

HELMAN TELLES DOS SANTOS REIS

**A ÉTICA PRINCIPALISTA COMO MODELO NA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE HUMANA**

**Florianópolis – SC
Dezembro de 2006**

HELMAN TELLES DOS SANTOS REIS

**A ÉTICA PRINCIPIALISTA COMO MODELO NA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE HUMANA**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Filosofia, como requisito à obtenção do
título de Mestre em Filosofia.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Orientador Professor Dr. Darlei Dall’Agnol

**Florianópolis-SC
Dezembro de 2006**

A ética não é uma ciência puramente especulativa, assim como a bioética, que se torna operativa ao passar às ciências da saúde: é no momento operativo que se desenvolve a vida ética e se realizam os valores. O que é importante ressaltar é que essa operacionalidade, quando conduzida de acordo com a coerência entre a competência específica e a consciência dos valores, torna ética, em primeiro lugar, a ação em si, mas contribui, ao mesmo tempo, para o enriquecimento do ser pessoal, tanto do profissional como do doente, bem como da comunidade. Se for verdade que uma sociedade é qualificada pelos valores e que uma profissão, como as daqueles envolvidos com serviços e cuidados em saúde, está cheia de responsabilidades pelos valores que atinge, é igualmente verdade que se deve tratar de valores atuais e encarnados e não apenas enunciativos.¹

¹ Adaptado de SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética*. I – Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 201.

AGRADECIMENTOS

O resultado de minhas pesquisas, e do desenvolvimento dos pontos de vista que serão apresentados nas páginas a seguir, ainda que não tenham a pretensão de ser considerados originais, buscaram, todavia, inspiração para, de alguma forma, por mais restritos que sejam, colaborar com o exercício filosófico. O presente trabalho é dedicado, como expressão de gratidão e homenagem, a todos aqueles que, no âmago de seus seres, mantiveram a convicção – que em algum momento e de alguma maneira lhes foi implantada – nas potencialidades do autor e destarte, de algum modo, procuraram efetivá-las quer pela orientação direta e especializada, quer pela audiência e troca de idéias de modo informal, quer, ainda, suportando a falta da presença íntima e amistosa, e finalmente procurando, com paciência e carinho – pois eis que nenhum humano está dele totalmente isento –, “levantar” o ânimo nos momentos de maior dificuldade técnica, psíquica ou material. Evitando citar nomes, para que não sejam cometidas omissões e injustiças, quero, entretanto, fazer uma exceção e destacar o nome de Kathya, minha esposa, sem dúvida a pessoa mais afetada pela minha ausência. O esperado é que o conteúdo destas linhas encontre o seu correto destino nas consciências a quem foi endereçado, cumprindo, assim, nessa expressão estética, a sua finalidade ética.

SUMÁRIO

Resumo / vii

Introdução / 08

**I - MODELOS ÉTICOS RELACIONADOS À FUNDAMENTAÇÃO
PRINCIPIALISTA / 17**

II - BIOÉTICA, ÉTICA BIOMÉDICA E PRINCIPIALISMO / 39

2.1. Bioética e Ética Biomédica / 39

2.2. Ética Principlalista / 43

2.2.1. Autonomia / 43

2.2.2. Não-maleficência/ 47

2.2.3. Beneficência / 51

2.2.4. Justiça / 54

III – ASSISTÊNCIA À SAÚDE / 71

3.1. A Vida e a Saúde como Bens / 71

3.1.1. A Vida / 71

3.1.2. A Saúde / 74

3.2. Por que uma teoria de cuidados com a saúde? / 78

3.3. Administrando os cuidados com a saúde / 81

3.4. O Relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente / 92

3.4.1. O encontro entre profissionais de saúde e pacientes / 95

3.4.2. As obrigações *prima facie* / 102

3.4.3. Veracidade / 106

3.4.3.1. Argumentos em prol das obrigações de veracidade / 107

3.4.3.2. Significado, abrangência e peso das obrigações de veracidade / 108

3.4.3.3. Administrando informações que afetam pacientes e colegas de profissão / 113

3.4.4. Privacidade / 115

3.4.4.1. O Conceito de Privacidade / 115

3.4.4.2. Justificações acerca do direito à privacidade / 116

3.4.5. Confidencialidade e Fidelidade / 117

3.4.5.1. Infrações justificadas das regras de confidencialidade / 120

Conclusão / 122

Bibliografia / 129

RESUMO

REIS, H.T.S. **A Ética Principlista como modelo na assistência à saúde humana.** [*Principlism as a model in human health care*]. Florianópolis, 2007. 132 pp. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.

Após recensear outros modelos éticos que influenciaram o *principlismo*, avalio a questão da vida e da saúde, como bens, decidindo pela pertinência de uma teoria de cuidados com a saúde. Isso nos leva a duas questões fundamentais: à administração dos cuidados com a saúde e ao relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes. No que diz respeito à administração dos cuidados com a saúde, é relevante estudar a contribuição do “princípio de justiça” na gerência de decisões concernentes à gestão dos serviços de assistência à saúde, mormente aqueles de caráter público. Por outro lado, reconheço a preservação, na cultura dos profissionais de saúde, da tradição de alívio à dor do próximo, o que incorpora dois dos princípios do *principlismo*: a beneficência e não-maleficência, que estão presentes de maneira consistente no encontro e na convivência entre aqueles que prestam serviços em saúde e aqueles que os utilizam. Da compreensão e do respeito destes princípios associados ao respeito à autonomia do paciente, concluo que a pluralidade de princípios proposta por Beauchamp e Childress está profundamente inserida na prática dos profissionais de saúde, tornando aplicável a proposta *principlista* para a *ética biomédica*.

Palavras-chave: Bioética. Ética Biomédica. Saúde. Justiça. Autonomia. Beneficência. Não-maleficência.

ABSTRACT

After reviewing other ethical models that influenced *principlism*, I evaluate the subject of life and health, as goods, deciding for the pertinence of a theory of health care. This leads us to two fundamental issues: the administration of health care and the relationship between health care professionals and patients. In what regards the administration of health care, it is important to study the contribution of the “principle of justice” to the process of decision-making in health care management, especially those in the public sphere. On the other hand, I acknowledge the preservation, in the health care professionals’ culture, of the tradition of relieving the other’s pain, which incorporates two of the principles of *principlism*: beneficence and nonmaleficence, both of which seem to be consistently present in the encounter and coexistence of health care providers and users. From the understanding and respect of those principles associated with the respect of the patient's autonomy, I conclude that the plurality of principles proposed by Beauchamp and Childress is deeply ingrained in the practice of health care professionals, thus justifying the applicability of *principlism* in *biomedical ethics*.

Key-words: Bioethics. Biomedical ethics. Health. Justice. Autonomy. Charity. Nonmaleficence.

INTRODUÇÃO

Ainda que a escolha do que fazer, diante de distintas situações concretas em que de algum modo estejamos envolvidos, seja um problema de ordem prático-moral, nem por isso é dispensável um aprofundamento consistente no campo teórico-ético. É nesse particular *espaço reflexivo* que será encontrada uma pluralidade de iniciativas teóricas que buscam fornecer ao agente moral o embasamento para suas decisões frente às alternativas formas de agir em diferentes circunstâncias.

Há autores que afirmam que “os problemas éticos se caracterizam pela sua generalidade, e isto os distingue dos problemas morais da vida cotidiana, que são os que se nos apresentam nas situações concretas”², cobrando-nos um posicionamento pessoal. Esse posicionamento assemelha-se ao posicionamento hegeliano sobre *eticidade e moralidade*.³

A finalidade da ética, para os antigos, estava relacionada tanto com o desenvolvimento das virtudes como com o controle das paixões, prestando-se a ditar regras e normas de conduta. A nova interpretação do conceito de pessoa humana, que passou a ser visto não mais relacionado à cidadania, mas sim ao próprio indivíduo, capaz de, *conscientemente*, se auto-determinar, estabeleceu uma reorientação do *propósito ético*.⁴

O homem, desde seus primórdios, buscou interferir na natureza e dominá-la, em ações que foram crescendo em extensão e complexidade até aos dias atuais. Entretanto, essa interferência no meio que o cerca implicou em transformações cujas extensões terminaram por atingir a si próprio. A percepção deste fenômeno é fundamental para a compreensão deste estudo. A espécie humana, hoje, se vê diante de novas possibilidades e desafios que configuram um horizonte antes desconhecido. As variadas alternativas geradas a partir do atual aperfeiçoamento técnico-científico geram perplexidade diante da presente avalanche de modificações, cujas conseqüências são em larga medida imprevisíveis. É nesse quadro que se insere o desenvolvimento das ciências biológicas, levantando crescentes conflitos, dúvidas e

² VÁZQUEZ, Adolfo S. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p.19.

³ “A moralidade abstrata e subjetiva não somente é pressuposta pela eticidade mas, ao unir-se com a objetividade do direito abstrato, permite a realização efetiva ou concretização (*Verwirklichkeit*) do movimento autoconsciente e autodeterminante da liberdade humana, através da história de suas figurações” (OLIVEIRA, Nythamar F. de. *Kant, Hegel e a Fundamentação Normativa da Ética*. <http://www.geocities.com/nythamar/kant1.html>. Acessado em 18 de dezembro de 2005).

⁴ Muitos filósofos contemporâneos, tais como Jürgen Habermas e Karl-Otto Apel, fazem uma separação entre a justificação das normas morais e a sua aplicação. Outros pensadores, como Peter Singer, discordam desse posicionamento, e investigam ética e moral de uma mesma perspectiva.

discussões éticas em busca de respostas e orientações que extrapolam o quadro da própria cultura técnica-científica. É nesse contexto que surge a preocupação bioética, termo utilizado pela primeira vez por Potter⁵. Portanto, é diante de desafios encontrados no corpo de uma cultura guiada por um certo paradigma⁶ de conhecimento que a bioética surge como uma espécie de resposta à necessidade gerada.

Assim, poder-se-ia dizer que a bioética tem uma tríplice função:

1. *descritiva*, consistente em descrever e analisar os conflitos em pauta;
2. *normativa* com relação a tais conflitos, no duplo sentido de proscreever os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e de prescrever aqueles considerados corretos; e
3. *protetora*, no sentido, bastante intuitivo, de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores, priorizando, quando isso for necessário, os mais “fracos”.⁷

A ética biomédica⁸ vincula-se à bioética, que, enquanto ramo da filosofia, está estreitamente relacionado com a mencionada *ética prática*, ou *ética aplicada*, e visa dar conta de controvérsias morais no âmbito das ciências da saúde, através do estudo sistemático das dimensões morais – aí se incluindo a indispensável reflexão acerca da moralidade, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e cuidados da saúde, empregando uma variedade de modelos/metodologias éticas, pesquisas e práticas multidisciplinares. Por exemplo, a pluralidade de princípios proposta por Beauchamp e Childress, seja como tipos de ação corretos (podendo ser obrigatórios) ou como referencial para considerações éticas – envolvendo quer a adequação de pesquisas realizadas em seres humanos, quer a prevenção e cura de suas enfermidades – está profundamente inserida na prática dos profissionais de saúde – ainda que estes, muitas vezes, disso não estejam conscientes.⁹

⁵ Apud, SCHRAMM, Fermin Roland, e BRAZ, Marlene, *Introdução à Bioética*. <http://www.ghente.org/bioetica/>. Acessado em 10 de dezembro de 2005.

⁶ Utilizo aqui a palavra paradigma conforme o sentido que lhe confere Kuhn (KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1996).

⁷ SCHRAMM, F.R. “Bioética para quê?”, *Revista Camiliana da Saúde*, ano 1, v.1, n.2, jul/dez de 2002, ISSN 1677-9029, pp. 14-21.

⁸ Em geral, as notícias que fazem alusão à ética biomédica se referem a conflitos dramáticos, não raro relacionados ao começo e ao fim da vida, ainda que a abrangência dessa disciplina não se limite a tais questões.

⁹ Beauchamp e Childress propuseram, em 1978, um referencial teórico que serviu de base para o que posteriormente se denominou de “*principlism*” (princípioalismo, em português), escola baseada no uso dos princípios como modelo explicativo. Os princípios defendidos são: (a) Autonomia; (b) Não Maleficência; (c) Beneficência e (d) Justiça (BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002).

Situações severamente problemáticas ocorrem, também, na tomada de decisões concernentes à gestão dos serviços de assistência à saúde, mormente aqueles de caráter público, onde responsabilidades não assumidas pelo setor privado e de abrangência coletiva disputam prioridades junto a outras que cobrem, ou deveriam cobrir, necessidades, mais ou menos urgentes, de parcela expressiva da população que não tem acesso a outras formas de assistência.

O presente estudo procurará investigar essas situações, tendo em vista a possível aplicabilidade da proposta *principlista* para a *bioética*, voltando-se particularmente para a *ética biomédica*, em que julgamentos e tomadas de decisões não raro se vêm face a situações dilemáticas.¹⁰

No contexto bioético/biomédico teríamos uma situação dilemática, por exemplo, em um caso de gravidez de alto risco onde a vida da gestante ou do feto estivesse ameaçada e, para se salvar uma vida, fosse necessário sacrificar outra.¹¹ Outro dilema pode ser verificado no caso de um médico que defenda certas convicções religiosas, como a não transfusão sanguínea entre pessoas distintas e, tendo jurado promover e preservar a vida, se veja na situação de ter de ir contra as suas crenças para salvar a vida de um paciente inconsciente ou arriscar ter sua licença médica cassada e sujeitar-se a outras implicações judiciais. Portanto, tais decisões não necessariamente levam aos mesmos resultados ou, o que é pior, nos casos que envolvem obrigações, caracterizam-se como *dilemas* quando a *única forma de se cumprir um dever é transgredindo outro dever*. Isto talvez se mostre pouco compreensível para os adeptos de um modelo ético naturalista, pois, se os seus argumentos estivessem corretos, a espécie humana apresentaria uma característica comportamental com modulação genética (aquilo que é), portanto qualquer que fosse a decisão tomada – nessas condições em vista de um certo *agir* – seria o padrão *natural* ou *correto* de conduta (aquilo que deve ser).¹²

¹⁰ Cabe esclarecer que a palavra *dilema* não é tratada aqui conforme o entendimento lógico, segundo o qual significaria o “raciocínio cuja premissa é alternativa, de sorte que qualquer dos seus termos conduz à mesma consequência”, mas sim como uma “situação embaraçosa com duas saídas difíceis ou penosas”, ambas passíveis de realização e de ser defensáveis tanto a nível argumentativo como em termos da realização técnica da solução proposta. Ver FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

¹¹ Uma gravidez de alto risco é uma gravidez na qual o risco de doença ou de morte antes ou após o parto é maior do que o habitual, tanto para a mãe quanto para o feto. Para identificar uma gravidez de alto risco, o médico avalia a gestante para determinar se ela apresenta condições ou características que a tornam (ou ao seu feto) mais propensa a adoecer ou a morrer durante a gestação.

