administrativo ameaçam reduzir suas (do médico) relações com o enfermo a uma objetividade impessoal e a um funcionalismo anônimo"¹⁹³.

Recurso mágico: quando usado como "um objeto que, manejado por quem está iniciado em seus segredos, portanto "ritualmente", pode conceder tudo o que dele se espera"¹⁹⁴.

¹⁹⁰ - Ibidem, p. 514.

¹⁹¹ - PEDRO LAÍN ENTRALGO, Op. cit., p. 346.

¹⁹² - Cf. Ibidem, p. 347. LAÍN acrescenta, ainda, que "o instrumento nunca poderá ser tudo" (p. 348). Os grifos são do autor.

¹⁹³ - ALFONS AUER et Alii. Op. cit., p. 44.

¹⁹⁴ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 348.

Recurso simbólico: quando o instrumento significa para o paciente, não apenas um recurso técnico, mas, também, "significa ou simboliza, ademais, uma realidade distinta da sua, quer pela razão de sua forma", "quer pela razão de sua função"¹⁹⁵.

Muro de separação: quando o instrumento impede um relacionamento pessoal do paciente com o médico. LAÍN afirma que:

"Há enfermos especialmente necessitados de contato pessoal com o terapeuta; e se este, em tais casos, fia-se todo no aparato ou atrás dele se esconde - não nos esqueçamos que a exploração instrumental é, em certas ocasiões, para o médico, um recurso para dissimular sua insuficiência técnica - não será ocasional que o aparato se converta em causa de incomunicação"¹⁹⁶.

Este último significado, evidentemente, corta qualquer possibilidade de práxis de alteridade na exploração instrumental por parte do médico. O outro deve sempre estar acima da técnica.

E) VINCULAÇÃO AFETIVA

Do encontro entre o paciente e o médico, desde a recepção, o olhar, a palavra, o silêncio, a exploração manual e instrumental, a alteridade pode ultrapassar o mero encontro e tornar-se verdadeira amizade. Se houve da parte do médico boa vontade - "vontade de serviço" - e da parte do paciente, confiança, sem dúvida, que haverá, entre ambos, um relacionamento também afetivo¹⁹⁷.

¹⁹⁵ - Ibidem, p. 348. LAÍN, para a forma do instrumento, lembra a interpretação fálica do estetoscópio, dada em 1911, por E. JONES e, em 1962, por J. P. VALABREGA; quanto à interpretação da função, ele dá o exemplo da constrição envolvente do braço pelo manguito do esfigmomanômetro.

¹⁹⁶ - Ibidem, pp. 348-349.

¹⁹⁷ - Cf. Ibidem, p. 351.

LAÍN distingue três formas cardeais de vinculação afetiva entre o médico e o paciente: a "camaradagem médica", a "transferência" e a "amizade"¹⁹⁸.

A camaradagem médica é a "vinculação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente, quando um e outro perseguem a saúde deste último como um bem puramente objetivo"¹⁹⁹.

A transferência é "a peculiar relação afetiva que, no curso da cura analítica, costuma se estabelecer entre o paciente e o médico"²⁰⁰.

A amizade (filantropia) se estabelece entre o paciente e o médico quando há beneficência, confiança e gosto pela convivência²⁰¹.

Para LAÍN, a assistência médica que se aproxima mais ou menos do "canônico ou ideal, é a do enfermo "amigo do médico"²⁰².

Para nós, quando se estabelece amizade entre paciente e médico, é porque tratou-se de verdadeiro relacionamento de alteridade.

Nesta mesma linha, vão as afirmações de AUER:

"O coração faz o médico", disse Parecelso. Só um autêntico amor ao homem o capacita para a prática daquelas virtudes que constantemente se exigem do médico e que são tão louvadas: o desinteresse, a discrição, o pudor, a tranquilidade, a

¹⁹⁸ - Cf. Ibidem, pp. 353-374.

¹⁹⁹ - Ibidem, p. 353. Anteriormente, LAÍN explicitara que camaradagem significa "camaradagem itinerante" (waggenossenschaft, expressão de Viktor von Weizsaecker) (p. 26) e, depois, "camaradagem", como "dois caminhando juntos" (pp. 204-205). Cf MARCIANO VIDAL Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, pp. 495-496. "Dois caminhando juntos" - lembra VIDAL, "isso é a amizade para Homero (Iliada, X, 224); SANDRO SPINSANTI. Curar o Homem Todo: a medicina antropológica de Viktor von Weizsaecker. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.

²⁰⁰ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 354.

²⁰¹ - Cf. Ibidem, p. 368.

²⁰² - Ibidem, p. 368.

sinceridade, a decisão, a veracidade. Só o amor comunicará a seus sentidos - aos seus olhos, aos seus ouvidos, ao tato de suas mãos - aquela receptividade e aquele estado de alerta que são necessários para reconhecer o enfermo"²⁰³.

Para LAÍN, "o modo específico da amizade do enfermo com o médico é a confiança"²⁰⁴. Para nós, este modo específico é a alteridade, onde não falta a "preeminência funcional" do terapeuta em relação ao paciente, mas, também não se dispensa a igualdade"²⁰⁵.

Excessos nesta área trazem não só incorreções no exercício da medicina, como, também, ofuscam a verdadeira alteridade.

LAÍN menciona dois tipos de incorreção: por excesso ou defeito na efetividade da vinculação amistosa e outro por falta de afeto amistoso.

Por excesso ou defeito na vinculação amistosa, LAÍN entende: a intensificação abusiva dos fenômenos de transferência ou contratransferência e a incapacidade técnica ou moral; a excessiva frieza sentimental do médico (agir como "funcionário" ou "cientista"); transformar a "preeminência funcional" em "função apostólica" (converter o paciente à visão do mundo do médico); sedução mútua: da parte do médico, credulidade excessiva e complacente para com o paciente; da parte do paciente: aprofundando mais ou menos abertamente o amor próprio ou a vaidade do médico"²⁰⁶.

²⁰³ - ALFONS AUER et Alii. Op. cit., p. 25.

²⁰⁴ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 368.

²⁰⁵ - Cf. Ibidem, p. 374. LAÍN distingue: enquanto técnico, "o médico tem que ser preeminente em relação ao enfermo"; enquanto amigo, "deve ser igual" (p. 374).

²⁰⁶ - Cf. Ibidem, pp. 374-375.

Por falta de afeto amistoso: este ocorre quando há excessivo apetite de lucro por parte do médico ou quando há desmedida consciência de direito por parte do paciente²⁰⁷.

F) A ALTERIDADE NO DIAGNÓSTICO

LAÍN parte da concepção "clássica" de diagnóstico médico para, criticando-a, apresentar o que chama diagnóstico "integral" ou "interpessoal" e que nós chamamos diagnóstico com referência na práxis de alteridade.

Segundo ele, diagnosticar é saber: o que o paciente tem, o que padece e dar conteúdo e nome nosográfico a esse - Diagnosis morbi, chamavam os velhos médicos²⁰⁸. As pretensões básicas desta concepção de diagnóstico são três: a objetivação (o paciente é um objeto), a tipificação (dar sempre o nome a uma espécie morbosa sempre bem circunscrita) e a indução (pela lógica, articular a teoria do diagnóstico)²⁰⁹. Para LAÍN, tal modo de conceber o diagnóstico tem "fundamentalmente uma visão parcial e abstrata da verdadeira e total realidade do diagnóstico"²¹⁰. Ademais, as suas críticas, ainda, estendem-se ao que pode ocorrer ao paciente e ao médico, nesta forma de diagnóstico.

Ao paciente: "... o enfermo não pode ser e não é nunca simples "objeto" passivo de conhecimento do médico; se se quiser, como não o é, na ordem do diagnóstico, mero "paciente" de sua

²⁰⁷ - Cf. Ibidem, p. 375.

²⁰⁸ - Cf. Ibidem, p. 378.

²⁰⁹ - Cf. Ibidem, pp. 378-379.

²¹⁰ - Cf. Ibidem, pp. 379-380.

enfermidade"²¹¹.

LAÍN acrescenta a isto três outras considerações:

"1) A prévia atitude do enfermo frente ao médico, expressa em primeiro lugar por sua maior ou menor confiança nele, influi de algum modo sobre a forma e o conteúdo do diagnóstico";

2) A atitude do enfermo frente à sua enfermidade tem assim mesmo alguma influência sobre a figura e o conteúdo do diagnóstico e isto, de dois modos distintos: porque essa atitude altera em certa medida o quadro sintomático e porque opera, modificando-a de um ou de outro modo quanto à apresentação do paciente diante do médico", onde, várias atitudes são possíveis: resignação e aceitação, ira e humilhação, rebeldia e combate, desespero, exigência...;

3) O juízo diagnóstico do médico - e esta é uma das diferenças essenciais entre a clínica humana e a clínica veterinária - não consegue acabamento real, não chega a ser plenamente "médico", sem alguma participação do enfermo no conhecimento que esse juízo expressa. Com outras palavras: o saber diagnóstico deve ser, tem de ser sempre um co-saber entre o médico, por uma parte, e o enfermo ou quem está representando"²¹².

Enfim, para LAÍN, "a concepção "diagnóstica" de diagnóstico é uma abstração deformadora. O paciente não se conduz e não pode se conduzir como simples "objeto de conhecimento"²¹³. Com efeito, a objetivação é a exclusão da própria alteridade.

²¹¹ - Ibidem, p. 380.

²¹² - Ibidem, pp. 380-381.

²¹³ - Ibidem, p. 382.

Da parte do médico: a crítica, aqui, dirige-se à pretensão da hipotética "objetividade pura" do juízo diagnóstico. Por isso, a pergunta básica proposta por LAÍN é:

"desde onde o médico objetiva?"