¹² “A ética naturalista toma como base o processo e as leis da natureza. O certo é o natural. A natureza, numa primeira observação, ensina que somente os mais aptos sobrevivem e que os fracos tendem a cair e desaparecer na medida em que a natureza evolui. Tudo o que contribuir para a selecção do mais forte e a sobrevivência do mais apto é certo” (CALDEIRA, Inês. *Valores? Ética? Porquê?*, http://www.josedemello.pt/gjm_tdf_01.asp?lang=pt&artigo=299. Acessado em 16 de agosto de 2007). Tal domínio ético, ao buscar na natureza os fundamentos da vida moral, defende que tais fundamentos não dependem

Entretanto, essa doutrina já há muito foi caracterizada como um argumento quimérico, conhecido por *falácia naturalista*, por desconsiderar que conceitos naturais e conceitos éticos são tipos lógicos distintos e não redutíveis uns aos outros.¹³

Não é minha pretensão explorar dilemas em ética biomédica de maneira exaustiva. A pretensão básica é experimentar o *princípioalismo* como uma *matriz* ética orientadora, na assistência à saúde, através da oferta, da regulamentação, da distribuição e ordenação do acesso aos serviços específicos, bem como no relacionamento entre os usuários desses serviços e os profissionais que os executam.

É pertinente, antes que se discuta, eticamente, o acesso aos serviços de saúde, programas e políticas afins, bem como a atuação e o relacionamento entre profissionais da área e usuários, investigar se a saúde é, em si, algo defensável enquanto um tema ético; como um bem, por exemplo. O estudo da viabilidade do princípioalismo, como base para ações em ética biomédica, visa, principalmente, aquelas relacionadas no parágrafo anterior.

Evidentemente, existe uma grande quantidade de críticas ao princípioalismo, principalmente por conta de seu *ecletismo moral*, que parece não oferecer uma base argumentativa consistente para a tomada de decisões. Contudo, conteúdos de grande valor podem ser extraídos dos diversos modelos éticos, para complementar ou criar uma teoria ética mais abrangente; por tudo isso, penso que o termo *ético*, tal como usado atualmente, não pode perder de vista a sua relação com o significado de *ethos*, associado ao *caráter* e à decisão *conscientemente autônoma* de ações, para cujos *efeitos* é possível uma aceitação *consensual*.¹⁴ Não pretendo aqui analisar em profundidade as críticas feitas ao modelo sob escrutínio; mas, buscando verificar se o princípioalismo é, por si só, uma metodologia ética suficiente para

das crenças particulares e contingentes, e sim dos imperativos universais e a-históricos da natureza, de modo que as obrigações morais se tornam válidas para todo e qualquer indivíduo. Entretanto, a própria palavra *ética* deriva do termo que, em grego, tem duas formas de pronúncia — *éthos* e *êthos* — e dependendo do emprego destas o significado muda. A relevância desta comparação reside no fato de que *ethika* é o conhecimento racional, especificamente, de uma dessas duas formas. Em certos momentos, o *ethos* designava o conceito de *costume*, ou seja: valores comuns, práticas comuns, ideais ou valores universais ou de um grupo (é o que conhecemos hoje por moral). Já em outras ocasiões, o *ethos* se referia ao *modo de ser* ou *caráter* do indivíduo (Consultar: VIDAL, Marciano. *Moral de Atitudes*, vol. I Moral fundamental. Aparecida: Santuário, 1986, p.23). O conceito de costume se refere, mais propriamente, aos usos sociais repetidos. O entendimento de *caráter* refere-se a *natureza individual* de um ser, ou mesmo à sua potência, ou seja: aquilo sem o que um ser deixa de ser o que é. Portanto, pretende designar o resultado das ações de um indivíduo intrinsecamente, ainda que estas não lhe sejam naturais, pois não nascem com o sujeito como se fossem um instinto. São comportamentos adquiridos, quer por costume quer por construção de um certo caráter. A *ethika*, pelo exposto sobre a última referência de *ethos* (*êthos*), seria, portanto, o estudo da índole individual, da própria natureza do indivíduo e de sua necessidade. Assim, *ética* se refere a um princípio, ou princípios, e a moral a aspectos de conduta específicos. A primeira é permanente, universal, teórica e fundamenta a regra enquanto que a segunda é temporal, cultural, prática e constitui a conduta da regra.

¹³ Termo proposto por Moore, para vetar a inferência do que *deve ser* a partir do *que é* (ver MOORE, George Edward, *Principia Ethica*. São Paulo: Ícone, 1998).

¹⁴ Na medida em que seus efeitos venham a afetar terceiros de uma maneira *mensurável*.

juízos e ações subseqüentes, dentro das limitações que impusemos a este trabalho, outros modelos éticos serão brevemente revisados. Essa análise pretenderá testar se, isoladamente, o princípalismo se mostra satisfatório, como modelo, para resolver a maioria dos problemas de tomada de decisão nas situações cotidianas em saúde, nos moldes que já foram aqui colocados. Dado que existem outras propostas éticas para essas questões, correspondendo a distintos autores e escolas, e uma vez que muitas dentre elas sofreram modificações durante os últimos anos, seria sensato não se esperar, de nenhuma delas, algo como uma receita pré-fabricada que nos dê soluções fáceis para casos de extrema complexidade moral. Entretanto, alguns desses distintos projetos poderão ser utilizados, em alguns momentos deste texto, como contraponto, ou como reforço, à teoria que lhe serve de escopo – até porque dela, em parte, se fazem constituintes.

É provável que o uso de um modelo ético ajude a identificar os fatores que estão implicados na decisão que deve ser tomada. Tal diligência pode assegurar que se realize uma reflexão prévia, e ajudar a estabelecer certa ordem de prioridades. Ainda que nenhum procedimento, assim orientado, assegure a infalibilidade do ato, ele pode, entretanto, contribuir para evitar erros morais de maior gravidade, tais como os que costumam acontecer quando decisões importantes são tomadas seguindo-se um impulso de momento. Mas, mesmo a escolha de um modelo como referencial ou normatizador de ações implica em uma *opção individual*, relacionada ao caráter do sujeito. Assim, o agir baseando em uma teoria ética parece relacionar-se com a posse de *algo* prévio que é inerente ao agente ou, melhor ainda, que foi incorporado ao mesmo. Este *algo*, ou *característica*, pode ser afetado a partir de um estado de coisas ou não e, comumente, tenta-se estudá-lo e explicá-lo por uma *teoria de virtudes*. Entretanto, penso que tal característica – a de ser *virtuoso* – não deva apresentar-se tão vulnerável a uma ou outra situação, nem, tampouco, prestar-se a extremos. O sujeito virtuoso, após a análise de todos os fatores envolvidos em uma dada circunstância, deve guardar uma *disposição* estável – disposição essa determinante em tomadas de decisões que, conforme o referencial ético adotado, sejam passíveis de tornar-se consensuais – como já afirmei, anteriormente.

Posicionar-me-ei de tal modo que, nos exemplos abordados, seja adotado um critério de *princípios* como *base* para juízos éticos. Entretanto, o critério de escolha de princípios, bem como sua hierarquização, poderão e até deverão sofrer influências de outras escolas éticas: principalmente a ética *deontológica*, mormente através de Kant, ou a ética *consequencialista*, via utilitarismo.

No intuito de fundamentar a análise no melhor curso possível a ser dado a tais escolhas, na seção inicial deste trabalho recordarei, de forma resumida, aquelas filosofias bem como os conceitos de *bioética*, *ética biomédica* e o conjunto de princípios defendidos pela *ética principialista*. Pretendo, com isso, que o leitor os tenha razoavelmente esclarecidos quando adentrar a próxima seção, cujo eixo principal é, como já foi dito, a assistência à saúde e o relacionamento entre os profissionais desta área e os usuários.

Ainda na *primeira seção*, defendo que o modelo *principialista* deva ser complementado em sua estrutura interna. Entretanto, a análise da possibilidade de adição de um “quinto princípio”, aos quatro apresentados, originalmente, pela proposta principialista, irá requerer um aprofundamento à parte, o que não fará parte desta dissertação.¹⁵ Tampouco será explorada neste texto a idéia de um possível, ou até mesmo necessário, *metaprincípio* que pudesse suprir a lacuna acerca do critério a ser adotado na escolha de princípios. O recurso *prima facie* é um interessante *mecanismo* que relativiza os princípios entre si, mas não oferece base para uma formulação *precisa*, a partir da qual se possam *derivar* regras complementares, como em outras teorias, como, por exemplo, em Kant, no Utilitarismo ou em Rawls.

Na *segunda sessão*, defendo, que ao se fazer uso de contribuições oriundas de outras formulações éticas, amplie-se a utilização do recurso *prima facie* para além de sua costumeira aplicação aos princípios propostos pelo principialismo, como um todo. Sugiro aplicar-se o mesmo recurso em relação aos demais modelos éticos - analisados e defendidos em suas respectivas pertinências que interessam às intenções aqui inseridas – priorizando-se, diante de alguns problemas éticos, soluções propostas por um certo modelo – o kantiano, por exemplo – quando outros meios de superação, defendidos por outro modelo – o utilitarista, por exemplo – não se mostrarem tão eticamente resolutivos em uma situação específica. Poderia ser este o caso, em que, ao se procurar promover o bem-estar para um maior número de indivíduos, se estivesse tratando os mesmos indivíduos como meros meios. Reconheço que essa situação aponta para a necessidade do desenvolvimento de um meta-princípio, algo que não será trabalhado no presente texto.

A finalidade deste somatório de alternativas é aplicá-lo à *ética biomédica*, de modo a transformá-la em uma ferramenta de maior abrangência e precisão, tanto na tomada de decisões como na efetivação de ações, no âmbito dos propósitos aqui apresentados.

¹⁵ Tecerei, na conclusão desta dissertação, uma breve consideração sobre a introdução desta hipótese, proposta por DALL’AGNOL, que se baseia em um possível *valor intrínseco* da vida, resultando, então, em um novo princípio - o *princípio de reverência à vida* (ver DALL’AGNOL, Darlei, *Bioética*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004).

Na *terceira seção*, dedico-me a analisar vida e saúde, enquanto bens a serem defensáveis por uma argumentação ética. Avalio, ainda que de modo breve, a pertinência de uma *teoria de cuidados com a saúde* para, em seguida, discutir a assistência à mesma e, na seqüência, estudar o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, já tendo em vista as possíveis deliberações que aquele terá de tomar diante de dilemas na prática de sua profissão, seja no âmbito privado seja no público.

Assim, acredito que a função fundamental da *ética biomédica*, bem como de qualquer teoria, é a de explicar, esclarecer ou investigar determinada realidade, elaborando, para esta, os conceitos correspondentes e propondo soluções para os problemas que encontra.

Optei por lidar com categorias ou exemplos menos contemplados pela atenção acadêmica, por acreditar que nesses territórios os desafios se tornam estimulantes para o desenvolvimento de nossas capacidades morais. Estas poderão se manifestar através de *virtudes*, tanto *institucionais* quanto *pessoais*, por ocasião da *escolha* e da *prática* de um certo modelo ético. Com isso, desde já, assumo a importância da posse e do incremento desses elementos – o desenvolvimento e a prática de certas virtudes – pelos profissionais de saúde, no contexto de seus respectivos ofícios, ainda que não defenda, necessariamente, uma teoria ética fundamentada nos mesmos.

Além dos objetivos descritos, que minha proposta intenta alcançar, ela, ainda, se caracteriza por:

- a. Avaliar a possibilidade de considerar como ponto de partida, para a solução ou a orientação de ações em ética biomédica, a proposta *principialista*.
- b. Levar em consideração as contribuições aproveitáveis de outras correntes éticas “concorrentes”.
- c. Defender um posicionamento não radicalmente antipaternalista.¹⁶
- d. Defender o posicionamento de quatro princípios básicos.
- e. Aceitar associar ao *edifício ético* proposto uma teoria de virtudes *complementar*.
- f. Concluir pela necessidade de se desenvolver um *metaprincípio* para a proposta principialista.

¹⁶ Sendo que, neste trabalho, me posiciono favoravelmente à manutenção do princípio de autonomia, conforme prescreve o principialismo, gostaria de esclarecer que o posicionamento “não radicalmente antipaternalista”, o qual assumo, se deve ao fato de que o endossamento do antipaternalismo radical, levaria à uma radical não interferência na autonomia dos indivíduos que, como esclarecerei no decorrer desta dissertação, nem sempre estão em condições de exercê-la.

De modo geral, os dilemas relacionados às questões de início e fim de vida costumam despertar mais atenção do que aqueles que aqui nos ocupam, tanto nos círculos acadêmicos como na sociedade em geral. Entretanto, nessa dissertação, tenho outros objetivos, já definidos acima. Acredito, inclusive, que os presentes estudos se fazem previamente necessários, vindo posteriormente a integrar-se a uma investigação mais delongada acerca daqueles temas, moral e emocionalmente mais agudos.

A nossa preocupação não é com competições mas com litígios entre linhas de pensamento, onde o que está em jogo não é qual ganhará ou qual perderá uma corrida, mais quais são seus direitos e obrigações recíprocos e também diante de todas as outras possíveis posições de queixa e contestação.

Gilbert Ryle¹⁷

¹⁷ RYLE, Gilbert, *Dilemas*. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 10.