Para ele, todo trabalho de objetivação supõe um "desde dónde"²¹⁴. Ora, há quatro tipos cardeais de "eu médico", "desde o qual o médico vive e exerce a sua profissão":

- como ego sapiens ou "eu cognoscitivo daqueles para os quais a medicina é, antes de tudo, "ciência";

- como ego cupiens ou "eu apetitivo" daqueles que veem em sua profissão, antes de qualquer coisa, uma fonte de lucro e de prestígio;

- como ego fungens ou "eu oficial" dos que exercem a medicina a serviço de um interesse social ou político determinado;

- como ego adiuvans ou "eu assistencial" ou "auxiliador" dos que sentem sua profissão de médico - por cima e por baixo da ciência, do lucro e do dever oficial - como prestação de ajuda técnica ao necessitado dela²¹⁵.

Se para LAÍN ENTRALGO a pergunta básica é "desde onde o médico objetiva?", DUSSEL propõe a tendência para o outro como perfeição:

"Para o ethos dramático da liberdade, o homem perfeito é aquele que tende ao Outro com "amor-de-justiça" (para além do horizonte da visão ontológica, até chegar ao âmbito meta-físico onde se move tal justiça), o pro-feta (que dá sua vida pelo Outro na história do povo miserável, pobre, oprimido: vocação de "serviço" e não de "domínio" aristocrático de herói da

²¹⁴ - Ibidem, p. 382.

²¹⁵ - Ibidem, pp. 382-383.

Totalidade)²¹⁶.

"A meta-física da Alteridade, funda uma "vontade de serviço"; a ontologia da Totalidade, ao contrário, uma "vontade de domínio"²¹⁷.

Em razão das limitações desta concepção "clássica" de diagnóstico, LAÍN propõe o que chama diagnóstico "integral" ou "interpessoal" e, nós, diagnóstico, com referência na alteridade.

De que trata, afinal, este diagnóstico?

"Trata-se, em resumo, de considerar o enfermo como pessoa e não como mero objeto; e isto, não só na ordem ética e prática da conduta - respeitando sua condição pessoal - mas, também, na ordem, do conhecimento teórico, científico, do que como enfermo é"²¹⁸.

A esta modalidade de diagnóstico, LAÍN chama "co-execução"²¹⁹, isto é, diagnóstico no qual participam paciente e médico, servindo-se de três modos principais de intenção diagnóstica: uma concernente ao estado de enfermidade (diagnóstico genérico), outra relativa à entidade ou espécie morbosa de que o sujeito diagnosticado padece (diagnóstico específico) e a terceira, referente à peculiaridade individual do caso clínico em questão (diagnóstico individual).

Vejamos cada um dos modos e suas implicações.

Diagnóstico genérico: é o que tem como termo o mero "estado de enfermidade" do paciente, havendo, para isso, quatro possibilidades:

²¹⁶ - ENRIQUE D. DUSSEL. Para uma Ética da Libertação Latino-Americana. Vol. I. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d., p. 119. Grifos do autor.

²¹⁷ - Ibidem, p. 140.

²¹⁸ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 385-386.

²¹⁹ - Ibidem, p. 386.

o juízo é tácito, consabido, inquestionável (é mero assentimento à verdade objetiva do que se vê e se toca); o sentimento de estar enfermo não está objetivado; não há objetivamente nada; dá-se alta²²⁰.

Diagnóstico específico: é aquele, através do qual, o médico "adquire de maneira imediata a certeza objetiva de que o sujeito que atende está realmente enfermo e orienta sua exploração clínica para o conhecimento da "espécie morbosa" que - vale a redundância - esse paciente padece"²²¹.

Diagnóstico individual: no mais fundo e humano sentido da palavra, individuação é, aqui, entendida, de três maneiras: individuação quantitativa (a relação do indivíduo com os sintomas de seu acidente morboso); e a individuação "integral" ou "interpessoal" (leva-se em conta a pessoa do enfermo, enquanto enfermo)²²². E, isso, considerando a manifestação e a causa de sua doença.

Na ordem da pura manifestação, é preciso o conhecimento e a descrição do clínico acerca de duas realidades do paciente: a oportunidade biográfica (o Kairós) do acidente morboso e a peculiar configuração do seu quadro sintomático²²³.

Na ordem da causa, também duas realidades devem ser levadas em consideração: "a afecção pessoal, o modo como a pessoa do enfermo recebe e faz sua - ou não - a enfermidade que padece" (paciente é "pessoa paciente e reagente") e a "criação pessoal, a participação original e criadora do enfermo na gênese e na

²²⁰ - Ibidem, pp. 386-390.

²²¹ - Ibidem, p. 391.

²²² - Cf. Ibidem, pp. 392-395.

²²³ - Cf. Ibidem, p. 396.

elaboração do quadro clínico"²²⁴.

O Protocolo de Bochum é, ao nosso ver, um modelo de exercício de alteridade quer no que propõe para a "emissão do diagnóstico médico-científico", quer no que se sugere para a "emissão do diagnóstico médico-ético, pois leva em conta a conduta médica integral e a condição global do paciente!"²²⁵.

A relação médico-paciente, entretanto, sofre um abalo quando o resultado do diagnóstico é desfavorável ao paciente. GAUDERER observa que há um componente emocional, "frequentemente inconsciente", nesta relação médico-paciente, descrita nestes termos:

"O paciente na realidade não quer estar doente, preferiria não ter que ver o médico, e obviamente preferiria ouvir que não tem nada, em vez de ter um diagnóstico que implica limitações, dores e inclusive, uma ameaça de morte. Daí, muitos afirmarem que prefeririam não ouvir um diagnóstico grave ou terminal.

O médico por sua vez, nessa relação, pode jogar em duas posições diversas. Na primeira, joga o jogo do paciente e efetivamente não lhe dá ou transmite a má notícia, achando com isso que fez o que foi solicitado: "por favor, doutor, me desinforme, me engane, me conte uma mentirinha, minimize ou se possível, negue o meu diagnóstico".

A outra posição implica o médico ter necessidade de se sentir onipotente perante a doença, para ter coragem e garra e poder eliminá-la, curá-la, extirpá-la ou que for"²²⁶.

²²⁴ - Ibidem, pp. 397-402; Cf. também: LUC BOLTANSKI. Op. cit., pp. 69-89: "A emissão do Discurso sobre a Doença".

²²⁵ - Cf. JOÃO V. BATISTIOLLI, HANS-MARTIN SASS, HERBERT VIEFHUES. Protocolo de Bochum para a Prática da Ética Médica. Bochum: Zentrum fuer Medizinische Ethik Bochum. November, 1988.

²²⁶ - E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., p. 82. Os grifos são do autor.

GAUDERER distingue quatro relações médico-paciente: uma, na qual "o paciente nega a gravidade do problema e o médico também" e, neste nível, não há viabilidade de tratamento; outra, na qual "o paciente nega, mas o médico não". Isso permitirá que o médico ajude o seu paciente a aceitar a doença e o tratamento, dando-lhe "a assessoria emocional psicológica", e o tratamento será afetado pelo grau de negação do paciente; "Na terceira situação, o paciente aceita a gravidade do seu problema e o médico nega. A tendência é o paciente mudar de médico, uma vez que um tratamento nessas condições é praticamente inviável". Na quarta possibilidade, ambos aceitam a gravidade do problema. Nessas condições, o tratamento se torna tecnicamente ideal"²²⁷.

E, diríamos, é nesta quarta situação que se pode estabelecer a práxis de alteridade para partir para a terapia.

Mas a verdadeira alteridade no diagnóstico não se atinge sem a verdade ao paciente por parte do médico (e, claro, do paciente para o médico).

"A justificação da necessidade de se expressar a verdade brota, em primeiro lugar, de uma exigência interior que impulsiona o homem a ser autêntico consigo mesmo, a expressar ante os demais o que realmente é e sente. Ao mesmo tempo, a obrigação de falar a verdade tem uma justificação eminentemente social: uma moralidade centrada no serviço ao homem, na aceitação da dignidade pessoal de todo homem, deve aceitar o direito de todo ser humano à verdade. Finalmente, a verdade é necessária para que existam autênticas relações sociais e para que possa falar verdadeiramente de uma real comunidade humana. Esta é a

²²⁷ - Ibidem, p.83.

verdadeira justificação da obrigação de se falar a verdade..."²²⁸.

Hoje insiste-se mais e mais no direito do paciente à verdade. GAUDERER afirma que:

"Estudos mostram que a absoluta maioria dos pacientes gostaria de saber o que tem, inclusive em detalhes, para poderem administrar melhor a sua saúde, ou, em casos terminais, inclusive programar mais construtiva e adequadamente a própria terminalidade. Nós médicos temos o infeliz hábito de subestimar a capacidade emocional auto-administrativa e intelectual do indivíduo, infantilizando-o em muitos casos. Muitos médicos, inclusive nem se perguntam se o paciente gostaria ou não de saber o que tem. Isso nada mais é do que uma forma camuflada de se manter e perpetuar o saber, e conseqüentemente o poder ou o domínio sobre o outro"²²⁹.

E, mais adiante, comentando o direito ao acesso à informação, acrescenta:

"O paciente ou o seu responsável tem o direito de saber todos os dados a respeito do seu corpo, de sua saúde ou de sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde e inclusive a doença lhe pertencem, e não ao médico. O paciente permite ao médico ou ao profissional de saúde lidar com ele, mas não lhe outorga necessariamente o direito de, unilateralmente, na maioria das vezes, decidir por ele"²³⁰.

²²⁸ - JAVIER GAFO FERNÁNDEZ. Op. cit., p. 74.

²²⁹ - E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 36-37.

²³⁰ - Ibidem, p.47.

Ao argumento de muitos médicos segundo os quais o paciente não entenderia a explicação médica, GAUDERER apropriadamente responde:

"Julgar a priori que o paciente será incapaz de entender adequadamente o que está acontecendo com ele e com o seu corpo é uma postura de infantilização do paciente e de subestimação de sua capacidade de julgamento. Ser pobre e humilde não é sinônimo de ser "burro" ou "ignorante"; muito pelo contrário, é mais uma razão para o médico querer educar adequadamente e respeitosamente o seu paciente. Se não educarmos e ensinarmos o paciente quanto à sua doença, estaremos perpetuando esse processo de desinformação, essa suposta ignorância, e com isso estaremos coniventes com esse status quo"²³¹.