I – MODELOS ÉTICOS RELACIONADOS À FUNDAMENTAÇÃO PRINCIPIALISTA

Talvez fosse cabível se referir aos modelos éticos como teorias de referência para abordagem de questões pertinentes ou específicas da *ética*. Evidentemente, cada teoria tem uma intenção, ou um conjunto de intenções, não se esgotando em si mesma. Tais intentos constituem-se em *sub-propósitos* do *propósito ético*. Cada teoria tem seus méritos e problemas. Entendidas as coisas deste modo, os diferentes modelos éticos não são concorrentes entre si; antes, seriam teorias complementares, ainda que se possa enfatizar aspectos aparentemente antagônicos entre elas, mas que amiúde se referem a uma ou outra especificidade da problemática ética. Portanto, ainda que uma teoria busque ser melhor do que outra não constitui, em si mesma, um sistema acabado ou perfeito, longe disso: tal teoria, ou se moldou a partir de um diálogo com outra(s) teoria(s), ou, mesmo, incorporou elementos dessa(s) teoria(s). O Princípioalismo não é exceção.

Entretanto, antes de discutir o Princípioalismo, vou recordar, brevemente, dois dos principais modelos éticos que influenciaram a sua formulação: a ética kantiana e o utilitarismo.

As éticas que seguem o modelo deontológico põem o centro do valor moral nas regras morais. Quando se seguem tais regras, procede-se de forma moralmente correta, e quando essas mesmas regras são violadas se incorre em erro ético.

Kant aperfeiçoou o sistema deontológico – desenvolvido ao molde dos “dez mandamentos”, por demais simplificador, rígido e que impunha o que se devia ou não fazer –, e deduziu um princípio que permite ao agente concluir, por intermédio da razão, se a ação, bem como a regra nela envolvida, são moralmente corretas: o *imperativo categórico*.¹⁸

¹⁸ A compreensão da ética kantiana exige, como requisito indispensável, a compreensão do seu *imperativo categórico*, princípio fundamental da teoria moral do filósofo de Königsberg. Um imperativo chama-se *hipotético* quando se limita a indicar os meios que se deve empregar, ou querer, para realizar outra coisa proposta como fim; e chama-se *categórico* quando constitui um postulado incondicional, cuja vigência não tem por que ser derivada e nem se deriva de nenhum outro fim a não ser o que vai implícito dentro de si mesmo, na afirmação de um valor último e certo por si mesmo. Eis a sua fórmula universal: “*Age segundo a máxima que possa simultaneamente fazer-se a si mesma lei universal*” (KANT, E. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, FMC. São Paulo: Abril cultural (col. Os Pensadores), 1980, § 73). O estatuto epistemológico dos imperativos *hipotético* e *categórico* é o mesmo das categorias *a priori* do pensamento. No primeiro caso, a razão fornece um princípio norteador da ação voltada para outros homens. No segundo caso, o entendimento fornece as regras, as categorias (ou princípios) segundo os quais as sensações, absorvidas pela intuição, devem ser processadas. O

A importância progressivamente conferida ao conceito de liberdade terminou por deslocar a eticidade para o âmbito da responsabilidade pessoal. Alguns subordinam essa nova condição a uma *idéia de dever* e, por extensão desse entendimento, as éticas deontológicas, tais como a kantiana e sucessoras, passaram a ser superestimadas a partir do seu corolário, ou seja: a partir daquilo que deduzem – a obediência irrestrita à regras morais subordinadas ao “imperativo categórico”. Críticos reduzem tal dedução à designação de *ética de intenções*, a qual, no entender dos mesmos, não seria *suficiente* para fundamentar uma pretensa teoria ética. Thadeu Weber, opondo-se a este posicionamento – que parece valorizar, em excesso, as intenções - destaca, por exemplo, Apel, que “pensa uma ética da responsabilidade, isto é, que leva em conta as conseqüências e efeitos colaterais dos atos dos sujeitos agentes”.¹⁹ Ou seja, agir, *meramente*, por dever diante de uma regra moral estabelecida – dizer *sempre* a verdade, por exemplo – pode não ser suficiente para a caracterização da ação ética. Dever-se-ia, também, considerar as conseqüências do ato, pois da ausência de condicionantes no cumprimento dessa obrigação pode resultar danos graves – como a morte de um inocente, por exemplo.

Por sua parte, Rohden faz a defesa do modelo ético kantiano, manifestando-se contrariamente a Max Weber – que também desenvolve uma *ética de responsabilidade* –, e afirma que o “sujeito moral kantiano” não pode ser pensado como irresponsável, tampouco o podem aqueles sujeitos que ajam com base em princípios, pois teriam a obrigação de se empenhar por sua realização. Rohden afirma ainda que Dutra, em *Kant e Habermas - A Reformulação Discursiva da Moral Kantiana*,

entendeu corretamente a reconstrução do imperativo como um procedimento formal de resolução de conflitos morais de forma racional, com as supostas vantagens de maior aplicabilidade e concretude, e levando em conta efeitos colaterais. Reconheceu com isso que no conteúdo da filosofia prática de Kant não estão em jogo questões de aplicação mas de justificação do ponto de vista moral.²⁰

Entretanto, isso é um problema comum a qualquer modelo ético: encontrar uma “causa razoável” para uma determinada ação.

resultado do trabalho da razão prática são leis racionais e universalizáveis. O resultado do trabalho da razão teórica são conceitos gerais e necessários (universais).

¹⁹ WEBER, Thadeu, *Ética e Filosofia Política: Hegel e o Formalismo Kantiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999. p. 104.

²⁰ ROHDEN, Valério, in DUTRA, Delamar Volpato, *Kant e Habermas - A Reformulação Discursiva da Moral Kantiana* (resenha), *Ethic@*, Florianópolis, v.1., n.1., Jun. 2002, pp. 97- 100.

Para Kant, o poder de escolha que possuímos entre decidir optar pela moralidade ou rejeitá-la é, ele mesmo, um poder livre.²¹ Entretanto, penso que tal “poder” está condicionado a uma faculdade, inerente ao próprio homem, que é a capacidade de desejar.²² Se este pensamento estiver correto, o desenvolvimento dos atos tem como motor o desejo que prepondera sobre ou, antes, dá suporte às tomadas de decisão dos sujeitos atuantes, pressupondo-se, claro, que exista inter-relação entre vontade e ação. Assim,

a decisão por agir de acordo com uma tendência determinada pode ser considerada livre, observando a postura adotada pela pessoa diante das estratégias disponíveis e o critério aceito como válido. Com isso, pode-se distinguir as ações voluntárias das involuntárias; entre os colaboradores e os escravos, entre os cúmplices e as vítimas de coação. Mesmo que o agente não seja livre, no sentido de ser a causa inicial de uma nova série de acontecimentos ligados a ele, a partir do instante em que delibera por seguir uma determinada ação, em detrimento de um protesto contra sua execução, a pessoa assume a responsabilidade pelas conseqüências daí resultantes, [independentemente] do fato de ter alternativas ou não. Em outras palavras, se for possível ao agente racional concordar ou não com o curso dos acontecimentos, se ele puder refletir sobre os antecedentes e as conseqüências de uma relação causal e, depois disso, assentir na sua realização, tornando-se, conscientemente, parte da cadeia determinista, então esse sujeito será considerado ‘autor-responsável’ pelo rumo dos fatos.²³

Entretanto, seja qual for o grau de responsabilidade imputável ao agente, passível de ser considerado um sujeito *potencialmente ético* – digamos que o critério seja a racionalidade –, de qualquer modo lhe é inseparável a condição de *competência ética*, que pode ser entendida como a capacidade de identificar seus possíveis vícios, ainda que relativizados a um certo meio, e providenciar a sua reorientação de modo que as suas ações, naquele mesmo meio, sejam menos predatórias. Nesse aspecto particular, parece que a linha-mestra que

²¹ Rohden entende não ter ficado bem esclarecida, em Kant, a questão do primado da liberdade sobre a lei, concluindo que “Numa ética da liberdade como a de Kant, paradoxalmente, a consciência da lei evoca mais freqüentemente a impressão de um legalismo repressivo do que uma ética da autonomia” (ROHDEN, V., *Interesse da Razão e Liberdade*. São Paulo: Editora Ática, 1981. pg. 76).

²² A capacidade de desejar, entretanto, não é a mesma coisa que desejo. O desejo é moldado a partir de elementos não pertencentes ao agente, ou seja, é socialmente construído. O próprio Kant, conforme recorda Schneewind, “retrata os humanos como desejando e necessitando da companhia e apoio uns dos outros” (SCHNEEWIND, J. B., *A Invenção da Autonomia*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 200. p. 564).

²³ SILVA, R. A., *Liberdade Ainda que Restrita*, <http://www.geocities.com/discursus/textos/liberal.html>. Acessado em 05 de outubro de 2005.

percorre todos os modelos éticos é valorizar atos de cooperação social, e desacreditar ações que possam desestabilizar o nicho social específico onde ocorrem.²⁴

Em que pese as dificuldades do kantismo, um dos seus maiores trunfos é a busca de critérios de *universalidade* ética. No contexto atual de globalização das interações, critérios desse tipo parecem ser mais necessários do que em outros períodos históricos.

Concordando com as dificuldades de interpretação da obra kantiana, Dall’Agnol destaca, nesta última, três momentos fundamentais na gênese de uma ação com valor ético. Tais são:

1. O estabelecimento de máximas.
2. O imperativo categórico.
3. O respeito pelo dever.²⁵

Ou seja, em um primeiro momento se elaboram regras subjetivas do agir; posteriormente, as mesmas são testadas por intermédio do “imperativo categórico”; por fim, deve-se seguir as regras, consideradas agora “leis morais”, por puro “respeito ao dever” (devo porque devo). Conforme Maritain, “o dever pelo dever é a única motivação autenticamente moral”,²⁶ de tal modo que até se poderia dizer que “a boa vontade é a vontade de agir por dever”.²⁷ Somente assim a vontade seria moralmente boa e a ação teria valor moral.

A vontade²⁸ que orientaria esta forma de conduta – cumprir o dever pelo dever – seria boa em si mesma, e não a) pelo que promove ou realiza; b) pela aptidão para alcançar uma finalidade; c) pela sua utilidade; d) pelas conseqüências do ato; ou ainda e) pela intenção.

Por isso, Kant formulou a seguinte proposição: “Neste mundo, e também fora dele, nada é possível pensar que possa ser considerado como bom sem limitação a não ser uma só coisa: uma boa vontade”.²⁹

A proposição corresponde ao fato de que, quando julgamos uma ação moralmente boa, é a vontade que determina a ação que nós julgamos. Assim, pode-se concluir que não

²⁴ É curioso que teorias do “fim de análise” entre os lacanianos têm convergido pelo menos num ponto: uma vez que não existe consenso sobre o que seja “sanidade plena” o que passa a interessar, então, é que o paciente possa retornar à frequentação dos laços sociais que lhe interessa manter e animar.

²⁵ Ver, DALL’AGNOL, Darlei, op. cit., p. 90.

²⁶ MARITAIN, J. *A Filosofia Moral*. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1973. p. 122.

²⁷ PASCAL, G. *O Pensamento de Kant*. Petrópolis: Editora Vozes, 1990. p. 112.

²⁸ Kant entende que a matéria de um princípio prático é objeto da vontade; portanto, as “máximas morais” são regras do agir válidas somente para o agente. Kant, partindo da *Fundamentação*, onde apresenta a autonomia da vontade enquanto autodeterminadora e legisladora universal, procura provar a realidade efetiva da liberdade na *segunda Crítica*. A ligação do entendimento de liberdade com a *primeira Crítica* faz-se a partir do relacionamento desta “com uma experiência específica, a do esforço que eu posso efetuar quando não me deixo determinar por puros móveis sensíveis. A liberdade é apreendida em uma experiência psicológica; ela é em mim, um fato empírico. A liberdade prática não é, afinal, diferente em natureza da causalidade natural” (CRAMPE-CASNABET, Michèle. *Kant - Uma Revolução Filosófica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994).

²⁹ KANT, *FMC*, op. cit., § 01.

podemos ser responsabilizados por uma ação que somos forçados a praticar, ou pelas conseqüências que possam decorrer de uma ação e que não poderiam ser previsíveis para nós.

Desse modo, entramos no âmbito inteligível da razão, sendo conclusivo, então, que somente as ações racionais são ações livres,³⁰ e será a apropriação racional da lei moral que nos mostrará a existência da liberdade. “Portanto, ter consciência da lei incondicional da vontade é possuir uma causalidade incondicional, é ser efetivamente livre”.³¹

Para Kant, “a moral, ao exigir que o motivo da ação seja o próprio dever, exige uma total transparência do interior, dominando completamente a vontade, não lhe deixando espaço algum de mobilidade”.³² Nesse sentido, a ética kantiana “é *rigorista*, isto é, sustenta que o valor moral de um ato está relacionado com um certo modo de cumprir a regra, independentemente de suas conseqüências”.³³

Em bioética e, principalmente, em ética biomédica não podemos agir de forma tão extremada. Ainda que Rohden negue a existência de um “sujeito moral kantiano” irresponsável, é conhecida a “controvérsia” entre Kant e Benjamin Constant sobre a obrigatoriedade irrestrita de se dizer a verdade e suas conseqüências.³⁴ Relativamente a esse aspecto, assim se posiciona Sponville:

o que é essa virtude tão preocupada consigo, com sua integridade, com sua dignidade, que, para se preservar, está disposta a entregar um inocente a assassinos? O que é esse dever sem prudência, sem compaixão, sem caridade? (...) A veracidade é um dever? Admitamos. Mas a assistência a uma pessoa em perigo é outro, e mais premente.³⁵

Em que pese a relevância prestada à ética biomédica pela ética kantiana, como, por exemplo, a justificável advertência de não considerar uma pessoa como *mero* meio, mas como fim em si mesma, e a proposta universalizante para proposições éticas, seu argumento do

³⁰ Frangiotti, considerando que somente aos agentes livres podemos atribuir responsabilidade e punição, conclui pelo surgimento de uma aparente aporia no pensamento kantiano. Sugere, como possível solução a essa aporia, considerar a distinção kantiana entre liberdade transcendental e prática, a primeira precedendo à segunda. Para um maior esclarecimento desta questão, remeto o leitor para o texto *Responsabilidade e Moralidade em Kant*.

³¹ HERRERO, F. J. *Religião e História em Kant*. São Paulo: Edições Loyola, 1991. p. 20.

³² DUTRA, Delamar José Volpato, *Razão e Consenso em Habermas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 209.

³³ DALL’AGNOL, op. cit., p.91 e 99.

³⁴ Entendo que as ações de sujeitos racionais, no âmbito social – que é onde podemos nos afetar mutuamente – devem ocorrer ao modo do “agir comunicativo”, que implica em *conseqüências* tais, cujas responsabilidades são divididas entre os comunicantes de verdades ou inverdades e, mesmo, entre os silentes. Kant com seu anti-conseqüencialismo parece atentar contra à própria razão, defendendo, intransigentemente, a “virtude” de ser verídico, sob quaisquer circunstâncias.

³⁵ COMTE-SPONVILLE, André. *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*. São Paulo: Martins Fontes, 1995. pp. 221-222.

cumprimento da norma ética *estritamente* por respeito ao dever parece ser injustificável. O resultado ou alcance das ações dos profissionais de saúde em relação aos pacientes e familiares destes é da maior relevância, e de modo algum se pode pautar por uma orientação anticonsequencialista. Há que se distinguir entre o valor da ação e o valor de sua consequência.³⁶

Hull entende que os deontologistas são freqüentemente *absolutistas*,³⁷ e Wallace define como *absolutistas morais* “aqueles que defendem que há pelo menos uma regra moral simples e que não admite exceções, como ‘é sempre errado matar pessoas inocentes/quebrar promessas/dizer mentiras, etc.’”. Éticas consequencialistas, tais como o utilitarismo, rejeitam este tipo de regramento, relativizando a opção por certa ação à circunstância em que se encontra o *agente moral*. Não raro a única maneira de se minimizar um efeito mais devastador em uma situação-limite é, justamente, infringir regras. Com isso, pretende-se evitar um mal maior. Wallace cita o conhecido dilema³⁸ em que

um agente moral, A, se encontra numa situação em que, se matar uma de vinte pessoas inocentes que estão prestes a ser executadas, fará com que as restantes dezenove sejam libertadas. Por outro lado, se A se recusar fazer isso, o seu captor matará todas as vinte pessoas.³⁹

Como consequencialistas podemos entender as éticas que valorizam as consequências possíveis das ações como parâmetro para a sua efetivação. Assim, entre diversos atos que possam ser praticados, devem ser priorizadas as ações que tendam a gerar as melhores consequências.

Contudo, *consequencialismo* é um termo muito genérico, que se aplica a qualquer teoria moral que leve em conta, prioritariamente, os efeitos dos atos. Na própria terminologia filosófica, não está estabelecida uma clara distinção entre *consequencialismo* e *utilitarismo*, que é uma de suas *formas de apresentação* mais comum ou influente. Para esta *forma*, existem, inclusive, diversas interpretações. Contudo, de maneira geral, os utilitaristas substituem pela consideração de fim a consideração dos meios que determinam as ações

³⁶ Os dilemas morais parecem ser um meio de testar a “eficácia moral” de quem enfatize uma ou outra coisa em suas teorias ou modelos éticos.

³⁷ HULL, Richard T. *The Varieties of Ethical Theories*. <http://www.richard-t-hull.com/publications/varieties.pdf>. Acessado em 27 de abril de 2006.

³⁸ Sobre este dilema, consultar WILLIAMS, Bernard & SMART, J.J.C. *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973. p. 98.

³⁹ Wallace chamou a isto de “Dilema de Williams”. WALLACE, Gerry. *Dilemas Morais e Responsabilidade*. http://www.didacticaeditora.pt/arte_de_pensar/leit_dilemas.html. Acessado em 22 de abril de 2006.

humanas, rejeitam o egoísmo,⁴⁰ opondo-se a que o indivíduo deva perseguir seus próprios interesses, mesmo às custas dos outros, e se opõem, também, a modelos éticos que considerem ações ou tipos de atos como certos ou errados às expensas das conseqüências que eles possam acarretar.

Para os opositores deontológicos do utilitarismo, este não é uma teoria moral para sujeitos morais providos de seriedade, pois, na sua concepção extremista, a teoria utilitarista não comporta valores morais cruciais, como a justiça e a integridade.

Se, por um lado, o dilema apresentado anteriormente nos faz perceber a complexidade da ética e concluir que é inútil procurar um *princípio moral fundamental* que permita resolver *todos* os dilemas morais, por outro lado destaca a auto-alegada *superioridade racional* do utilitarismo, que se manifesta em questionamentos como: “pode a morte de vinte pessoas ser melhor do que a morte de uma?”; “qual seria a ‘profundidade moral’ de proibições absolutas se, ao nos decidirmos por sua aplicação, produzimos um resultado pior do que aquele que seria obtido através do da infringência da regra?”; “a obediência irrestrita à regra, no absolutismo, não seria, em última instância, confusão e irracionalidade?”.

Nesse sentido, é mister considerar a pertinência das contribuições dos modelos teleológicos para a questão da ética biomédica. A atenção à saúde cobrada de forma precisa, tanto pelos usuários, como pelos órgãos de classe, legislação, pares profissionais e sociedade em geral, impele os prestadores de serviços de saúde a considerar, *obrigatoriamente*, as *conseqüências* de seus atos da forma mais *abrangente* possível. De modo geral, os profissionais de saúde, por necessidade, pautam-se, ainda que nem sempre oficialmente, por orientações conseqüencialistas.

Geralmente, as críticas em relação a esse modelo ético são, ao meu ver, muito precipitadas e parciais. Por exemplo, os objetivistas acusam o conseqüencialismo de não incluir conceito algum de valor, direitos ou virtude, quando avaliam as conseqüências de uma dada ação. Entretanto, são os próprios objetivistas que afirmam “as coisas serem o que são”, independentemente da observação do homem, de sentimentos ou de crenças.

O próprio adjetivo *melhor* é um conceito que se refere a um valor. Se um modelo ético conseqüencialista pretende ser universal – como é o caso –, o exemplo estapafúrdio de uma maioria nazista invocar o modelo conseqüencialista para justificar a eliminação de uma minoria em vista do benefício do grupo preponderante é inconsistente, ao pretender, com esse

⁴⁰ O utilitarismo desconsidera o chamado “egoísmo ético” – uma inconsistente forma de conseqüencialismo –, rejeitando a idéia de que o agente deva sempre perseguir os seus próprios interesses mesmo naquelas situações em que possa lesionar outros.

exemplo, desqualificar o consequencialismo como um modelo responsável. Ora, este modelo, justamente, considera as melhores conseqüências para todos os envolvidos, e portanto parece ser, também, uma *ética de responsabilidade*. Se isso for verdade, ao tomarmos uma decisão moral, devemos considerar todas as alternativas disponíveis, pesar as conseqüências prováveis de cada uma delas e, finalmente, optar pela alternativa que acarrete os melhores efeitos para todos os envolvidos.

Aquela e outras acusações são vistas por alguns autores como resultado ou influência de “uma onda puritana, deontológica e neokantiana”.⁴¹ Exemplos dessas acusações seriam as que apontam para inúmeros desrespeitos *mais básicos* aos fundamentos da moral – tais como o desrespeito à justiça ou à integridade humana, bem como o desprezo pelo cumprimento das promessas ou o desprezo pelo cuidado devido a grupos unidos por fortes relações sociais ou vínculos afetivos,⁴² grupos esses aos quais tais cuidados (por exemplo: os papéis paterno e materno) se afiguram intrínsecos. Outro exemplo, ainda, seria a distribuição caprichosa e injusta da felicidade.

Para o consequencialismo, os resultados valem mais do que as intenções dos agentes; deste modo, como quer White, trata-se de um modelo ético de *resultados orientados*, enquanto o modelo kantiano seria uma ética de *atos orientados*.⁴³

O utilitarismo representa um avanço na fórmula geral do consequencialismo. Conforme este modelo, a correção ou o erro de uma ação são determinados pelas conseqüências *totais* da mesma, por precisar qual o *valor* a ser priorizado nas conseqüências dos atos e, portanto, *incrementado* (melhorado) ou, no caso específico do utilitarismo, *maximizado*, o que não implica desconsideração pela qualidade. Nesse aspecto, a teoria de John Stuart Mill representa um avanço, relativamente, aos pontos levantados por seu antecessor, Jeremy Bentham. Na forma proposta por Bentham, o valor a ser perseguido é o prazer. Assim, uma ação eticamente correta é aquela que produz *maior* prazer ou menor sofrimento para a maioria dos envolvidos.⁴⁴

⁴¹ Ver GUIÁN, Esperanza. “Utilitarismo, Justiça e Felicidade”, in: PELUSO, Luis Alberto (organizador). *Ética e Utilitarismo*. Campinas: Editora Alínea, 1998. p. 113.

⁴² A este respeito, assim se posiciona Mill: “o que atraiçoa o amigo que nele confia, é culpado de um crime, mesmo que o seu intuito seja servir outro amigo ao qual deva mais obrigações”. Ver: MILL, John Stuart. *Utilitarismo*. Coimbra: Atlântida Editora, 1976. p. 33.

⁴³ WHITE, Thomas. *Resolving an Ethical Dilemma*. <http://www.ethicsandbusiness.org/pdf/strategy.pdf>. Acessado em 20 de abril de 2006.

⁴⁴ Para mensurar a diferença entre um e outro, Bentham propôs o “cálculo utilitário”, avaliando o prazer e a dor em termos de intensidade, duração, certeza, proximidade, fecundidade e pureza para os envolvidos fazendo, em seguida, o balanço final (BENTHAM, Jeremy. *Uma introdução aos Princípios da Moral e da Legislação*. In: *Bentham / Mill*. São Paulo: Abril Cultural (col. Os Pensadores), 1979).

O utilitarismo entende que a proposta da ética é guiar as ações das pessoas de modo a tornar o mundo *melhor*, o que pressupõe um mundo viável, já que em uma situação de inviabilidade nada haveria para melhorar. Portanto, a ênfase do utilitarismo está nas conseqüências e não nas intenções. A motivação do agente não é relevante para a proposta utilitarista, pois mesmo de uma má motivação podem resultar ações de efeitos benéficos.⁴⁵

É comum se ouvir acusações de que o utilitarismo incorre em uma série de paradoxos; entretanto, conforme Bizarro,

estes paradoxos só se aplicam a uma versão clássica do utilitarismo. Se considerarmos uma versão moderna de utilitarismo do tipo da de Stuart Mill, o utilitarismo torna-se uma doutrina coerente e defensável, senão na sua vertente moral, pelo menos enquanto concepção política.⁴⁶

Em geral, os exemplos com os quais os opositores do utilitarismo lidam remetem para um indivíduo, ou grupo de indivíduos, afirmados como minoria, sendo usados como *mero* meio para satisfação das necessidades de outros, considerados maioria. De minha parte, nada pude encontrar, no histórico da teoria utilitarista, que prescrevesse, a partir do princípio adotado por este modelo ético, que na busca da maximização da quantidade ou qualidade do bem-estar – mesmo que se trate da felicidade – para o maior número de indivíduos, algum desses pudesse ser usado como *mero* meio. A interpretação, ou melhor, a distorção, do conteúdo utilitarista – distorção que chega ao ponto de afirmar, por exemplo, que o mesmo defenderia que se estripasse um indivíduo, saudável, para suprir de órgãos dois ou três a mais, que necessitassem de transplantes – é, na melhor das hipóteses, meramente fantasiosa, se oriunda de má informação e, na pior, ridícula, se fruto de má intenção.

Conforme Guisán,

O sacrifício das minorias ou a penalização do inocente são atitudes impensáveis em uma teoria na qual um de seus principais representantes, Bentham, (...) proibia o sacrifício do

⁴⁵ Por exemplo, alguém pode visar lucro, em interesse próprio, ao montar uma empresa. Contudo, a empresa pode gerar dezenas, centenas de empregos – o que proporcionará o sustento de várias famílias, a diminuição da miséria, violência, etc. É esse o fato relevante e não a motivação do agente – o qual, muitas vezes, em busca de uma sofisticada e utópica coerência entre suas autodeterminações e atos, acaba por perpetrar ações de efeitos deletérios, injustos ou nitidamente imorais, como no exemplificado “embate” entre Kant e Constant.

⁴⁶ BIZARRO, Sara. *Utilitarismo Moral e Utilitarismo Político*. <http://www.geocities.com/revistaintelecto/utilitar>. Acessado em 27 de setembro de 2005.

inocente, assim como sua penalização, ao exigir uma proporção entre o crime e o castigo.⁴⁷

Note-se bem que, na *total impossibilidade* de se atender a interesses em conflito de mais de um indivíduo, considerados enquanto fins em si mesmos, não resta outra alternativa, no entender utilitarista, senão optar por ações que maximizem a *felicidade* ou o *bem-estar* do maior número de indivíduos, envolvidos pelas conseqüências do ato. O conceito de “felicidade” nem sempre tem sido bem interpretado, assim como o conceito de “prazer”. Proponho, portanto, que se utilize a expressão: *consideração ponderada de interesses*, realizada em, pelo menos, uma *primeira* e uma *segunda instâncias*,⁴⁸ cuja maximização do “bem-estar” deverá relevar tanto aspectos *quantitativos* como *qualitativos* de *maiorias*, na *total impossibilidade* de se contemplar a todos e sem reduzir nenhum dos envolvidos a *apenas* um meio *em si*, e empregando o máximo de recursos *mensuráveis* para se minimizar os possíveis efeitos adversos sobre aqueles que não puderam ser integralmente contemplados com a maximização das benesses. Aquela expressão jamais deve ser afoitamente utilizada para justificar ações do tipo: “deve-se matar judeus porque isso consideraria os interesses de uma maioria nazista”. Ora, dessa forma se estaria usando os judeus como *mero* meio de satisfação de interesses alheios, não importando se são maioria ou não. Outrossim, se os judeus tivessem um interesse, ou um conjunto de interesses, (a), e os nazistas um interesse ou conjunto de interesses (b) – digamos, construir uma sinagoga *versus* um anfiteatro no mesmo espaço geográfico –, a solução seria atender à reivindicação que maximizasse a felicidade para o maior número de indivíduos envolvidos.