BOLTANSKI afirma, por exemplo, que "o que os doentes das classes populares reprovam essencialmente ao médico é "não ser franco", "não dizer direito o que a gente tem", não mostrar "tudo que está pensando", e o mutismo médico só pode reforçar a ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veridicto se ignora"²³².

Vê-se que a verdade ao paciente (e deste para o médico faz parte da práxis de alteridade, como direito e como dever.

²³¹ - Ibidem, pp. 48-49.

²³² - LUC BOLTANSKI. Op. cit., p. 42.

G) A ALTERIDADE NO TRATAMENTO

O momento culminante da relação médico-paciente é a instauração do tratamento²³³. Realizado o diagnóstico, identificado o que o paciente tem, o médico se dispõe, então, a curar o enfermo, empregando os recursos técnicos disponíveis, sob a forma de prescrição.

LAÍN distingue dois tipos de técnica de prescrição: a tradicional ou a clássica, "baseada em uma concepção puramente científico-natural do remédio e da ação terapêutica" e a que ele denomina "integral", "interpessoal" ou "científico-pessoal"²³⁴.

A primeira - "tradicional ou clássica" - prescreve, como requisitos para a administração de remédios, três condições: que "a ação biológica do remédio deve estar objetiva e experimentalmente comprovada"; que o emprego terapêutico do remédio seja, "consequência de uma indicação clinicamente correta"; e que o remédio seja "corretamente administrado ao paciente"²³⁵.

A crítica que LAÍN faz a este modelo - não obstante reconhecer "a grandeza e a eficácia dos resultados obtidos a favor desta concepção de terapêutica" - é de que ela reduz a ação do médico à condição de "pura mão"²³⁶ e o paciente à condição de "ser cósmico", de coisa²³⁷. A isso, juntam-se outras quatro razões

²³³ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 409. LAÍN, contudo adverte que "a ação terapêutica do médico começa muito antes de o tratamento ser formalmente instaurado".

²³⁴ - Ibidem, p. 409.

²³⁵ - Ibidem, p. 410.

²³⁶ - Ibidem, p. 411.

²³⁷ - Ibidem, p. 412.

pelas quais ele chama a terapêutica clássica ou tradicional de "abstrata e falseadora": a primeira diz respeito à maior ou menor confiança do paciente na medicina e no remédio que lhe é administrado e à maior ou menor confiança no médico que dele trata²³⁸; a segunda refere-se à participação do paciente no tratamento: este participa de forma voluntária, involuntária ou deliberadamente no tratamento?²³⁹; a terceira relaciona-se a conduta sugestionadora do médico - para o bem ou para o mal - sobre a realidade do enfermo²⁴⁰; e a quarta, ao caráter prescritivo e ao interesse com o qual se pratica a medicina: estes elementos "influem muito eficazmente sobre a índole, a quantia e o estilo da prescrição"²⁴¹.

LAÍN acrescenta, ainda, a influência que o grupo e a classe a que o enfermo pertence têm no conteúdo e na figura do tratamento, não obstante não se aceitar a discriminação abominável - infelizmente não superada - de uma "medicina para ricos" e uma "medicina para pobres"²⁴².

YVES CONGAR expressa de maneira muito feliz a necessidade de se considerar a totalidade do paciente, quando afirma:

"Cada enfermidade abarca a totalidade do indivíduo. E, inclusive, o indivíduo não pode ser isolado. Ele é suas conexões, é seus amores, é as relações de sua profissão, de sua cultura, de sua família"²⁴³.

²³⁸ - Cf. Ibidem, pp. 412-413.

²³⁹ - Cf. Ibidem, pp. 413-414.

²⁴⁰ - Cf. Ibidem, p. 414.

²⁴¹ - Cf. Ibidem, pp. 414-415.

²⁴² - Cf. Ibidem, p. 415.

²⁴³ - ALFONS AUER et Alii. Op. cit., p. 197.

Em resumo, em uma visão personalista e de alteridade, não se pode admitir uma consideração "puramente científico-natural da medicina"²⁴⁴, porque haveria um reducionismo da pessoa. Esta é muito mais que uma explicação científica!

Não se pode, também, admitir em nome de uma sã antropologia e de uma práxis de alteridade, e a ausência da busca de sentido, lamentada por MEREDITH B. McGUIRE:

"Característica central da instituição da medicina nas sociedades modernas é que a função de curar doenças foi radicalmente separada da função de mostrar à pessoa doente que sua vida tem sentido e que está integrada na sociedade. A instituição médica limitou-se à cura da doença (uma entidade biofísica) e ao atendimento físico da pessoa doente. Os médicos não cuidam especificamente da doença da pessoa: o que a doença significa para a pessoa, como ela a sente, como afeta sua vida pessoal, suas emoções e relacionamento pessoal. (...) As funções curativas de mostrar o sentido da vida e a integração na sociedade são tidas como relativamente sem importância e relegadas à esfera privada das instituições religiosas e familiares. A medicina moderna considera geralmente as questões de sentido como não relacionadas com a causa ou cura dos problemas de saúde"²⁴⁵.

Dito de outro modo, trata-se de visar a pessoa doente - o outro - e não apenas a doença; não apenas o indivíduo, mas, também, as suas condições sociais²⁴⁶.

²⁴⁴ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 415.

²⁴⁵ - MEREDITH B. McGUIRE. Religião, Saúde e Doença. CONCILIUM 234 (1991/2) p. 95.

²⁴⁶ - Cf. Ibidem, p. 100. A autora sublinha que: "Há um número espantoso de casos e que os corpos doentes são produzidos socialmente: através da má alimentação e falta de medidas básicas de saúde pública (como tratamento de esgotos, moradia decente e água tratada); através da contaminação ambiental, riscos no local

LAÍN propõe o que chama concepção "científico-pessoal" do tratamento²⁴⁷.

A abordagem "científico-pessoal" aplica-se segundo a distinção clássica de "enfermidade aguda", "enfermidade crônica" e "enfermidade neurótica".

Para ele, "enfermidade aguda" é aquela que o "enfermo a sente como um parêntese em sua vida habitual e não a incorporou com caráter mais ou menos definitivo a seus hábitos biográficos (alimentação, trabalho, residência, relações sociais, etc.)" e "enfermidade crônica" é aquela na qual ocorre o contrário²⁴⁸.

Na enfermidade aguda, o paciente biograficamente pode reagir: contando que sua doença desaparecerá logo e, portanto, saberá como voltar à sua vida normal; sob o ponto de vista da gênese da doença, esta poderá lhe parecer um azar e, portanto, psicologicamente "opaca", incompreensível; como vivência, a doença não será vivida como "sua", não será incorporada à sua existência pessoal. "Em suma: a enfermidade aguda é, em geral, um parêntese biográfico azaradamente produzido"²⁴⁹.

Diante da enfermidade aguda do paciente, importa que a relação do médico para com este seja, antes de tudo, a de presença eficaz, de conforto e que potencialize as possibilidades individuais de combate à doença por parte do paciente²⁵⁰. E será mais exigente a relação terapêutica, se a enfermidade aguda for grave. Nesse caso, a eficácia salutar de sua relação direta com o

de trabalho e produtos contaminados..."

²⁴⁷ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 415.

²⁴⁸ - Ibidem, p. 416.

²⁴⁹ - Cf. Ibidem, pp. 416-417.

²⁵⁰ - Cf. Ibidem, p. 417-418.

paciente, poderá se conduzir por três formas distintas:

"a) mediante sua simples presença, se esta for discretamente administrada, levando em conta que o sentimento de enfermidade chega a isolar e até infantilizar o paciente e nada é tão confortador quanto a presença colaboradora e esperançosa do médico, quando discreta e oportunamente administrada; b) mediante uma psicoterapia verbal, meramente sugestiva, não rigorosamente técnica; e c) mediante um cuidado psicoterapêutico rigoroso e tecnicamente aplicado"²⁵¹.

Ressalta-se que a referência é sempre a pessoa do paciente - o outro - como um todo e não um mero organismo. Esta conduta é indispensável para que haja práxis de alteridade²⁵².

Diante da enfermidade crônica, a atitude é, entretanto, diversa. Da parte do paciente, queira ou não, este terá que levar a vida contando com a doença e o que é mais grave, "não sabendo por si mesmo como fazê-lo"²⁵³, caracterizando-se esta atitude por três modalidades biográficas: a) que a doença não desaparecerá a curto prazo, devendo organizar sua vida, incorporando a ela a sua enfermidade, com tudo que isto implica; b) que, do ponto de vista da gênese da doença, esta tem algo de questionável, de opaco, de incompreensibilidade psicológica; c) que a doença crônica pode ser, também, apropriada pelo paciente em sua vida e, assim, contruir seu modus vivendi²⁵⁴.

Da parte do médico, a sua relação com o paciente crônico

²⁵¹ - Ibidem, p. 419; cf. também: E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 143-150.

²⁵² - Para LAÍN, nem mesmo "quando está em coma", o paciente "chega a ser "puro organismo"; para ele, "o enfermo é sempre um "organismo pessoal e segundo esta sua essencial condição deve ser tecnicamente atendido pelo médico". Op. cit., p. 419.

²⁵³ - Ibidem, p. 419.

²⁵⁴ - Cf. Ibidem, pp. 419-422.

não deve se resumir, apenas, à de administrador de remédios, mas, sim, de "companheiro de caminho" (Weggenossen, expressão de von WEIZSAECKER), cuja meta de tratamento seja a obtenção da saúde; cuja estrutura de tratamento seja de camaradagem com o enfermo - nós dizemos de alteridade - ("uma vez que ajuda cooperativamente o paciente no trabalho de conquistar uma meta de caráter objetivo, a vida nova que a enfermidade torna possível"), de educador ou pedagogo (por si ou pela mediação de outros profissionais da saúde) e amigo ("medicamente amigo do enfermo")²⁵⁵, além disso, claro, adotará a terapia que for mais adequada.

Da parte do paciente, espera-se: a) uma verdadeira vontade de sarar; b) uma atitude acolhedora do "plano que o terapeuta lhe propõe e c) uma disposição criativa acerca do que o médico aconselha e ensina²⁵⁶.