Portanto, em uma *primeira consideração*, parece-me eticamente correto que, no caso hipotético de duas populações à mercê dos efeitos do rompimento dos diques de uma represa e na *total impossibilidade* de se salvar a ambas, se priorize a população com maior número de indivíduos, independentemente da raça, do credo ou da situação sócio-econômica predominante.⁴⁹

⁴⁷ GUIÁN, op. cit. p. 131.

⁴⁸ Veremos a seguir que a consideração dos interesses da maioria não é decidida de maneira tão simples, tomando-se em conta outros afetados pelas conseqüências da satisfação desses interesses, priorizados em uma *primeira consideração* (instância).

⁴⁹ Entretanto, em uma *segunda consideração* (instância), teríamos de avaliar quais seriam as conseqüências para terceiros - resultantes em se atender o maior número de indivíduos, *inicialmente* indicados a ser salvos -, portanto “elevando” o conceito de *maioria* a uma escala mais abrangente. Seria o caso em se optar salvar, das duas populações à mercê do rompimento da barreira, um grupo bem maior, composto, entretanto, de assassinos que cumprem pena em uma comunidade carcerária, em detrimento de um reduzido número, digamos, de agricultores, que vivam em outra comunidade sob risco do desastre.

Alguns dilemas, como o seguinte – proposto por Palmer –, merecem a nossa cuidadosa atenção. Madre Teresa, Louis Pasteur e Joe Bloggs (um ex-condenado) ocupam um barco que está afundando. Pergunta-se: “Quem deve se afogar para salvar os outros dois?”.⁵⁰

Em primeiro lugar, deve-se entender que estamos diante de uma situação em que é *totalmente impossível* contemplar as três pessoas com o salvamento. A menos que uma das três seja excluída do mesmo todas morrerão. Seria, então, pertinente a objeção que apelasse à “igualdade” dos seres humanos?

Conforme Singer, o princípio de que todos os seres humanos são iguais “faz parte da ortodoxia ético-política predominante”. Desenvolve, a partir da idéia de *propriedade de âmbito* (range property),⁵¹ de John Rawls, o entendimento de que a base da igualdade humana seria a propriedade de ter interesses. Singer, então, postula como princípio ético o *Princípio da Igual Consideração de Interesses*. A essência deste princípio é a de que em nossas decisões morais devemos atribuir o *mesmo* peso aos interesses *semelhantes* de todos que são atingidos por nossos atos. No caso acima, todos os três, supõe-se, devem ter o mesmíssimo interesse em salvar suas vidas. Entretanto, parece notório que, nesse caso, apesar de haver igualdade de interesses, em relação à preservação da vida, existe uma severa diferença nos *tipos* de vidas a serem salvas. É evidente que *tipos*, aqui, não se refere ao aspecto biológico da vida, mas à forma em que essa vitalidade se *expressa* em termos sociais ou, em outras palavras, o *fim* ao qual ela se presta ou que pode alcançar. Isso não significa outra coisa senão que se trata de salvar pessoas que tenham a *capacidade* de, com suas vidas preservadas, maximizar a felicidade ou promover sofrimento a outras tantas. Contudo, para Singer, as diferenças de capacidade entre pessoas distintas não justificariam diferenças na consideração de seus interesses.⁵² Se admitirmos que tais pessoas têm suas aptidões resultantes de um conjunto de “fatores de vida” - ou seja: elementos extrínsecos a si e que influem em sua forma de perceber e interagir com o mundo - que não necessariamente foram, equitativamente, disponibilizados a todos, o problema ainda se agrava mais, pois, no entender de Singer, as condições sociais de desigualdade – que eliminam, ou restringem, muitas oportunidades – podem não somente afetar, como até mesmo ser responsáveis por tais diferenças, nos obrigando, moralmente, a que nos posicionemos em relação a esse fato. Pois, pelos nossos atos, podemos atenuar ou aprofundar tais diferenças de oportunidade.

⁵⁰ PALMER, Michael. *Problemas Morais em Medicina*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 80.

⁵¹ SINGER, Peter. *Ética Prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 27.

⁵² Ver SINGER, op. cit., p. 30.

Entretanto, o próprio Singer considera diferenças tais entre os indivíduos que justificariam, pelo mesmo princípio de “igual” *consideração dos interesses*, priorizar um em detrimento de outro. Por exemplo: entre um indivíduo x e um indivíduo y , podemos nos deparar com diferentes tolerâncias à dor. Isso implica que a dor de um é diferente da dor de outro. Para Singer, o princípio em questão afirma que “a razão moral fundamental para o alívio da dor é simplesmente a indesejabilidade da dor enquanto tal, e não a indesejabilidade da dor de x , que pode ser diferente da indesejabilidade da dor de y ”.⁵³ O fato de x ter *menos* resistência à dor do que y , que é mais forte, exigiria de nós, por atendimento ao *princípio da igual consideração de interesses*, que procurássemos, *primeiramente*, diminuir ou eliminar a dor de x . O mesmo ocorre com o exemplo anterior (que se refere ao trio Madre Tereza, Pasteur e Bloggs), que é semelhante ao “alívio da dor do médico” colocado por Singer. Essa última situação ocorreria em um hipotético terremoto em que, entre as vítimas, priorizaríamos o alívio da dor do médico, pois assim ele poderia cuidar dos outros acidentados. Os interesses de terceiros afetados pelo que possa ocorrer ao médico (nesse caso *mais* contemplados em terem suas dores aliviadas) conta de modo que aliviar a dor do médico se faz prioritária. Assim, outros interesses que estão atrelados ao interesse do indivíduo atendido – no caso, o médico –, ou sutilezas constitucionais – no caso, a menor capacidade de x em suportar a dor –, podem justamente atuar como pesos em uma balança, equilibrando a equação dilemática. A isso pode ser aplicado o que, anteriormente, denominei “*Consideração Ponderada de Interesses*”. Derivo esse termo do cálculo matemático chamado de “média aritmética ponderada”, criado para aplicar-se onde é importante atribuir-se pesos diferenciados a cada valor, para o cálculo da média. Assim, dados n valores: $x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$ aos quais são atribuídos os pesos $k_1, k_2, k_3, \dots, k_n$, respectivamente, a média ponderada destes n valores será dada por:

$$M_p = (x_1.k_1 + x_2.k_2 + x_3.k_3 + \dots + x_n.k_n) / (k_1 + k_2 + k_3 + \dots + k_n)$$

Exemplo: Se os valores 10, 8 e 6 possuem pesos 4, 3 e 2 respectivamente, a média ponderada destes valores será igual a:

$$M_p = (10.4 + 8.3 + 6.2) / (4 + 3 + 2) = 76 / 9 = 8,44$$

⁵³ SINGER, op. cit., p. 30-31.

Portanto, no caso hipotético envolvendo Madre Tereza, Pasteur e Bloggs, vários interesses, relativos a terceiros – que teriam suas dores diminuídas ou suas felicidades aumentadas ou aprimoradas –, ligados aos dois primeiros, atuariam como pesos k_n em favor da prioridade de salvamento de Madre Tereza e Pasteur. Se sacrificássemos um destes e salvássemos Bloggs, o criminoso, muito provavelmente a preservação da vida deste último, em detrimento da vida de um dos dois primeiros, não serviria para aumentar a felicidade geral, mas sim para, possivelmente, aumentar a dor – o que, pelo modelo utilitarista, é eticamente condenável.

A consideração de interesses tal como a proponho – *ponderada* – não se submete a um regramento absolutista. Pelo contrário, a consideração do “recurso ponderativo” *prima facie*⁵⁴ se faz rotineiramente necessária. Ainda que Goldim recorde que Bellino denomina os deveres *prima facie* de deveres penúltimos, e Cattorini tenha proposto que tais deveres sejam válidos de maneira relativa, não ocorrem, de fato, alterações nos deveres, mas, sim, reconsidera-se a maneira de administrá-los através daquele recurso. Assim, haverá situações em que será preciso conferir primazia à preocupação de cada indivíduo envolvido, cujas pretensões sejam competitivas; outras vezes, será prioritário considerar o interesse de alguns; por fim, haverá momentos em que o interesse de todos será relevante na exigência de um posicionamento factual. Toda a equação em que se insere a *consideração ponderada de interesses*, mesmo envolvendo o *recurso ponderativo*, ou “regra”, *prima facie*, implica em *cálculo* – não um cálculo *matemático*, mas *valorativo* –, e é precisamente o aspecto do *valor* que caracteriza tal questão, ou “equação”, como moral.

Há objeções feitas sobre a probidade das ações baseadas no *cálculo* das suas conseqüências. Palmer, por exemplo, destaca essa crítica ao utilitarismo, perguntando:

⁵⁴ Este conceito (*prima facie duties*) foi proposto por Sir David Ross, em 1930. Ele propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. Conforme Goldim, o “dever” *prima facie* “é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. Um dever *prima facie* é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas. Quando ocorre um conflito entre deveres, deve-se decidir qual deve ser tomado como prioritário, nessa circunstância. Cada dever deve ser cotejado com os demais e, dentro da complexidade inerente ao sistema, analisado no contexto do conjunto para que se evitem conflitos de ações e efeitos indesejados. A melhor denominação talvez seja a de deveres prioritáveis, isto é, deveres tais que, quando comparados entre si, podem ser priorizados de acordo com as circunstâncias” (Ver GOLDIM, José Roberto. *Dever Prima Facie*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/primafd.htm>. Acessado em 7 de novembro de 2005). Por essa proposição, que já havia sido utilizada pelo Tribunal Constitucional Alemão, os deveres podem sofrer alterações de prioridade conforme diferentes exigências se imponham. Talvez a melhor compreensão deste posicionamento seja a de uma *administração maleável* de tais deveres, optando-se, em caso de conflito, por uma comparação entre os mesmos, de acordo com as circunstâncias em que se confrontam, para que se possa decidir acerca da *relativa* primazia de uns sobre os outros.

como é possível calcular todas as possíveis conseqüências de uma ação? Como podemos ter certeza de que uma ação produzirá a maior felicidade final? Podemos dizer, com alguma certeza, que essa ação (A) terá essa conseqüência (B) em cinco minutos, mas B terá inevitavelmente outras conseqüências e, por sua vez, elas terão outros efeitos, etc., até ao fim dos tempos. Assim, em que ponto fazemos os nossos cálculos e determinamos se a nossa ação original estava certa ou errada?⁵⁵

Os utilitaristas lidam com este argumento fazendo uma distinção entre conseqüências *imediatas* e conseqüências *remotas*.

O argumento empregado para justificar a contrariedade para com o cálculo, baseado nesse possível problema, é fraco, uma vez que não é possível se determinar, de modo pleno, as conseqüências mais ou menos deletérias ou benéficas das *conseqüências*ⁿ – que são as conseqüências elevadas à “enésima potência”: conseqüências das conseqüências das conseqüências... não tendo, esta variável, limite especificado ou previsível.

A impossibilidade de *completo* controle das conseqüências - derivadas de outras conseqüências, de qualquer ação, que se pretendeu ética - não é exclusividade das proposições utilitaristas, mas de qualquer modelo ético, visto que *nenhum* deles tem domínio absoluto sobre as mesmas. Se com o cálculo podem ser ruins ou terem desdobramentos ímprobos, imagine-se com a ausência do mesmo. Ao não se medir as conseqüências e considerar, por exemplo, a retidão de uma ação em si mesma, como no caso de “não mentir”, pode-se ter conseqüências tais que impliquem na colaboração de um assassinato, com o possível sacrifício de um inocente e desdobramentos em sua família, círculo de amizade, ambiente profissional, atingindo-se pessoas que até dependessem da vítima para manterem suas vidas. Um exemplo seria o caso de um médico, único especialista em local remoto, com pacientes, internados, exigindo cuidados delicados, sob sua responsabilidade. Até mesmo toda uma população pode ser atingida, no caso do crime ser perpetrado contra um governante, com desdobramentos eventualmente internacionais, como foi o acontecimento que desencadeou a Primeira Guerra Mundial: o atentado, em Sarajevo, contra Francisco Ferdinando, herdeiro do trono austríaco.

Na distribuição de felicidade que críticos do utilitarismo apontam como desigual, já que desconsideram o cálculo utilitário baseado naquilo que chamo de *Consideração Ponderada de Interesses*, é inverossímil se pensar que uma única pessoa pudesse ser *propositalmente* injustiçada para, servindo de *mero* meio, incrementar a felicidade de outros indivíduos. Já discuti essa questão. Como recorda Palmer, “o utilitarismo procura ser

⁵⁵ PALMER, op. cit., p. 88.

imparcial, o que achamos ser necessário a toda idéia significativa de justiça – como na verdade é”.⁵⁶ Entretanto, note-se bem, *imparcialidade* não implica em atirar a uma “vala comum” toda a *diversidade* existente entre os diferentes indivíduos afetados pela ação de um outro. Tal preocupação permeia o moderno utilitarismo. Não obstante, críticos, muitas vezes defensores de doutrinas que não conseguem, elas próprias, dar suporte ao igualitarismo, que mal apregoam, procuram desmerecer o utilitarismo por este *não* ser igualitário, algo que tal corrente ética, de fato, nunca almejou, até porque entende que se deva tratar “iguais como iguais” e “diferentes como diferentes”.⁵⁷

Os chamados direitos do Homem buscam renunciar a qualquer fundamento teológico ou metafísico, comum ou explícito. Hottois destaca que tais direitos são desprovidos de um fundamento comum *a priori*, constituindo-se, mais precisamente, em princípios que orientam o entendimento humano na prática.⁵⁸

Em que pese a relevância do artigo 1º. da Declaração Universal dos Direitos Humanos, não há unanimidade acerca de seu enunciado. Por exemplo, para Hannah Arendt,⁵⁹ nós não nascemos iguais; antes, a igualdade é conferida aos membros de uma coletividade em virtude de uma decisão conjunta que garanta direitos iguais a todos. De fato, o que se observa é que os seres humanos diferem entre si e que “as diferenças remetem a tantas características, que a busca de uma base factual sobre a qual se pudesse erigir o princípio da igualdade parece inalcançável”.⁶⁰ Como explica Felipe,

as filosofias morais, voltadas à reflexão sobre a possibilidade de aplicação de princípios universais, gerais e imparciais na tomada de decisões quando essas afetam diretamente outros sujeitos morais, basicamente concordam entre si, ao definir os membros da comunidade moral, os *iguais*, excluindo da mesma os *não iguais*. Ao estabelecer o critério para definir quem são os *iguais*, e, pois, os distinguir dos *não-iguais*, no entanto, as diversas propostas já não concordam mais umas com as outras.⁶¹

⁵⁶ Idem, p. 89.