Valorizando o papel do paciente no processo de cura, ILLICH escreveu:

"O verbo curar tende a ser utilizado exclusivamente em seu emprego transitivo. Curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro lugar surge e cobra seus serviços, curar passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria"²⁵⁷.

Mas, muitas vezes, a "figura do tratamento" será, da parte do médico, a de um navegador que navega contra o vento. Por isso, a necessidade da relação de "co-existência interpessoal" (expressão

²⁵⁵ - Cf. *Ibidem*, pp. 424-425.

²⁵⁶ - Cf. *Ibidem*, pp. 425-426.

²⁵⁷ - IVAN ILLICH. A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1976, p.78.

de LAÍN) - para nós, da relação de alteridade - que perceba a situação do paciente em cada encontro: "está melhor" ou "está pior"²⁵⁸.

Diante da enfermidade neurótica, a relação terapêutica requer ainda mais da parte do médico. LAÍN chama "neurótica" ("em sentido por sua vez amplo e rigoroso do termo")

"toda desordem morbosa que pode desaparecer mediante recursos terapêuticos de caráter psíquico"²⁵⁹.

Comparando a enfermidade neurótica com a enfermidade crônica não neurótica, ele estabelece um traço biográfico de caráter negativo: é que tanto num quanto noutro caso, "o enfermo não sabe fazer a vida que lhe convém". E a diferença siblinhada por LAÍN é que, na segunda, predomina o "não poder" e, na primeira, o "não saber". E afirma:

"... a neurose consiste, antes de tudo, em um "não saber fazer a própria vida"; é, precisamente, em não saber fazer uma vida que se possa chamar, com o rigor dos termos, "sã" e "própria"²⁶⁰.

Diante disso, a meta do tratamento deverá ser, "no melhor dos casos, a saúde e, no pior, a menos má entre todas as vidas que o estado de enfermidade torne possível"²⁶¹.

A estrutura interna do tratamento (onde se distinguem: o médico, o remédio e o enfermo) será: da parte do médico, sendo inventor, reformador, camarada, educador e amigo; quanto ao

²⁵⁸ - PEDRO LAÍN ENTRALGO. Op. cit., pp. 426-427; cf. também: E. CHRISTIAN GAUDERER. Op. cit., pp. 150-160.

²⁵⁹ - Ibidem, p. 428. Os grifos são do autor.

²⁶⁰ - Ibidem, pp. 428-429. Os grifos são do autor.

²⁶¹ - Ibidem, p. 429.

remédio, deverá haver a articulação unitária e harmoniosa da somatoterapia e da psicoterapia; da parte do enfermo, a cooperação²⁶².

Para VIDAL,

"Não é competência da Moral emitir juízos valorativos sobre as diferentes técnicas psicoterapêuticas. Todo procedimento é correto do ponto de vista ético quando se guardam as regras gerais da competência profissional, do consentimento do paciente e do respeito à dignidade da pessoa"²⁶³.

Para nós, uma práxis de alteridade, nessa instância, caracteriza-se, antes de mais nada, pelo pedido de ajuda do paciente, não sendo suficiente, por isso, nem a vontade de ajudar, nem a dimensão de reciprocidade.

A alteridade a ser estabelecida é sempre com o paciente, não se sujeitando o médico a pressões de outra ordem (jurídica, psicológica ou moral).

O livre consentimento do paciente é, pois, a primeira e fundamental condição para o exercício legítimo da práxis de alteridade²⁶⁴.

São preciosas, por outro lado, as observações de AUER, tratando da aplicação dos psicofármacos:

"é verdade que, com os psicofármacos, não raras vezes, se pode "possibilitar quimicamente" a liberdade, porém, também, se pode "destruí-la quimicamente" e esta preocupação pela liberdade é tanto mais séria quando as causas da ansiedade crescem

²⁶² - Cf. *Ibidem*, p. 429-436.

²⁶³ - MARCIANO VIDAL. Moral de Atitudes. Vol. II. Aparecida: Editora Santuário, 1979, p. 508.

²⁶⁴ - Cf. SANDRO SPINSANTI. Aliança Terapêutica: as dimensões da saúde. São Paulo: Edições Paulinas, 1992, pp. 173-176.

continuamente na moderna sociedade industrial: a falta de amor, as barreiras que se levantam contra as exigências do processo de amadurecimento, a perversão do conceito de felicidade e a negação do homem ao sofrimento. (...) O perigo para a liberdade consiste, portanto, em que o homem já não quer superar seus medos e tensões de uma maneira pessoal e, sim, automática. Confia no efeito automático de tal medicina e espera, deste modo, não fazer nenhum esforço pessoal.

A técnica oferece-nos novas possibilidades, porém, também, novos perigos. Num dos campos transcendentais de existência humana, o médico está chamado a administrar responsabilmente a ambivalência dos produtos técnicos. A alguns se deverá proporcioná-los, porque os liberam para levar uma vida digna e a outros, negá-los, porque prejudicam ou impedem a realização pessoal de sua existência. O médico foi sempre e, hoje o é em grau incomparavelmente maior, administrador da dignidade e liberdade humanas"²⁶⁵.

Assumimos, também, a expressão de DUSSEL, segundo a qual: "O autêntico mestre começa um novo processo, o caminho inverso da decadência ou da degradação; inicia um caminho que destrói as ataduras da liberdade do outro e que em sua posição crítica o chama a recuperar a sua atitude pessoal"²⁶⁶.

O outro (o paciente), como rosto da pedagógica dusseliana, recebe a práxis de alteridade que lhe permite se superar dentro da limitação da própria enfermidade.

Não podemos deixar de fazer referência, enfim, aos

²⁶⁵ - ALFONS AUER et Alii. Op. cit., pp. 146-147.

²⁶⁶ - ENRIQUE D. DUSSEL. Para uma Ética da Libertação Latino-Americana. Vol. I. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d., p. 134.

princípios básicos da Bioética - ainda que resumidamente - que se devem ter presentes na terapêutica.

São eles: o princípio de defesa da vida física, da liberdade e responsabilidade, da totalidade ou princípio terapêutico e da socialidade e subsidiariedade²⁶⁷.

O princípio de defesa da vida física refere-se ao respeito pela vida, à sua defesa e à sua promoção e representa o primeiro imperativo ético do homem para consigo mesmo e para com os outros. É necessário sublinhar que se trata de respeito, de defesa e de promoção.

Temos que, diferentemente dos animais, a vida humana não se restringe ao seu dinamismo biológico, mas é uma tarefa, "uma vontade pessoal, assumida, alimentada, desenvolvida"²⁶⁸.

A vida do homem tem um valor em si mesma e por si mesma, independentemente de qualquer enfoque religioso.

"E esse valor constitui a base e o fundamento para que qualquer outro valor do ser humano possa se desenvolver em sua projeção pessoal e social"²⁶⁹.

Interessa-nos, aqui, por isso, a perspectiva axiológica da vida humana²⁷⁰, por ser "a expressão real de nossa existência". Ao longo da história humana, entretanto, como nos lembra GONZÁLEZ ALVAREZ, o valor da vida esteve submetido a diferentes valores

²⁶⁷ - Cf. ELIO SGRECCIA. Op. cit., pp. 105-135.

²⁶⁸ - JOSÉ COMBLIN. Antropologia Cristã. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 112.

²⁶⁹ - R. RINCÓN ORDUÑA. Práxis Cristã. Vol. II. São Paulo: Edições Paulinas, 1984, p. 48; cf. também: CARMEM CINIRA MACEDO. Anseios e Utopias de Vida na Sociedade Atual. VIDA PASTORAL, nº 114 (1984) 2-7; Pe. JOSÉ PEGORARO. Moral da Vida na América Latina. VIDA PASTORAL nº 114 (1984) 17-24; WALQUÍRIA DOMINGUES LEÃO REGO. O Capitalismo e a Reprodução da Vida. VIDA PASTORAL nº 115 (1984) 21-26.

²⁷⁰ - Cf. LUIS JOSÉ GONZÁLEZ ALVAREZ. Fundamentos Filosóficos de la Teología Moral en América Latina. São Paulo, 1987. (mimeografado).

secundários: como "império, religião, pátria, raça, capital, partido, supremacia militar, ordem, etc."

Pela dimensão que tem a vida humana, ela se expande em múltiplas expressões e possui horizontes ilimitados de possibilidades. Mas, o que queremos sublinhar, acima de tudo, é que se trata da vida de um ser pessoal e que é, através do homem como pessoa, que se compreende o valor e o significado de sua vida. Esse é um modo singular e irrepetível de viver, o que faz com que nenhum ser humano possa estar submetido ou em função de outro. Cada pessoa é dona de sua própria vida e é chamada a administrá-la com liberdade. A coletividade, enquanto tal, tem a função de assegurar a cada pessoa os bens necessários para desenvolver todas as suas potencialidades.

Falamos, assim, de qualidade de vida como conjunto de condições favoráveis à expansão e o desenvolvimento de qualquer ser humano²⁷¹ e, neste sentido, promover essa qualidade de vida, é exigência moral inegável.

Ninguém pode negar ou limitar a outrem o direito a uma vida digna, como máxima expressão de si, pois, essa (a vida) é sempre um fim de si mesma, não um meio. Daí que essa dignidade reclame um respeito incondicional para o seu próprio ser em todas as suas dimensões e reivindique ser sujeito original e fim de toda valoração moral.

A vida humana, assim entendida, tem sua verdadeira força na medida em que é assumida como realidade concreta, cotidiana, quer em referência aos indivíduos (pessoas concretas, com nomes

²⁷¹ - Cf. R. RINCÓN ORDUÑA. Op. cit., 58; também: FRANCISCO DE ASSIS CORREIA. Aspectos Éticos e Legais do Diagnóstico Pré-Natal. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA (REB), 52 (1992) 92-101. Neste artigo, afirmamos que: "O conceito de "qualidade de vida" está baseado em dois critérios: a aptidão do paciente ou do recém-nascido para se comunicar com os outros e a intensidade de suas dores e de seus sofrimentos, sem poder de controle" (pp. 93-94).

precisos...), quer em referência a grupos concretos (também com nomes precisos...). Não se trata, por conseguinte, de definição abstrata, nem simplesmente de formal defesa de valores. A defesa da vida não pode restringir-se nem a proclamações morais exigentes - "mesmo que estas sejam interiorizadas pela consciência pessoal" - nem a denúncia contra contexto hostil à vida, mas, sim, ser completada pelo "compromisso efetivo, lúcido e energético para superar todos os condicionamentos negativos que representam obstáculos para um maior apego pela vida"²⁷².

Práxis de alteridade é, pois, tudo o que serve à vida.

"É bom tudo aquilo que produz vida, que mantém a vida e a enriquece. É mal tudo o que mata a vida, a limita ou a empobrece. O mal está na morte: os que matam ou consentem a morte dos fracos vivem na iniquidade; e se dizem que o fazem em defesa da vida, são perversos"²⁷³.

Ao princípio de defesa da vida está ligado o direito à saúde, à sua defesa e promoção.

O segundo princípio, o de liberdade e responsabilidade. A liberdade deve assumir a própria vida e a dos outros. A vida é condição indispensável para o exercício da liberdade!

Sem entrarmos nos problemas específicos e discutidos da Bioética (como, por exemplo, o chamado "direito à eutanásia"), o que queremos afirmar é a necessidade da colaboração do paciente, dentro da sua autonomia, exercendo a sua responsabilidade, através do seu consentimento, sempre indispensável. Da parte do médico, o dever de informá-lo.

²⁷² - R. RINCÓN ORDUÑA. Op. cit., p. 68.

²⁷³ - LUIS JOSÉ GONZÁLEZ ALVAREZ. Op. cit., p.8.

Médico e paciente

"são responsáveis pela vida e pela saúde, seja como bem pessoal, seja como bem social"²⁷⁴.

O terceiro princípio, o de totalidade ou princípio terapêutico, é, na verdade, o que rege toda liceidade e obrigatoriedade da terapia médica e cirúrgica e corresponde plenamente ao conceito que vimos trabalhando - que é o de alteridade. Ele exige, entretanto, algumas condições para ser aplicado:

"que se trate de intervenção sobre a parte doente ou que é causa direta do mal, para salvar o organismo sã; que não haja outros modos ou meios para deter a doença; que haja uma boa possibilidade e proporcionalmente alta para o êxito; que haja o consentimento do paciente"²⁷⁵.

Leva-se em conta, aqui, não apenas a integridade física do paciente, mas, também, seu valor pessoal integral, "que pode ser colocado em perigo ou diminuído somente com a vantagem de um bem superior ao qual esse está vinculado"²⁷⁶.

Vale lembrar também, que este princípio não deve ser reduzido a uma interpretação "organística", mas, sim, ampliado à dimensão da totalidade do outro, como pessoa física, espiritual e moral. Ou, dito de outro modo, o bem corpóreo é considerado no conjunto do bem espiritual e moral da pessoa.

²⁷⁴ - ELIO SGRECCIA. Op. cit., p. 126.

²⁷⁵ - Ibidem, p. 127.

²⁷⁶ - Ibidem, p. 127. SGRECCIA observa que: "O princípio terapêutico tem aplicações não somente nos casos de intervenção cirúrgica, mas também, nos casos mais específicos, como na esterilização terapêutica, no transplante de órgão, na geneterapia" (p. 127).

Mais ainda, este princípio da totalidade ou princípio terapêutico vincula-se à norma da "proporcionalidade terapêutica".

"Esta norma, de fato, implica que no executar uma terapia se avalie o interior da totalidade da pessoa, e, portanto, se exija uma certa proporção entre os riscos e danos que essa comporta e os benefícios que procura"²⁷⁷.

O quarto princípio, o da socialidade e subsidiariedade: o primeiro compromete cada pessoa a realizar a si mesma na participação da realização do bem dos próprios semelhantes. E, em relação à vida e à saúde,

"implica que cada cidadão se empenhe em considerar a própria vida e a dos outros como um bem não somente pessoal, mas, também, social e compromete a comunidade na promoção da vida e da saúde de cada um, em promover o bem comum, promovendo o bem de cada um"²⁷⁸.

É este princípio, também, que pode justificar, por exemplo, a doação de órgãos, de tecidos, etc., estimular o voluntariado assistencial, o surgimento de obras assistenciais...

É, também, o mesmo princípio que obriga a comunidade a garantir a todos os seus membros os meios de acesso aos cuidados necessários.

O princípio de subsidiariedade, ligado ao da socialidade, é que leva a comunidade a ajudar os mais necessitados e a garantir as livres iniciativas dos grupos e seu funcionamento a favor dos mesmos, sobretudo, levando em conta que o próprio Estado não tem condições de fazer frente às enormes despesas sanitárias.

²⁷⁷ - Ibidem, p. 128.

²⁷⁸ - Ibidem, p. 129.

A estes princípios, junta-se a "trindade bioética": beneficência, autonomia e justiça.

A beneficência, exigindo efetivamente o bem do paciente, na medida em que o mesmo a solicitar e/ou consentir.

A autonomia, exigindo o respeito aos direitos do paciente e à sua autodeterminação.

A justiça, exigindo a igualdade de cuidados, o acesso universal aos serviços de saúde.

Há, entre os princípios, um vínculo comum, pois, todos fazem referência ao bem integral da pessoa.

A observância dos mesmos constitui, enfim, a práxis de alteridade, contra todo absolutismo ou relativismo! Por isso, a alteridade constitui o critério fundamental e englobante da Bioética!

CONCLUSÃO

A Bioética surgida no início da década da 70, baseada na chamada "trindade" bioética (beneficência, autonomia e justiça), não tem conseguido, só com estes critérios, responder aos prementes e contínuos problemas que sua própria evolução tem provocado.

A beneficência (da parte do médico), por ter se vinculado ao paternalismo e ter reduzido o paciente a um minorene, sem voz e sem vez; desprezou, assim, o consentimento informado para todas as condutas médicas e a aceitação dos desejos e das opiniões dos pacientes.

A autonomia (da parte do paciente) - embora de admissão recente na ética médica - convertida na forma de os pacientes se autodeterminarem, decidirem sobre o que desejam efetivamente de uma conduta médica, tem se deparado com restrições internas e externas de pacientes; com a tendência para a acentuação do legalismo ou do minimalismo moral; com a obsessão por provas documentais, mais do que pela qualidade moral do consentimento; com a redução da relação médico-paciente a contrato, em vez de relação fiduciária ou de ajuda; com a minimização das obrigações do médico em detrimento da beneficência para com o paciente; com a diminuição da capacidade decisória do médico; com o culto ao privatismo moral, ao atomismo e ao individualismo insensível...

A justiça na relação médico-paciente e no sistema de saúde como um todo, fruto de um longo processo histórico, tem sido desafiada pela ambiguidade de seu próprio conceito, pelo utilitarismo que pretende sempre quantificar custos e benefícios,

pela escassez de recursos, pela dificuldade de decidir quem deve receber assistência médica em circunstâncias nas quais não existem recursos suficientes para todos...

A proposta do critério de alteridade ou da práxis de alteridade pretende responder a estas limitações da "trindade" bioética.

Ao afirmarmos que a alteridade é critério fundamental da Bioética, queremos dizer que a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda Bioética. Não a pessoa fechada simplesmente em si mesma, mas a pessoa enquanto abertura, relação, face-a-face com a outra e com os outros (multidão necessitada). É assim que se dá a alteridade e, por isso, ela permite não só a fundamentação, mas, também, a estruturação e a articulação dos conteúdos da Bioética, tendo-a como base, eixo e convergência.

Alteridade e beneficência, pois, articulam-se quando a beneficência é solicitada pelo outro (paciente) e tem seu consentimento. Não se trata, pois, de um bem feito a um minorene, mas, sim, à pessoa adulta e tratada como tal. Satisfaz-se, deste modo, o princípio da responsabilidade médica e o da responsabilidade do paciente. Trata-se, também, de atitude responsável pelo outro, pela sua vida, pela sua saúde, pela sua dignidade em nível de reciprocidade.

Alteridade e autonomia relacionam-se no sentido que alteridade pressupõe o outro, evidentemente autônomo. Sem autonomia, o outro deixa de ser ele mesmo para ser tornar, apenas, parte da totalidade do sistema. Passa a ser o oprimido, o marginalizado, um número, uma peça, uma coisa. Sem autonomia, ele é alienado (tornado outro que não ele mesmo). Assim, a alteridade manifesta-se como abertura de um "eu" autônomo, para um "outro"

também autônomo, numa atitude de solidariedade ou para uma práxis de alteridade. Alteridade e autonomia tornam-se recíprocas: esta não é nunca absoluta e aquela nunca é fechada. Médico e paciente são autônomos e são "alteroficados". Um não pode violar a autonomia do outro e/ou a alteridade. No primeiro caso, seria uma violência de um contra o outro. No segundo, haveria o rompimento da relação médico-paciente.

Alteridade e justiça, em nível deontológico, relacionam-se da seguinte forma: o princípio de justiça que satisfaz a alteridade (pessoa e maioria necessitada) é o que garante a todos, universalmente e de forma equitativa, os benefícios dos serviços de saúde, como dever do Estado e direito de todo cidadão. Depreende-se, pois, que a observância deste princípio atenda ao outro (cidadão e multidão) e que a justiça cumpra com sua finalidade para com o mesmo, razão de sua própria existência.

Em nível teleológico, superando uma visão meramente utilitarista, urge articular a destinação dos recursos e a atenção às necessidades dos outros (pacientes), levando em conta que a melhor justiça é aquela praticada para com o outro (pessoa e multidão), respondendo à sua dor, ao seu sofrimento, à sua deficiência, à sua incapacidade. E, se isso foge à quantificação, ganha em alteridade.

Estabelecidas assim as relações entre alteridade e beneficência, alteridade e autonomia, alteridade e justiça, não tivemos a pretensão de resolver todos os conflitos ou todas as questões, dada a magnitude dos mesmos. Pretendemos encontrar um caminho, um critério, para isso. E o aplicamos a duas dimensões da Bioética: ao meio ambiente e ao relacionamento médico-paciente.