⁵⁷ Conforme Felipe, “não é, pois, à toa que durante dois mil e quinhentos anos de prevalência das éticas perfeccionistas e contratualistas tenham sido preservadas todas as práticas racistas, machistas, elitistas e especistas” (FELIPE, Sônia T. *Por Uma Questão de Princípios*. Florianópolis: Boiteux, 2003. p. 93).

⁵⁸ Apud ALMEIDA, José Luiz Telles de. *Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Princípalista da Relação Médico-Paciente*. Tese para obtenção de título de Doutor em Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 1999. p. 33.

⁵⁹ Ver HANNA, Arendt. *Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

⁶⁰ SINGER, op. cit., p. 27.

⁶¹ FELIPE, Sônia T. *Redefinindo a Comunidade Moral* (Trabalho apresentado no Congresso Kant 2004: Liberdade e Natureza, organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ética e Filosofia Política da Universidade Federal de Santa Catarina).

Alegações que sugerem ser o utilitarismo capaz de, em uma situação de calamidade ou desgoverno, sacrificar um inocente para que, por meio das *conseqüências* desse ato, pudesse restabelecer a lei e a ordem maximizando, desse modo, o *bem estar* da maioria, não procedem por algumas razões ou *princípios* básicos, a saber:

- a) Nenhum homem conta mais do que outro – como já foi afirmado em algum momento da história do utilitarismo.
- b) Só podemos sacrificar os interesses de um indivíduo, ou minoria, quando na *impossibilidade total* de atendê-los, estando esses mesmos interesses em conflito com os interesses de uma maioria. Entretanto, a maioria, para atingir seus próprios interesses, não deve pretender se apropriar do grupo minoritário (totalmente) como (mero) meio.
- c) Devemos ter em conta, no cálculo utilitário, as conseqüências imediatas das ações, tendo em vista o maior alcance *possível* dos *desdobramentos conseqüenciais*, ou seja, as conseqüências remotas, fazendo uma projeção de *conseqüênciasⁿ*, ainda que não seja possível a cobertura *absoluta* das mesmas mediante tal tipo de cálculo. Daí a grande relevância – através da *consideração ponderada de interesses* - de se considerar outras relações de reciprocidade entre indivíduos e suas respectivas necessidades ou efeitos *agregados* aos interesses que pretendemos atender e os resultados imediatos de nossas ações que, a partir de então, *mediarão* outros interesses e conseqüências em um “efeito cascata”.
- d) Em situações dilemáticas, o cálculo utilitário se faz ainda mais necessário, remetendo imediatamente para o tópico anterior – que deverá servir de orientação para a tomada de decisão.
- e) Casos como duas doses de morfina para dois pacientes com iguais interesses em aliviar a dor, causada por ferimentos de diferentes extensões, nem sequer constitui propriamente uma situação de conflito. Trata-se mais de uma questão administrativa. Evidentemente, não está desagregada de princípios de justiça e isso implica em *tratar iguais enquanto iguais*.

Acima, pretendi responder aos mais importantes questionamentos éticos, tais como: “o que determina o nosso *dever moral*” e “como podemos determinar o que há de *bom* ou

valioso em diversas situações”. Entretanto, falta dizer algo sobre o que sejam *virtudes* e *vícios* morais.

Para Harman, a filosofia moral normativa tem pelo menos três partes: a *teoria do dever*, a *teoria do valor* e a *teoria da virtude*.⁶² A ética de virtudes, originariamente desenvolvida por filósofos gregos, mormente através da filosofia de Aristóteles, na contemporaneidade teve seu desenvolvimento continuado através de filósofos como G.E.M. Anscombe e Alasdair McIntyre, tendo a reflexão deste último influenciado a construção do *comunitarismo*, levado adiante por filósofos como Charles Taylor.⁶³ Tal modelo muitas vezes, também, é compreendido como uma *ética de intenções*, pois seu foco se concentra não no que o agente faz mas nas disposições de caráter do sujeito moral. Tais disposições seriam as virtudes.

Silveira entende que

a teoria das virtudes está fundamentada na percepção dos agentes morais para o estabelecimento da decisão moralmente acertada sobre casos particulares, em que não se verifica a utilização de princípios gerais para orientar a ação, só se utilizando juízos particulares.⁶⁴

Não se verificando, portanto, a utilização de um referencial normativo para a ação subjetiva, a *ética de virtudes* poderia assim ser descrita, em suas características gerais:

- Uma ação é correta se e somente se x é o que o sujeito moral faria em determinada circunstância.
- A *ética das virtudes* prevê que temos de ter uma ética menos formalista
- O *bom* é anterior ao que é obrigatório e correto.
- As virtudes são bens intrínsecos.
- As virtudes são objetivamente boas.
- Criticam uma ética baseada em direitos e obrigações (chamam-na de ética minimalista).
- Criticam a sobrevalorização da autonomia do sujeito.

⁶² HARMAN, Gilbert. *Ética das Virtudes sem Traços de Caráter*. http://www.trolei.net/tr01_harman.htm. Acessado em 20 de abril de 2006.

⁶³ Ver, por exemplo, TAYLOR, Charles. *As Fontes do Self – A Construção da Identidade Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

⁶⁴ SILVEIRA, Denis C. “A Ética Aristotélica das Virtudes e a Educação: complementaridade entre o universalismo e o particularismo.” In: TREVISAN; ROSSATO (Org.). *Filosofia e Educação: Confluências*. Santa Maria/RS: FACOS, 2004.

Silveira lembra que Aristóteles não utilizava princípios gerais e universais como referência normativa para a ação humana. Isso

em razão da inexatidão das afirmações éticas, em que a ética só diz algo de forma aproximada, o que traz por consequência a identificação da fundamentação da ação moral apenas na percepção individual dos agentes, não se verificando a utilização de um referencial normativo para a ação subjetiva.⁶⁵

De fato, nem as éticas deontológicas nem as teleológicas oferecem as diretrizes específicas para os casos, e o mesmo vale para os princípios – como admitem Beauchamp e Childress. Estes requereriam *juízos* que, evidentemente, por sua vez dependeriam do caráter dos sujeitos morais, o que compreende seus *vícios e virtudes*.

Para Rawls, o desenvolvimento do caráter moral do indivíduo passa por três estágios: o da *moralidade de autoridade*, o da *moralidade de grupo* e o da *moralidade de princípios*.⁶⁶ Na primeira etapa, as virtudes valorizadas são: a obediência, a humildade e fidelidade a quem detém a autoridade. Em contrapartida, os vícios são: a desobediência, a independência e a temeridade.⁶⁷ No segundo momento, as qualidades destacadas são cooperativas: a justiça e equidade, fidelidade e confiança e, finalmente, integridade e imparcialidade. Os defeitos são: a avidez e a falta de equidade, a desonestidade e a falsidade, o preconceito e a parcialidade.⁶⁸ A terceira fase assume duas formas: uma corresponde ao sentido do justo e da justiça; a outra corresponde ao amor da humanidade e ao domínio de si. A primeira forma incorpora as virtudes das duas moralidades iniciais, e a segunda, descrita por Rawls como *moral supererogatória*, contém as virtudes da *benevolência*, uma sensibilidade desenvolvida para com os *sentimentos e necessidades* dos outros e uma humildade e desprendimento de si.⁶⁹ No meu entendimento, isso está além da “virtude” das instituições – principalmente manifestada por meio da justiça –, em especial as ligadas aos cuidados com a saúde, cuja efetivação prática daquela virtude, no contato diário, urgente e muitas vezes emergencial entre os técnicos da

⁶⁵ SILVEIRA, Denis C. “Relação de Pertença Entre Ética e Educação: O Significado Contemporâneo da Ética Aristotélica das Virtudes”. *Revista de Ciências Humanas*, Frederico Westphalen/RS, 2004 (Prelo).

⁶⁶ Rawls lança mão da idéia piagetiana de estágios do desenvolvimento moral. O estudo da moralidade, na teoria de Piaget, remonta a uma primeira fase de seus trabalhos. Para Piaget: *A moral da autoridade*, que é a moral do dever e da obediência, conduz, no campo da justiça, à confusão entre o que é justo com o conteúdo da lei estabelecida e à aceitação da sanção expiatória. A moral do *respeito mútuo*, que é a *do bem* (por oposição a do dever), e da *autonomia*, conduz, no campo da justiça, ao desenvolvimento de igualdade, noção constitutiva da justiça distributiva e da reciprocidade (PIAGET, J. *O Julgamento Moral da Criança*. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1977, p. 279).

⁶⁷ RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Editorial Presença, 1993. p. 355.

⁶⁸ Idem, p. 359.

⁶⁹ Idem, p. 363-364.

área e usuários depende do caráter do profissional. Tenha-se em conta que imperícia, negligência e imprudência, em profissões ligadas aos cuidados com a saúde, costumam ter caráter irreversível, e a justiça, em suas aplicações reparadoras e/ou punitivas, pode ser totalmente insuficiente no tocante a compensar a perda de um ente querido, decorrente de falhas, como as exemplificadas acima e, não raro, decorrentes de um agir não virtuoso ou despreocupado com a valorização e o aprimoramento das virtudes individuais.

Se a deontologia se ocupa do tipo de obrigações morais que têm as pessoas, procurando afirmar o que moralmente os agentes podem fazer em circunstâncias distintas, em um sentido estrito de *dever*, a teleologia tenta dizer o que torna um estado de coisas bom, ou o que torna uma situação *melhor* do que outra, uma vez feito o cálculo de todos os fatores envolvidos. E uma teoria da virtude buscará especificar quais são as virtudes e vícios morais, esclarecendo não somente o que é agir virtuosa ou viciosamente diante de situações específicas, mas também o modo como esse *conjunto* de características, relativos à virtude, está relacionado com a *posse* do que se denominaria, idealmente, um “bom” ou “mau” *caráter*. Para Harman,

são hábitos robustos adquiridos que dizem respeito à percepção, motivação e ação: hábitos de ver as situações de certas maneiras, hábitos de estar motivado para agir de certas maneiras e hábitos de agir efetivamente dessas maneiras. Segundo esta perspectiva, especificar uma virtude moral é especificar os hábitos perceptivos, motivacionais e comportamentais relevantes.⁷⁰

Para Harman, a reunião das virtudes poderia ser denominada de “discernimento moral” – que, conjuntamente, com o “senso de responsabilidade”, seriam a base de uma ética de virtudes. De modo comum, o princípio da autodeterminação⁷¹ moral é a base do comportamento ético, quaisquer que sejam as teorias que dele se ocupem, mas a ética de virtudes, mais do que os outros modelos, enfatiza o homem como princípio da ação ética. Entretanto, os interesses em jogo em um determinado contexto social, bem como os espaços de possibilidades disponíveis no mesmo, influenciam decisivamente a elaboração de idéias e o *caráter* mais ou menos ativo de cada um.⁷² Beauchamp e Childress chegam a defender que o

⁷⁰ HARMAN, op. cit.

⁷¹ Evidentemente, um subjetivismo total é impossível de ser verificado, na prática, e não creio na possibilidade de ser realizável.

⁷² É desse modo que surgem, por exemplo, as lealdades comunitárias, solidariedades de grupo, “laços de sangue”, etc. Mas, surgem, também, as discórdias e desavenças, muitas vezes a partir, justamente, do choque entre solidariedades, onde os interesses e necessidades podem estar em conflito.

mais importante na vida moral não é a adesão a princípios e regras, e sim “um caráter confiável, bom senso moral e uma sensibilidade emocional”. Segundo os mesmos, “virtude seria uma manifestação de caráter socialmente valorizada e intrinsecamente associada aos motivos adequados”.⁷³

Nas práticas profissionais, pode-se incorrer em diversos tipos de erros. Bosk, classifica esses erros em três grupos: *técnicos*, *de julgamento* e *normativos*, destacando que os erros inclusos nos dois primeiros grupos não excedem em importância aos erros pertencentes ao último, pois “pode-se esperar que toda pessoa conscienciosa cometa ‘erros honestos’ ou ‘erros de boa-fé’. Contudo, os erros morais são especialmente sérios porque existe uma inclinação que indica um defeito de caráter moral”.⁷⁴ Assim, “virtude é poder, mas poder específico”.⁷⁵ O agente moral não seria, portanto, meramente, aquele sujeito que, de algum modo, perceberia o que é, *independentemente*, “certo”, ou a “irrepreensibilidade” do ato a realizar, mas “aquele que possuísse em si motivos, realmente expressos em suas ações, e que tornariam (estes motivos) aquelas ações retas e admiráveis”.⁷⁶ Isso implica que da adesão crítica do ser racional a uma certa concepção de *bem*, da compreensão de uma idéia de justiça oriunda da comunicação interativa das partes e da ação, por isso mesmo, responsável - que ponha em relevo as conseqüências, da forma mais abrangente possível – resultará o comportamento ético do sujeito, independentemente da escola que o explique, o oriente e o defenda. Dependerá, em última instância, do fórum íntimo de cada indivíduo que compõe a sociedade.⁷⁷

Costa destaca que as virtudes podem ser morais e não-morais:

virtudes morais são a bondade, o senso de justiça, a sinceridade, a honestidade, a fidelidade, a lealdade... E virtudes não-morais são a coragem, a força de vontade. Muitos consideraram a *bondade* e o *senso de justiça* as duas virtudes morais cardinais. Essas duas virtudes parecem, ademais, ser interdependentes, pois uma boa pessoa, para escolher as boas ações, precisará possuir senso de justiça e ninguém deseja o zelo justiceiro sem a magnanimidade de um inquisidor.⁷⁸

⁷³ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 495.

⁷⁴ Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 497.

⁷⁵ COMTE-SPONVILLE, *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes* op. cit., pp. 7-8.

⁷⁶ DUTRA, Lucas Vieira. *Filosofia Moral e Teorias Éticas*. http://www.suigeneris.pro.br/filo_socied02.htm. Acessado em 20 de abril de 2006.

⁷⁷ De modo geral, se espera que de uma “boa intenção” decorra uma “boa ação” e que desta resulte, então, um “bom resultado”.