Quanto ao meio ambiente, demonstramos que a alteridade revela-se como vínculo ético entre o homem e o mundo e como responsabilidade para com as gerações futuras.

Esta postura, com efeito, supõe a superação do modelo de desenvolvimento engendrado no Ocidente; a superação do antropocentrismo exagerado do homem moderno, com sua relação utilitarista frente à natureza, à flora, aos animais e, inclusive, ao seu semelhante.

É reconhecer a alteridade de cada ser, o que exige uma atitude co-responsável, uma educação ampla e aberta para o respeito para com a natureza presente e futura e a construção de uma sociedade ecologicamente justa e solidária.

A Bioética constitui-se, pois, numa mediação pertinente para elaborar critérios éticos necessários e oportunos para se alcançar esta alteridade proposta. Não só criando e propondo critérios, mas, também, sugerindo mudanças de conduta, tais como: questionando hábitos de vida (consumismo, depredação da natureza, poluição, desperdício...), sistema econômico gerador de desigualdades entre povos, colonialismo usurpador de recursos, gastos bélicos, produção de alimentos, energias poluentes, monopólio de tecnologias, etc....

A alteridade, pois, para cada ser implica tudo o que possa ser prevenção e educação para, também, se obter melhor qualidade de vida do meio ambiente e de todo ser vivo.

Quanto ao relacionamento médico-paciente, estabelecemos a alteridade como eixo fundamental da Bioética, em torno do qual giram as grandes questões éticas, susceptíveis de desenvolvimentos orgânicos em todas as dimensões da Bioética.

Entre as grandes questões éticas estão, por exemplo, as

vinculadas ao nascimento: controle da reprodução, planejamento familiar, diagnóstico pré-natal, aborto, recém-nascidos com anomalias, fecundação in vitro, inseminação artificial, "mães-de-aluguel", investigação no campo da genética, experiência com embriões, etc.; aos transplantes de órgãos, comercialização, regulamentação, destinação de recursos, etc.; à morte: definição de morte, eutanásia, distanásia, "morrer com dignidade", sustentação artificial, participação do paciente na decisão - família, médico, hospital, seguridade - legislação nacional e normas deontológicas, etc.; às experiências científicas e ao meio ambiente; à experimentação com animais e com seres humanos: à política de saúde, etc....

A alteridade na Bioética, por conseguinte, apresenta-se como critério fundamental e englobante para, não só iluminar estes temas, mas, também, exercer função crítica na educação para o tratamento, a discussão e a prática relacional. Supera os modelos vigentes na subjetividade científica excludente para assumir o outro como interlocutor, como sujeito igual (seja em nível pessoal, seja em nível das multidões marginalizadas). Propõe o diálogo como meio de se estabelecer verdadeiro relacionamento. Exige revisão continuada das práticas (porque o outro sempre questiona e se deixa questionar). Favorece uma prática beneficente sem paternalismo, uma autonomia não individualista e uma justiça não excludente.

Pretendemos apresentar, de forma aplicativa, uma práxis de alteridade.

BIBLIOGRAFIA**A) Sobre Bioética**

ABEL, FRANCESC. Dinamismo del Diálogo Bioético em una España en Transición . BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 542-549.

ALTNER, GÜNTER. Comunidade Criacional e Reorientação Biocêntrica do Direito. Um Novo Pacto de Gerações. CONCILIUM 236 (1991/4) pp. 60-71.

ANJOS, MÁRCIO FABRI dos. Bioética a partir do Terceiro Mundo. In: Temas Latino-Americanos de Ética. Aparecida: Editora Santuário, 1988, pp. 211-232.

AUER, ALFONS et Alii. Ética y Medicina. Tradução de Luis Alberto Martin Baro. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1972.

BARCIFILO, CHRISTIAN DE PAUL DE e PESSINI, LEOCIR. Problemas Atuais de Bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

BATISTOLLE, JOÃO V.; SASS, HANS-MARTIN; VIEFHUES, HERBERT. Protocolo de Bochum para a Prática da Ética Médica. Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Novembro 1988 (edição em português).

- BEAUCHAMP, T.L. - CHILDRESS, J.F. Principles of Biomedical Ethics. 2 ed. New York: Oxford University Press, 1983.
- BEAUCHAMP, T.L. and McCULLOUGH, L.B. Medical Ethics: The Moral Responsibilities of Physicians. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984.
- BRUAIRE, C. Une Éthique pour la Médecine. Paris: Fayard, 1978.
- CALHOUN, C. Annotated Bibliography of Medical Oaths, Codes and Prayers. Washington (DC): Kennedy Institute, 1975.
- CALLAHAN, DANIEL. Bioethics as a Discipline. THE HASTINGS CENTER STUDIES 1, n° 1 (1973) pp. 66-73.
- CAMPBELL, COURTNEY S. El Significado Moral de la Religión para la Bioética. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA . Vol. 108 (5-6), 1990, p. 406-413.
- CARRICONDE, CELERINO. Medicina Comunitária. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CHILDRESS, J.F. Who Shall Decide? Paternalism in Health Care. New York: Oxford University Press, 1982.
- CIANFRI, E. L'Evolutione della Medicina ed i Problemi che ne derivano. FEDERAZIONE MEDICA, XXXV (1982), 4, pp. 292-294.

CLOUSSER, K. DANNER, Some Things Medical Ethics Is Not. JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 223 (1973) pp. 787-789.

_____ What Is Medical Ethics? ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 80 (1974) pp. 657-660.

_____ Medical Ethics: Some eses, Abuses and Limitations. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 293 (1975) pp. 384-387.

_____ Bioethics: Some Reflections and Exhortations. MONISI 60, N° 1 (1977) pp. 47-61.

COMBLIN, JOSÉ. Antropologia Cristã. Petrópolis: Vozes, 1985.

COMMISSION ON THE TEACHING OF BIOETHICS. The Teaching of Bioethics: Report of the Commission on the Theaching of Bioethics. Hastings-on-Hudson, NY: Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, 1976.

CONNOR, SUSAN SCHOLE y FUENZALIDA-PUELMA, HÉRMAN L. Bioética: Presentación del Número Especial. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 369-373.

CURRAN, WILLIAM J. Bioethics and health ethics: a critical examination of new terminology. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 66 (5) 497, May 1976.

DANIELS, NORMAN. Am I My Parents Keeper . Oxford: Oxford University Press, 1988.

DOUCET, HUBERT. Quelques Exigences que pose à la morale de la médecine. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 117-128.

DRANE, JAMES, F. Métodos de Ética Clínica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 415-425.

_____. Questiones de Justicia en la Prestación de Servicios de Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 586-598.

DRODY, HOWARD. The Physician/Patient Relationship. In: ROBERT M. VEATH (Ed.). Medical Ethics. Boston: Jones and Bartlet Publishers, 1989, pp. 65-91.

ENGELHARDT, Jr., H.T. The Foundations of Bioethics. New York: Oxford University Press, 1986.

EQUIPE NOVA. Saúde e Educação Popular. Petrópolis: Vozes, 1986.

FADEN, R. R. and BEAUCHAMP, T. L. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press, 1986.

FOX, RENNÉE C. Ethical and existencial developements in contemporaneous American medicine: their implications for culture and society. MILBANK MEMORIAL FUND QUARTERLY 52(4) 445-583, Fall 1974.

GAFO, FERNÁNDEZ, JAVIER, S. J. Nuevas Perspectivas en la Moral Médica. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones, 1978.

GANOCZY, ALEXANDRE. Perspectivas Ecológicas na Doutrina Cristã da Criação. CONCILIUM 236 (1991/4) pp. 47-59.

GAUDERER, E. CHRISTIAN. Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GIRARDI, J. Amor Cristiano y Lucha de Clases. Salamanca: Sígueme, 1971.

GOLDSTEIN, D. Bioethics: a Guide to information sources. Detroit: Gale Research Co., 1982.

GRACIA, DIEGO. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA, 1989.

_____. Introducción. La Bioética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), pp. 374-378.

_____. Que es un Sistema Justo de Servivicios de Salud? Principios para la Asignación de Recursos Escasos. BOLETÍN DE LA OFICINA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), pp. 570-585.

HAERING, BERNHARD. Medicina e Moral no Século XX. Tradução de Luís Fernandes da Silva. Lisboa/Cacém: Editorial Verbo, 1974.

_____. Medicina e Manipulação: o problema moral da manipulação clínica, comportamental e genética. Tradução de Honório Dalbosco. São Paulo: Edições Paulinas, 1977.

_____. Livres e Fiéis em Cristo: teologia moral para sacerdotes e leigos. Vol. III. Tradução de Breno Brod. São Paulo: Edições Paulinas, 1984.

_____. Teologia Moral para o Terceiro Milênio. Tradução de Roque Frangiotti. São Paulo: Edições Paulinas, 1991.

HAMET, PAVEL. Les Professionnels de la santé et leurs questions éthiques... Dans la recherche clinique. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 157-161.

HARRIS, JOHN. The Value of Life: an introduction to medical ethics. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1985.

ILLICH, IVAN. A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina. 2ª ed. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

KEYSERLINGK, EDWARD W. Qualité de la Vie. Perspective légale et éthique. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 139-148.

- LANDMANN, JAYME. A Ética Médica sem Máscara. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1985.
- LARA, MARÍA DE CARMEN y RAMÓN DE LA FUENTE, JUAN. Sobre el Consentimiento Informado. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6) pp. 439-444.
- LAVIER, J. A. Médecine Chinoise, Médecine Totale. Paris: Grasset, 1973.
- LEPARGNEUR, HUBERT e SANTOS, B. Moral e Medicina. Rio de Janeiro: Hachette; São Paulo: Edições Loyola, 1976.
- LEPARGNEUR, HUBERT. Antropologia do Sofrimento. Aparecida: Editora Santuário, 1985.
- _____. Lugar Atual da Morte: antropologia, medicina e religião. São Paulo: Edições Paulinas, 1986.
- _____. O Doente, a Doença e a Morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas: Papyrus, 1987.
- _____. Biomedicina da Reprodução e Bioética. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 47 (1987) pp. 270-298.
- MAINETTI, JOSÉ ALBERTO. Bioética: Una Nueva Filosofía de la Salud. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 599-601.

PELLEGRINO, E. D. & THOMASMA, D. C. A Philosophical Basis of Medical Ethics. New York: Oxford University Press, 1981.

PELLEGRINO, E. D. and THOMASMA, D. C. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press, 1988.

PELLEGRINO, E. D. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 379-389.

PESSINI, LEOCIR (Org.). Pastoral da Saúde. Aparecida: Editora Santuário, 1987.

_____. Bioética e Pastoral da Saúde. Aparecida: Editora Santuário, 1989.

PESSINI, LEOCIR. Eutanásia e América Latina: questões Ético-teológicas. Aparecida: Editora Santuário, 1990.

POTTER, V. R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs (NJ): Printice-Hall, 1971.

PRODOMO, R. Per un Dibattito sulla Bioética. CRITÉRIO, 1986, 3, pp. 216-226.

QUEIROZ, JOSÉ J. (Org.). Ética no Mundo de Hoje. São Paulo: Edições Paulinas, 1985.

- RABUSKE, EDVINO A. Antropologia Filosófica: um estudo sistemático. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- RAMSEY, PAUL. The Patient is Person. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1970.
- _____. El Hombre Prefabricado. Tradução de Julian Rubio. Madrid: Guadarrama, 1973.
- REICH, WARREN T. (Ed.). Encyclopedia of Bioethics. 4 Vols. New York: Georgetown University, 1982.
- ROY, DAVID J. Promesses et Dangers d'un Pouvoir Nouveau. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Le Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 81-102.
- SANNON, THOMAS A. An Introduction to Bioethics. 2ª ed. New York/Mahwah: Paulist Press, 1987.
- SASS, HANS-MARTIN. La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 391-398.
- SERRANO LAVERTU, DIANA y LINARES, ANA MARÍA. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y Caribe. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108. (5-6), 1990. 1990, pp. 489-499.

SGRECCIA, ELIO. La Bioética. Fondamenti e Contenuti. MEDICINA E MORALE, 1984, 3, pp. 285-305.

_____. La Bioética tra natura e persona. LA FAMIGLIA, 1985, 108, pp. 30-42.

_____. Problemi dell'insegnamento della Bioetica. G. ITAL. FORM. PERM. MEDICO XV (1987) pp. 104-117.

SGRECCIA, E. - DI PIETRO, M. L. Che Cos'è la Bioética. In: Annuario de Aggiornamento della EST, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica. Milano: Mondadori, 1987/88, pp. 223-226.

SGRECCIA, ELIO. Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed Etica Biomedica. 2ª ed. Milano: Vita e Pensiero, 1991.

SHANNON, T. A. (Ed.). Bioethics. Ramsey (NJ): Paulist Press, 1981.

SHELP, E. E. (Ed.). Theology and Bioethics. Exploring the Foundations and Frontiers. Dordrecht (Holland): D. Reidel Publ. Comp., 1985.

SPINSANTI, SANDRO (A cura di). Documenti di Deontologia e Etica Medica. Torino: Ed. Paoline, 1982.

SPINSANTI, SANDRO. Ética Biomédica. Tradução de Benôni Lemos. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

- _____. Aliança Terapêutica: as dimensões da saúde. Tradução de Benôni Lemos. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.
- _____. Curar o Homem Todo: a medicina antropológica de Viktor von Weizsaecker. Tradução de Benoni Lemos. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.
- SUSIN, LUIZ CARLOS. O Esquecimento do "Outro" na História do Ocidente. REVISTA ECLESIÁSTICA BRASILEIRA 47 (1987) pp. 820-838.
- SWIDLER, LEONARD. Direitos Humanos: Apanhado Histórico. CONCILIUM 228 (1990/2) pp. 21.32.
- TEALDI, JUAN CARLOS y MAINETTI, JOSÉ ALBERTO. Los Comités Hospitalarios de Ética. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 431-438.
- TEIXEIRA, SÔNIA MARIA FLEURY. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 91-112.
- TEMPORÃO, JOSÉ GOMES. A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- TETTAMANZI, D. Bioetica. Nuove Sfide per l'Uomo. Casale Monferrato: Pieme, 1987.

VARGA, A. C. The Main Issues in Bioethics. Ramsey (NJ): Paulist Press, 1984.

VEATCH, R. M. and BRANSON, R. (Eds.). Ethics and Health Policy. Cambridge: Ballinger, 1976.

VEATCH, ROBERT M. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books, 1981.

VEATCH, ROBERT M. (Ed.). Medical Ethics. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1989.

VIEIRA, SÔNIA e HOSSNE, WILLIAN SAAD. Experimentação com Seres Humanos. São Paulo: Moderna, 1987.

VILARDEL, FRANCISCO. Problemas Éticos de la Tecnología Médica. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 108 (5-6), 1990, pp. 309-405.

WACHTER, MAURICE DE. Le Point de Départ d'une Bioéthique Interdisciplinaire. CAHIERS DE BIOÉTHIQUE. N° 1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979, pp. 103-116.

B) Geral

ALBERONI, FRANCESCO e VECA, SALVATORE. O Altruísmo e a Moral. Tradução de Mário Fondelli. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.

- ALMEIDA, MARIA CECÍLIA PUNTEL de. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALVES, RUBEM A. Protestantismo e Repressão. São Paulo: Ática, 1979.
- ANDERY, ALBERTO ABIB. Três Modalidades de Ética Profissional. In: JOSÉ J. QUEIROZ (Org.). Ética no Mundo de Hoje. São Paulo: Edições Paulinas, 1985, pp. 75-86.
- ANJOS, MÁRCIO FABRI dos (Coord.). Articulação da Teologia Moral na América Latina. Aparecida: Editora Santuário, 1987.
- AROUCA, ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA. O Trabalho Médico, a Produção Capitalista e a Viabilidade do Projeto de Prevenção. ENCONTROS COM A CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA (1): JUNHO (1978) pp. 132-155.
- BOECKLE, FRANZ. Moral Fundamental. Tradução de Pe. Henrique Perbeche, S. V. D. São Paulo: Edições Loyola, 1984.
- BOFF, CLODOVIS. Agente de Pastoral e Povo. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 40 (1980) pp. 216-242.
- BOFF, LEONARDO. São Francisco de Assis: ternura e vigor. Petrópolis: Vozes/Cefepal, 1981.
- BOFF, LEONARDO e BOFF, CLODOVIS. Como Fazer Teologia da Libertação. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

- BOLTANSKI, LUC. As Classes Sociais e o Corpo. Tradução de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BONDOLFI, ALBERTO. "Autonomia" e "Moral Autônoma": Pesquisas Atuais em torno de uma Palavra Chave. CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 129-136.
- BRACHO, S., GRACIA, D. et Al. Ciencia y Poder. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1987.
- BUBER, MARTIN. Eu e Tu. 2ª ed. rev. Tradução de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
- BURGGRAEVE, ROGER. Responsável por "Um Novo Céu e uma Nova Terra". CONCILIUM 236 (1991/4) pp. 113-124.
- CAPRA, FRITJOF. O Ponto de Mutação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Editora Cultrix, s/d.
- CARMODY, JOHN. "Sabedoria Ecológica" e Tendência a uma Remitologização da Vida. CONCILIUM 236 (1991/4) pp. 103-112.
- CHAVES, MÁRIO, ROSA, ALICE REIS (Org.). Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Igreja e Questão Ecológica. In: SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO 25 (nº 234) 1992, pp. 206-225.

- COSTA, J. A. FREIRE. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- COSTA, NILTON ROSÁRIO. Lutas Urbanas e Controle Sanitário. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CORREIA, FRANCISCO DE ASSIS. Por uma Sabedoria (Filosofia) da Libertação. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 41 (1981) pp. 563-566.
-
- _____. Aspectos Éticos e Legais do Diagnóstico Pré-Natal. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 52 (1992) PP. 92-101.
- CUNHA, BRUNO CARLOS DE ALMEIDA. Saúde, a Prioridade Esquecida. Petrópolis: Vozes, 1987.
- CUPERTINO, FAUSTO. População e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- DALLARI, SUELI. Direito à Saúde. In: ANISTIA INTERNACIONAL. Direitos Humanos no Brasil: conferências para educadores. São Paulo: Editora e Artes Gráficas MPA, 1986, pp. 65-69.
- DIAS, HÉLIO PEREIRA. Saúde como Direito de Todos e Dever de Estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 69-90.

DONNÂNGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUSSEL, ENRIQUE D. Para una Destrucción de la Historia de la Ética. Mendoza: Ser y Tiempo, 1972.

_____. Moral Cristiana en Latinoamérica. Acceso Ético al Absoluto. CHRISTUS 41 (1976) pp. 40-46.

_____. Puebla: relações entre ética e economia. CONCILIUM 160 (1980) pp. 576-588.

_____. Pode legitimar-se "uma ética diante da "pluralidade" de morais? CONCILIUM 170 (1981) pp. 1335-1345.

_____. Ética de la Liberación. IGLESIA VIVA 102 (1982) pp. 591-599.

_____. Filosofia da Libertação. Tradução de Luis João Gaio. São Paulo: Edições Loyola, 1982.

_____. Ética da Libertação (Hipóteses Fundamentais). CONCILIUM 192 (1984) pp. 213-224.

_____. Caminhos de Libertação Latino-Americana. 4 Vols. Tradução de José Carlos Barcellos e Hugo Toschi. São Paulo: Edições Loyola, 1985.

- _____. Método para uma Filosofia da Libertação: superação analética da dialética hegeliana. Tradução de Jandir João Zanotelli. São Paulo: Edições Loyola, 1986.
- _____. Ética Comunitária. Tradução de Jaime Clasen. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____. Para uma Ética da Libertação Latino-Americana. 5 Vols. Tradução de Luis João Gaio. São Paulo: Edições Loyola; Piracicaba: Editora UNIMEP, s/d.
- FERRATER MORA, JOSÉ. Diccionario de Filosofía. 2 Vols. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1971.
- FINNIS, J. Fundamentos of Ethics. Oxford: Clarendon Press, 1983.
- FIORES, STEFANO DE; GOFFI, TULLO. Dicionário de Espiritualidade. Tradução de Augusto Guerra e Isabel Fontes Leal Ferreira. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.
- FORGHIERI, YOLANDA CINTRÃO (Org.). Fenomenologia e Psicologia. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984.
- GONZÁLES ALVAREZ, LUIS JOSÉ. Ética Latinoamericana. Bogota: Universidad Santo Tomas, 1986.
- _____. Fundamentos Filosóficos de la Teología Moral en América Latina. São Paulo: 1987 (policopiado).