⁷⁸ COSTA, Cláudio F. *Razões para o Utilitarismo: Uma avaliação comparativa de pontos de vista éticos*. Florianópolis: Ethic@, vol.1, n2. Dez. 2002. p. 156.

Mas, como frisam Beauchamp e Childress, um ou outro traço virtuoso não implica, necessariamente, em uma pessoa virtuosa, destacando que algumas virtudes são mais fundamentais do que outras na caracterização deste indivíduo, a saber: *compaixão, discernimento, confiabilidade, integridade, conscienciosidade*.⁷⁹ Apesar de não haver uma correspondência direta entre princípios e virtudes, esses autores elaboram um diagrama que inclui a correlação entre algumas delas, conforme se pode observar abaixo:⁸⁰

Princípios	Virtudes Correspondentes
Respeito à autonomia	Respeitabilidade
Não maleficência	Não malevolência
Beneficência	Benevolência
Justiça	Justiça
Regras	Virtudes Correspondentes
Veracidade	Sinceridade
Confidencialidade	Confidencialidade
Privacidade	Respeito à intimidade
Fidelidade	Fidelidade
Ideais de Ação	Ideais de Virtude Correspondentes
Perdão excepcional	Perdão excepcional
Generosidade excepcional	Generosidade excepcional
Compaixão excepcional	Compaixão excepcional
Amabilidade excepcional	Amabilidade excepcional

Passo, a seguir, ao estudo do “princípioalismo”, integrado à bioética e, mais especificamente, à ética biomédica, resumindo o que foi discutido nesta sessão no quadro abaixo:

<i>Disposições de caráter do sujeito moral</i> →	<i>Tipos de ação</i> →	<i>Conseqüências da ação</i>
Ética de Virtudes	Ética Deontológica	Ética Teleológica ou Consequencialista

⁷⁹ Esses autores consideraram a questão relativa à *teoria de virtudes* tão importante no desenvolvimento do *princípioalismo* que, na última edição de *Principles of Biomedical Ethics* (2001), colocaram como segundo capítulo o título *Moral Character*, em lugar de capítulo análogo, que constava como último, na edição de 1994.

⁸⁰ BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 39.

“Os problemas a resolver são, pois, os das diversas formas de equilíbrio, da razão dos desequilíbrios e sobretudo do mecanismo causal das equilibrações e reequilibrações”.

Jean Piaget⁸¹

⁸¹ PIAGET, Jean, *A Equilibração das Estruturas Cognitivas*, 1976, Rio de Janeiro, Zahar.

II - BIOÉTICA, ÉTICA BIOMÉDICA E PRINCIPALISMO

2.1. Bioética e Ética Biomédica

Reich definiu *Bioética* como “o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.⁸² Ainda que possa se compreender a Bioética como “uma disciplina prática, cujo fim é conseguir o consenso máximo, em matéria de duvidosos desafios na área de saúde humana, para elaborar e implementar normas de ação”⁸³, essa “especialidade” ética tem se caracterizado por indicar posicionamentos, ou procurado reunir sob seu conceito discussões teóricas, em níveis diversos, acerca de pesquisas e práticas multidisciplinares em relação à vida humana ou mesmo incluindo, como quis Potter, análises e posturas mais abrangentes com a temática da vida, o que inclui o meio ambiente como um todo.⁸⁴

“Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos”.⁸⁵

⁸² Apud FORTES, Paulo A.C., ZOBOLI, Elma L.C.P., *Bioética e a Saúde Pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

⁸³ LEPERGNEUR, Hubert in ANDRADE FILHO, Francisco Antônio de, *Do Biopoder à Ética do Cuidado com a Saúde Integral do Homem*, <http://users.hotlink.com.br/fico/refl0095.htm>. Acessado em 07 de dezembro de 2005.

⁸⁴ Atualmente, mencionam-se outros termos referindo-se a uma “especialização” da “disciplina”. Assim, teríamos “*Macrobioética*, abordando matérias como a Ecologia, visando a preservação da espécie humana e do planeta, ou a *Medicina Sanitária*, dirigida para a saúde de determinadas comunidades ou populações, e a *Microbioética*, voltada basicamente para o relacionamento entre profissionais de saúde e os pacientes, e entre as instituições (governamentais ou privadas), os próprios pacientes, e, ainda, no interesse deles, destas com relação aos profissionais de saúde” (Ver SEGRE, Marco & COHEN, Cláudio (orgs.). *Bioética*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995. p. 23).

⁸⁵ Potter publicou uma série de artigos em que defende a bioética como uma “ponte” entre o “universo científico” e as “ciências humanas”, no interesse de uma saúde humana, a um amplo nível mundial, e da proteção ambiental (Ver: Harvard Square Library, <http://www.harvardsquarelibrary.org/unitarians/potter.html>. Acessado em 21 de outubro de 2005). Entretanto, antes de sua morte em 2001, propôs, em 1998, que a Bioética está atualmente no seu terceiro estágio de desenvolvimento. Caracterizou o primeiro estágio como sendo o da “Bioética Ponte”, “especialmente pela característica interdisciplinar que foi utilizada como base de suas idéias. Esta primeira reflexão incluía um grande questionamento sobre a repercussão da visão de progresso existente na década de 1960”. O segundo estágio foi denominado como da “Bioética Global”, procurando enfatizar a abrangência da proposta, que buscava englobar “todos os aspectos relativos ao viver, isto é, envolvia a saúde e a questão ecológica”. Por fim o terceiro, e atual, como o da “Bioética Profunda”, onde Bioética é definida como “a nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade” (Ver: GOLDIM, José Roberto. *A Evolução da Definição de Bioética*

Comte-Sponville chega a afirmar que “Bioética, como se diz hoje, não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do homem para com outro homem, e de todos para com a humanidade”.⁸⁶

A aplicabilidade da bioética e as soluções que a mesma busca fornecer resumem-se, de modo geral, a duas vertentes: a *auto-regulamentação*, que é a responsabilização por parte dos sujeitos implicados, e a *legislação*, que é a co-responsabilização à escala social.

Por outro lado, o conceito original de Bioética, devido à crescente repercussão dos avanços na área da saúde, já na década de 1970, passou a ser utilizado em um sentido mais estrito.⁸⁷ Dessa forma, ainda que muitas das questões bioéticas se ocupem de questões que vão do meio ambiente à pesquisa com animais não-humanos, o debate bioético internacional e principalmente no Brasil especializou-se em temas relacionados ao processo envolvendo a saúde de seres humanos. Portanto, ainda que a bioética tenha se originado a partir de uma preocupação em ajustar os fatos explicáveis pela ciência e os valores estudáveis pela ética – no que diz respeito à vida em seus aspectos mais gerais –, atualmente, pela complexidade que alcançou, se fez necessário dividi-la em setores mais especializados. Hoje, é comum se falar em biomedicina⁸⁸, biodireito, biotecnologia, etc.⁸⁹ Assim, a *Ética Biomédica*⁹⁰, como disciplina, é um fenômeno recente, e, na definição de M. Cox, “é a área da ética interessada naqueles assuntos éticos oriundos da prática médica e/ou das buscas em pesquisas biomédicas”.⁹¹

Convém destacar que muitas das questões, oriundas das práticas em ciências da saúde, tais como odontologia, medicina ou enfermagem, não são inteiramente novas. As discussões abrangem desde problemas “clássicos” da prática dos profissionais de saúde, como o aborto ou a eutanásia, até temas atuais, como a reprodução assistida ou a clonagem. Em relação a este último tópico, Davidson vê a crítica ontológica conduzida por Heidegger como pioneira no entendimento do impacto da tecnologia no caráter cotidiano de nossa vida pós-

na Visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998, <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioetev.htm>. Acessado em 17 de setembro de 2005).

⁸⁶ COMTE-SPONVILLE, A. *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 61.

⁸⁷ Propostas, nesse sentido, foram feitas, especialmente, pelos Professores Warren Reich e Lerov Walters, ambos vinculados ao Instituto Kennedy de Ética, da Universidade Georgetown/Washington DC, e pelo Professor David Roy, do Canadá. Tais autores focaram em suas reflexões as questões específicas de assistência e pesquisa em saúde.

⁸⁸ Mais especificamente, as questões que importam à biomedicina referem-se à todas as ciências e profissões da saúde (em particular da saúde humana).

⁸⁹ Ver DALL’AGNOL, op. cit., p. 13.

⁹⁰ Há quem defenda a “prática médica” como uma atividade extensiva a animais não humanos. Assim, veterinários seriam profissionais de saúde que deveriam ter seu agir incluído nos estudos éticos *biomédicos*. Na presente dissertação, não me aprofundarei nessa controvérsia; limito-me a relacionar a ética *biomédica* com as questões relativas àquelas ciências ou profissões que se ocupam da *saúde humana*.

⁹¹ M. COX, Paul, *Biomedical Ethics*, <http://www.leaderu.com/isot/docs/bioethic.html>. Acessado em 29 de julho de 2005.

moderna.⁹² Heidegger aponta para o desocultamento⁹³ da essência da técnica moderna e do seu reconhecimento como o “destino” do homem.⁹⁴

Preocupações com o avanço, sem controle, da técnica têm apontado para as possíveis conseqüências da inversão em que a biociência, fenômeno oriundo da vida, passe a dominar a própria vida, convertendo esta última em um resultado da tecnologia.⁹⁵ Habermas “acredita ser ao menos palpável que a biotecnologia, senão atualmente, pelo menos no futuro, possa atentar contra a autocompreensão normativa natural essencial não tematizada que nos define como espécie”.⁹⁶

Além de pesquisas, práticas biomédicas, questões administrativas e políticas, como alocação de recursos e acesso a serviços públicos de saúde, também, fazem parte das discussões éticas biomédicas. Tais situações incitam a uma tomada de providências que disponibilizem uma base ética para a solução das controvérsias provenientes deste âmbito, e a utilização de *princípios* como forma de reflexão, visando àqueles propósitos, já se tornou uma abordagem corrente.

William Frankena, em 1963, afirmou que os *princípios* são tipos de ação corretos ou obrigatórios. Sugeriu, então, que os princípios da *beneficência* e *justiça* deveriam ser priorizados. Estes princípios regem-se através da teoria proposta por Ross⁹⁷ em 1930: teoria dos deveres em um primeiro momento ou deveres em uma primeira consideração (*prima facie duties*).

O Relatório Belmont⁹⁸, publicado em 1978, utilizou como referencial para as suas considerações éticas a respeito da adequação das pesquisas realizadas em seres humanos três princípios básicos: *respeito às pessoas*, *beneficência* e *justiça*.

⁹² DAVISON, Aidan. *Technology and the Contested Meanings of Sustainability*. Albany: State University of New York Press, 2001. p. 139.

⁹³ “A técnica não é, pois, um mero meio, a técnica é um modo de sair do oculto. Se prestarmos atenção a isto, ser-nos-á aberta uma região totalmente distinta para a essência da técnica. É a região do desocultamento, por assim dizer, da verdade” (HEIDEGGER, Martin. *La Pregunta por la Técnica*. <http://www.heideggeriana.com.ar/textos/tecnica.htm>. 04 de dezembro de 2006).

⁹⁴ “Não é necessário ser profeta para saber que as ciências que [atualmente] vão se estabelecendo estarão dentro em pouco determinadas e dirigidas pela nova ciência fundamental, que se chama Cibernética. Esta corresponde ao destino do homem como ser ativo e social” (HEIDEGGER, Martin. *El Final de la Filosofía y la Tarea del Pensar*. http://www.heideggeriana.com.ar/textos/tarea_pensar.htm, 04 de dezembro de 2006).

⁹⁵ “A tecnociência, um resultado da vida, uma expressão entre outras da vida, passaria a dominar a vida transformando-a em um resultado entre outros da tecnociência, ou seja, transformando também o homem em um resultado entre outros da tecnociência” (RIOS, André Rangel et al. *Bioética no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1999. p. 13).

⁹⁶ Apud DUTRA, Delamar José Volpato, *Razão e Consenso em Habermas*: Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 246.

⁹⁷ ROSS, W.D. *The Right and The Good*. Oxford: Oxford University Press, 1930. p. 19-36.

⁹⁸ *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

Beauchamp e Childress, ambos vinculados ao *Kennedy Institute of Ethics*, publicaram o seu *Principles of Biomedical Ethics* em 1978. Já na sua primeira edição, consagraram o uso dos *princípios* na abordagem de *problemas bioéticos*, considerando quatro princípios: *autonomia*, *não-maleficência*, *beneficência* e *justiça*. Frankena decompôs o princípio de *beneficência* em quatro obrigações gerais.⁹⁹ Beauchamp e Childress, por sua vez, desdobraram este princípio em mais um, que é o da *não-maleficência*, acreditando que

as obrigações de não prejudicar os outros (por exemplo, aquelas que proíbem roubar, mutilar e matar) são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros (por exemplo, proporcionando benefícios, protegendo interesses e promovendo o bem-estar).¹⁰⁰

Os autores afirmam ser difícil de sustentar-se uma ordem de prioridade, conforme o modelo de Frankena. Por exemplo, “abster-se de auxiliar uma outra pessoa (ao não lhe proporcionar um bem ou ao não evitar ou não remediar um dano) pode ser, moralmente, tão errado quanto infligir um dano”.¹⁰¹ Tal situação ocorreria, em relação ao dano de causar a morte, onde, por exemplo, seria moralmente irrelevante um agente, propositalmente aplicar uma injeção letal em alguém, ou deixar de colocar tal pessoa em um respirador de que ela necessitasse para não morrer. Desse modo, os autores distinguem os princípios de não-maleficência e beneficência, da seguinte forma: (a) Não-maleficência: *não devemos infligir mal ou dano*; e (b) Beneficência: *devemos impedir que ocorram males ou danos; devemos sanar males ou danos; devemos fazer ou promover o bem*.

O referencial teórico proposto por Beauchamp e Childress serviu de base para o que se denominou de *Principlism* (principlismo), ou seja, a escola bioética baseada no uso dos *princípios* como modelo explicativo. Tal uso será discutido abaixo em mais detalhe.

⁹⁹ 1) Não devemos infligir males ou danos.
2) Devemos impedir que ocorram males ou danos.
3) Devemos eliminar males ou danos.
4) Devemos fazer ou promover o bem.