- GUIMARÃES, REINALDO. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- HILPERT, KONRAD. A Aceitação do Conceito de Autonomia e a Respectiva Crítica. CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 15-25.
- HINKELAMMERT, FRANZ. As Armas Ideológicas da Morte. Tradução de Luiz João Gaio. São Paulo: Edições Paulinas, 1983.
- JAPIASSU, HILTON. Interdisciplinariedade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1976.
- KROH, WERNER. Bases e Perspectivas de uma Ética Ecológica. O Problema da Responsabilidade pelo Futuro como um Desafio à Teologia. CONCILIUM 236 (1991/4) pp. 87-102.
- LADRIÈRE, JEAN. A Articulação do Sentido. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- _____. Filosofia e Práxis Científica. Tradução de Maria José J. G. de Almeida. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1978.
- _____. Os Desafios da Racionalidade: o desafio da ciência e da tecnologia às culturas. Tradução de Hilton Japiassu. Petrópolis: Vozes, 1979.
- _____. Sobre a Noção de Critério. CONCILIUM. 175 (1982/5)

pp. 20-27.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO. Teoría y Realidad del Otro. 2 Vols. Madrid: Revista de Occidente, 1961.

_____. La Relación Médico-Enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983.

_____. El Médico y El Enfermo. Madrid: Alianza Universidad, 1983.

LEVINAS, EMMANUEL. Totalité et Infini. La Haye: Nijoff, 1961.

_____. Autrement que'être ou au-delà de l'essence. La Haye: Nijoff, 1974.

_____. En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger. 4ª ed. Paris: Vrin, 1974.

_____. Difficile Liberté. 2ª ed. Paris: A. Michel, 1976.

_____. De l'existant. 2ª ed. Paris: Vrin, 1978.

_____. De Dieu que vient à l'idée. Paris: Vrin, 1982.

LIMA, MARIA JOSÉ. Ecologia Humana: realidade e pesquisa. Petrópolis: Vozes, 1984.

- LOCKE, JOHN. Segundo Tratado sobre o Governo. Clássicos da Democracia. São Paulo: IBRASA, 1963.
- MACEDO, CARMEN CINIRA. Anseios e Utopias de Vida na Sociedade Atual. VIDA PASTORAL n° 114 (1984) pp. 2-7.
- MACHADO, UNÍRIO. 20 Anos da Indústria da Doença. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1982.
- MAIA, ADEMAR FREIRE. Sociedade, Medicina e Genética. Petrópolis: Vozes, 1983.
- MALONEY, LINDA M. A Questão da Diferença Feminina na Filosofia Clássica e no Cristianismo Primitivo. CONCILIUM 238 (1991/6) pp. 52-61.
- MALOOF, PATRICIA. Doença e Saúde na Sociedade. CONCILIUM 234 (1991/2) pp. 29-45.
- MARTINS, J. S. A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1983.
- MARTINS, YEDA MENEZES. Conceitos de Saúde. VERITAS n° 116 (1984) pp. 557-567.
- McGUIRE, MEREDITH B. Religião, Saúde e Doença. CONCILIUM 234 (1991/2) pp. 92/104.

McMURRIN, S.M. (Ed.). Libertad, Igualdad y Derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral. Tradução de Guilherme Valverde. Barcelona: Ariel, 1988.

McYNTIRE, ALASDAIR. After Virtue. Chicago: Notre Dame University Press, 1981.

_____. Justiça de Quem? Qual Racionalidade? Tradução de Marcelo Pimenta Marques. São Paulo: edições Loyola, 1991.

MELLO, CARLOS GENTILE. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo: CERES-HUCITEC, 1977.

MELLO, C. G. e CÂMARA, D. Saúde Oficial, Medicina Popular. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1982.

METZ, JOHAN BAPTIST. A Fé em História e Sociedade. Tradução de Antônio M. da Torre. São Paulo: Edições Paulinas, 1981.

_____. Para Além de uma Religião Burguesa: sobre o futuro do Cristianismo. Tradução de Mateus R. Rocha. São Paulo: Edições Paulinas, 1984.

MOLTMANN, BATTISTA. O Homem, Quem é Ele? Elementos de Antropologia Filosófica. Tradução de R. Leal Ferreira e M. A. S. Ferrari. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.

MOSER, ANTÔNIO. A Dimensão Ética da Reflexão Filosófica Atual. CONVIVIUM 19 (1976) pp. 537-543.

- _____ (Coord.). Mudanças na Moral do Povo Brasileiro. Petrópolis: Vozes, 1978.
- _____. O Problema Demográfico e as Esperanças de um Mundo Novo. Petrópolis: Vozes, 1978.
- _____. O Problema Ecológico e suas Implicações Éticas. Petrópolis: Vozes, 1983.
- _____. A Representação de Deus na Ética da Libertação. CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 59-67.
- MORENO REJÓN, FRANCISCO. Buscar o Reino e sua Justiça: a evolução da Ética da Libertação. CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 50-58.
- _____. Teologia Moral a Partir dos Pobres: a moral na reflexão teológica da América Latina. Tradução de Pe. João P. Gomes, C. SS. R. Aparecida: Editora Santuário, 1987.
- MOSER, ANTÔNIO e LEERS, BERNARDINO. Teologia Moral: impasses e alternativas. Petrópolis: Vozes, 1987.
- MOSER, ANTÔNIO. Ecologia: Perspectiva Ética. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 52 (1992) pp. 5-22.
- NUNES, EVERARDO DUARTE. Medicina Social: origens e desenvolvimento. VOZES n° 3 (1980) pp. 5-20.

- _____. (Org.). Juán César García: Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.
- OLIVEIRA, J. C. PINTO de (Org.). Autonomie, Dimensions Éthiques de la Liberté. Fribourg: Éditions Universitaires; Paris: Éditions du Cerf, 1978.
- PÁDUA, JOSÉ (Org.). Ecologia e Política no Brasil. Rio de Janeiro: Co-edição Ed. Espaço e Tempo/ IUPERJ, 1987.
- PAIM, JAIRNILSON SILVA. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 45-59.
- PEGORARO, Pe. JOSÉ. Moral da Vida na América Latina. VIDA PASTORAL n° 114 (1984) pp. 17-24.
- RAWLS, JOHN. Theory of Justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1971. (Teoría de la Justicia. Tradução de Maria Dolores González. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1979).
- REGIDOR, JOSÉ RAMOS. Ressarcir os Povos e a Natureza. REVISTA ECLESIÁSTICA BRASILEIRA 52 (1992) pp. 23-44.
- RÊGO, WALQUÍRIA DOMINGUES LEÃO. O Capitalismo e a Reprodução da Vida. VIDA PASTORAL n° 115 (1984) pp. 21-26.

REZENDE, ANA LÚCIA MAJELA de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

RINCÓN ORDUÑA, R. et Alii. Práxis Cristã. Vol. I. Tradução de Álvaro Cunha. São Paulo: Edições Paulinas, 1983.

_____. Práxis Cristã. Vol. II. Tradução de Álvaro Cunha. São Paulo: Edições Paulinas, 1984.

_____. Práxis Cristã. Vol. III. Tradução de Álvaro Cunha. São Paulo: Edições Paulinas, 1988.

ROSSI, PHILIP. O Fundamento do Conceito Filosófico de Autonomia em Kant e suas consequências Históricas. CONCILIUM 192 (1984/2) PP. 6-14.

SCLIAR, MOACIR. Do Mágico ao Social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM Editores S/A, 1987.

SCOCHI, MARIA JOSÉ e COLABORADORAS. Saúde para Todos - O Elo Existente entre Saúde e Política Sócio-Econômica. Rev. Bras. Enf., DF, 35: 151-159, 1982.

SONTAG, SUSAN. A Doença como Metáfora. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. AIDS e suas Metáforas. Tradução de Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia de Letras, 1989.

SOUZA JÚNIOR, JOSÉ GERALDO de. A Construção da Cidadania. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Brasília, 17 a 21 de março de 1986). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 61-67.

VASCONCELOS, EYMARD MOURÃO. A Medicina e o Pobre. São Paulo: Edições Paulinas, 1987.

VAZ, HENRIQUE C. DE LIMA. O Ethos da Atividade Científica. REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA 34 (1974) pp. 45-73.

_____. Antropologia e Direitos Humanos. REVISTA ECLESIASTICA 37 (1977) pp. 13-40.

VIDAL, MARCIANO. Moral de Atitudes. Vol. I. Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS. R. Aparecida: Editora Santuário, 1978.

_____. Novos Caminhos da Moral: da "crise moral à moral crítica". Tradução de Isabel Fontes Leal Ferreira. São Paulo: Edições Paulinas, 1978.

_____. Moral de Atitudes. Vol. II. Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS. R. Aparecida: Editora Santuário, 1979.

_____. Moral de Atitudes. Vol. III. Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS. R. Aparecida: Editora Santuário, 1980.

_____. A Autonomia, enquanto Fundamento da Moral é compatível com a Ética da Libertação? O Necessário Diálogo entre "Autonomia" e "Libertação". CONCILIUM 192 (1984/2) pp. 108-117.

YUNES, JOÃO. Política de População e sua Interação com Saúde. VOZES nº 3 (1980) pp. 31-46.

ZIMMERMANN, ROQUE. América Latina - O Não-Ser: uma abordagem filosófica a partir de Enrique Dussel (1962-1976). 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

ZUBEN, NEWTON AQUILES VON. Diálogo e Existência no Pensamento de Buber. In: YOLANDA CINTRÃO FORGHIERI (Org.). Fenomenologia e Psicologia. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984.