¹⁰⁰ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., pp. 210-211.

¹⁰¹ Idem, p. 211.

2.2. Ética principlialista

2.2.1. Autonomia

Hoje tem se considerado, de forma progressiva, a possibilidade de o paciente influenciar nas decisões médicas a partir da opinião que sustenta sobre si mesmo e suas necessidades.¹⁰² Essa consideração revolucionária se deve ao gradual acatamento do princípio da autonomia. Este princípio refere-se, principalmente, à necessidade de respeitar a capacidade que têm as pessoas autônomas para tomar as suas próprias decisões.

O respeito ao *princípio de autonomia* não deve ser confundido, aqui, com o *respeito à pessoa*. Conforme Goldim, “o princípio do respeito à pessoa é central na Bioética. Tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia”.¹⁰³ Lembra ainda Goldim que este princípio recebeu diferentes denominações, em diferentes autores e épocas, assumindo diversas perspectivas, “desde as mais individualistas até aquelas que inserem o indivíduo no grupo social”.¹⁰⁴

Nem sempre indivíduos humanos – ainda que assim pudessem ser considerados, por algum critério, e com capacidade de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação – foram considerados pessoas. Mesmo hoje ainda há regiões onde escravos, índios, mulheres e outros grupos não são vistos como integrados por pessoas. Conceituar *pessoa*, por outro lado, é algo complexo e polêmico. Entre outros critérios – por exemplo, jurídicos –, a polêmica passa pela questão da identidade, que pode ser entendida, ao modo cartesiano, em dois níveis: a identidade “biológica” e a identidade “mental”.¹⁰⁵ Nem todos concordam com essa dicotomia. Segundo Dias, para Strawson a indagação pela identidade ou distinção entre o mental e o físico não faz sentido. E a este filósofo contrapõe Frankfurt, que procura mostrar a distinção essencial entre pessoas e outras criaturas a partir da

¹⁰² Evidentemente que para opinar de forma responsável, em área de tamanha complexidade técnica, o paciente deve estar muito bem esclarecido a respeito de suas condições de saúde ou acerca da moléstia que o aflige, em termos de diagnóstico, de conceituação e descrição, de prognóstico e de alternativas terapêuticas. Ainda que tal participação – que antes se configura em um *direito* – seja, conforme alguns críticos, pouco exercida no cotidiano das profissões de saúde, tal prática, ao que se pode observar, vem passando por progressivos incrementos.

¹⁰³ GOLDIM, José Roberto. *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*. <http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>. Acessado em 29 de novembro de 2005.

¹⁰⁴ Idem, ibidem.

¹⁰⁵ A primeira resulta do fato de o indivíduo ser um organismo biológico; este é estudado pelas ciências biológicas. A segunda é resultante do fato de o indivíduo ser racional e autônomo, e é estudada pelas ciências humanas e pela filosofia (HOGEMANN, Edna Raquel R. S. *O Princípio do Respeito à Pessoa e a Polêmica da Identidade Pessoal e Genética do Ser Clonado*. <http://www.monografias.com/trabajos10/oprinc/oprinc.shtml>. Acessado em 05 de dezembro de 2006).

estrutura da vontade, ou seja, desfrutar de uma vontade livre, o que implica em um indivíduo ser livre para *desejar aquilo que quer*, criticando assim o conceito tradicional de liberdade (inexistência de obstáculos para o agir). Para Frankfurt, a liberdade da vontade não diz respeito, apenas, à liberdade de ação, ou seja, à relação entre aquilo que um indivíduo realiza e aquilo que gostaria de realizar, mas sim à própria vontade. Ser livre, nesse sentido, é não ser livre, apenas, para *realizar* o que se quer, por assim dizer, *desimpedido*, mas sim *ser livre para desejar o que se quer*, ou seja, ter consciência do que se quer.¹⁰⁶

Por conta desta proximidade entre as definições de pessoa, vontade e liberdade, estabeleceu-se uma certa confusão entre noções como o *princípio do respeito às pessoas*, o *princípio do consentimento* ou o *princípio da autonomia*.

Com a atenção, prioritariamente, direcionada à ética biomédica, não compactuo, por exemplo, com a idéia de que um indivíduo - conforme os critérios adotados para avaliá-lo como tal -, provisoriamente impossibilitado de demonstrar que seja livre para *desejar o que quer*, ou que não esteja *desejando, querendo*, ou que esteja impedido de *agir livremente*, seja considerado outra coisa que não uma *pessoa*. Portanto alerta, evitando aprofundar a polêmica, para que se levados em consideração, de maneira estrita, os distintos critérios para se conceituar algo como *pessoa*, e desconsiderando-se a possibilidade de inobservância ou suspensão temporária desses mesmos critérios, estaremos desrespeitando o indivíduo como *pessoa*, antes mesmo de não respeitarmos sua autonomia e outros conceitos que possam ser agregados ao de *pessoa*, como os aqui já citados.¹⁰⁷

Relativamente à questão da *autonomia*, destaco que Beauchamp e Childress consideram essencial àquele conceito que a pessoa esteja “livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que embarguem a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada”.¹⁰⁸

Uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da autonomia é o pensamento de John Stuart Mill. Mill aventava que o indivíduo é soberano *sobre si mesmo, sobre seu corpo e*

¹⁰⁶ Consultar DIAS, Maria Clara. *Considerações Acerca do Conceito de Pessoa*. <http://www.ifcs.ufrrj.br/cefm/textos/MCDIAS1.DOC>, 05 de dezembro de 2006.

¹⁰⁷ Como a prática clínica é um encontro entre seres humanos em que se estabelece uma relação, esta, obrigatoriamente, se insere em um contexto moral onde se espera – e se necessita – que valores morais como respeito mútuo, honestidade, confiança, compromisso para perseguir objetivos compartilhados, entre outros valores, concorram para que o encontro clínico entre o profissional de saúde e o paciente não seja moralmente problemático. Por isso, o princípio do respeito à pessoa é central na Bioética, envolvendo questões como: *veracidade, privacidade, confidencialidade, consentimento para intervenções e ajuda na tomada de decisões importantes*. A obediência a princípios como os de não-maleficência e de beneficência tem sido fundamental na história da ética médica; entretanto, o respeito à autonomia e à justiça permaneceram em um segundo plano, até que fossem priorizados pela discussão bioética.

¹⁰⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 138.

sua mente. Outra forte influência é a filosofia kantiana, que desautoriza que o ser humano seja tratado como *mero* meio.

Mas o que é uma pessoa *soberana*, nestes aspectos? Soberania, nesse sentido, é a capacidade de administrar a si mesmo ou administrar-se de maneira confiável?¹⁰⁹ Como lembram Beauchamp e Childress,

algumas teorias da autonomia descrevem os traços da pessoa autônoma, que incluem as capacidades de autogoverno, tais como a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente. Contudo, nosso interesse pelo ato da decisão nos leva a focar a escolha autônoma, que é, em vez da capacidade de governar, o ato de governar efetivamente.¹¹⁰

Tal distinção é importante porque, muitas vezes, pessoas aceitas como adultas e tidas como autônomas e com capacidade de autogoverno falham em governar a si mesmas em razão de restrições, mais ou menos severas e/ou duradouras, que podem ser impostas pela doença, pela ignorância, pela coerção ou por condições que restringem as opções. Por isso, como já assinalai, respeitar uma pessoa é mais do que não intervir em suas decisões; pode significar, inclusive, capacitá-lo a agir autonomamente. Beauchamp e Childress aproximam esses conceitos quando comparam Mill e Kant:

a posição de Mill requer tanto a não-interferência como o fortalecimento da expressão autônoma, enquanto Kant impõe um imperativo moral que ordena que pessoas sejam respeitadamente tratadas como fins em vez de meramente como meios. Em última análise, contudo, essas duas filosofias profundamente diferentes apóiam, ambas, o princípio de respeito à autonomia.¹¹¹

A independência do controle ou influências e a capacidade de ação intencional são de fundamental importância para que o *princípio de autonomia* possa ser estabelecido com alguma precisão. *A capacidade de ação intencional* compreende, também, o aspecto *legal* da *capacidade de agir*, que significa

¹⁰⁹ Essa distinção foi levada em conta, por exemplo, pelo juiz Benjamim Cardozo, em 1914, na sentença do caso Schloendorff, acerca de uma cirurgia realizada em um paciente, com extensão superior à autorizada pelo mesmo. Na sua argumentação, o magistrado estabeleceu que “Todo ser humano de idade *adulta* e com *plena consciência* tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo” (Apud GOLDIM, José Roberto. *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*, op. cit.).

¹¹⁰ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 138.

¹¹¹ Idem, pp. 138 e 143.

capacidade para o exercício de direitos, enquanto capacidade jurídica significa capacidade de gozo de direitos. Mas a capacidade para agir está sujeita às condições que a lei prevê e pode ser distinta para cada setor da atividade humana. Por isso, correlacionar a capacidade de agir a certos comportamentos do sujeito permite questionar se todas as pessoas são, em cada caso concreto, capazes.¹¹²

Não somente a capacidade de agir de maneira independente de controles ou influências, mas também a capacidade de ação intencional pode ser relativizada, tanto por contingências culturais como por questões debilitantes da saúde, como um todo.¹¹³ É a partir desse entendimento que pode ser inserida no âmbito biomédico a noção de *consentimento livre e informado*, imprescindível para a plena capacidade de agir. Mais precisamente, esta condição implica não somente na *concordância e adesão consensual* a um plano de tratamento, como se refere, também, à possibilidade de *recusa* do mesmo.¹¹⁴ Desse modo, tanto os especialistas como os auxiliares em serviços de saúde têm a obrigação de informar detalhadamente o paciente sobre o exame técnico, análises, diagnóstico, prognóstico e tratamento ou tratamentos possíveis.

Na Holanda, os direitos do paciente estão estipulados, entre outras leis, na “Lei do Acordo e Tratamento Médico” (WGBO, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) e na Lei do Direito a Queixa enquanto consumidores dos Cuidados de Saúde (WKCZ, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector). Entre outros aspectos mais relevantes na “Lei do Paciente”, encontram-se, além do direito à informação, os seguintes tópicos:

- 1) Obrigatoriedade de autorização: um profissional de saúde só poderá fazer um exame ou tratamento com a autorização ou consentimento prévio do paciente, excetuando-se casos de emergência.
- 2) Direito ao sigilo: o profissional de saúde deverá guardar em segredo toda a informação que lhe for transmitida pelo paciente. O resultado de exames e controle médico só poderá ser transmitido a terceiros com o seu consentimento prévio.
- 3) Direito à escolha livre: cabe ao paciente a prerrogativa de escolher o auxiliar e o especialista de saúde. Isso significa que poderá mudar sempre de profissional, caso este seja o seu desejo.

¹¹² MARCHI, Maria Mathilde & SZTAJN, Rachel. *Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde*. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/autoheter.htm>. Acessado em 11 de julho de 2005.

¹¹³ Na sessão III, o conceito de saúde será melhor analisado.

¹¹⁴ Avaliarei essa questão, com mais detalhes, no estudo da relação profissional de saúde-paciente, adiante.

- 4) Direito a uma segunda opinião: o paciente tem o direito a consultar outro profissional a fim de se certificar de que os resultados das análises obtidos, diagnósticos e prognósticos são os mais corretos, bem como poder saber e optar, eventualmente, por outras alternativas de tratamento.
- 5) Direito de consulta do seu dossiê: o profissional de saúde é obrigado a ter um prontuário com o caso do paciente, bem como a sua evolução registrada.
- 6) Direito de apresentar queixa.¹¹⁵

Como foi colocado, o entendimento de autonomia implica na ação autônoma dos sujeitos que agem *intencionalmente, informados* (com entendimento) e *sem influências controladoras* que determinem seus atos.

Para a primeira das condições acima, não há uma questão de grau. Entretanto, para a segunda e a terceira condições ocorrem diferenças marcantes de grau, que vão desde sua total ausência até seu pleno preenchimento. Afirmam Beauchamp e Childress: “para que uma ação seja autônoma, exigiremos apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência”. E lembram que “respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais”.¹¹⁶ A pertinência deste princípio influenciou, por exemplo, as WGBO e WKCZ, vigentes na Holanda, tal como foi visto acima.

Entretanto essas opiniões e direitos não devem prejudicar outras pessoas. Portanto, o respeito à autonomia tem uma validade *prima facie*.

2.2.2. Não-Maleficência

Este princípio diz respeito à obrigação de evitar causar danos e prejuízos. Entretanto, alguns autores não separam as decisões e atos abrangidos, ou que sofrem influência deste princípio, daqueles que estão colocados sob o *Princípio da Beneficência*. Tal posição é justificada, por aqueles que a defendem, por entenderem que ao evitar qualquer dano intencional a outros, o agente moral já está, na realidade, visando o bem do outro.

¹¹⁵ Consultar Centro de Informação e de Reclamação dos Cuidados de Saúde - Informação Sobre os Direitos do Paciente / Cliente. <http://www.klachtenopvangzorg.nl/pdf/Portugees.pdf>. Acessado em 9 de agosto de 2005.

¹¹⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 141 e 142.

Como já foi destacado no tópico anterior, o respeito à pessoa leva à consideração de sua autonomia, o que resulta, entre outras ações, na prática de uma comunicação honesta, visando o esclarecimento.

Na opinião de Grinberg,

não-maleficência na comunicação médico-paciente é a ponte entre os procedimentos e as explicações, evitando acrescentar danos aos da doença em si. Angústia e infelicidade fazem parte da condição de doente, e, assim, a palavra realista do médico não pode ser responsabilizada isoladamente pelos pesares. A autenticidade da verdade, a caridade da suavização ou a compaixão do silêncio são mescladas na intenção sincera do médico de não ser indiferente e desejar promover a não-maleficência.¹¹⁷

Primum non nocere, “antes de tudo, não causar dano” é a máxima clássica, no mundo da medicina, da qual deriva o princípio de não-maleficência. Entretanto, o conteúdo de uma ética de virtudes contida, por exemplo, no pensamento de Grinberg parece complementar este posicionamento. Por outro lado, a separação do princípio de não-maleficência do princípio de beneficência parece originar-se no *Corpus Hippocraticum*:¹¹⁸ “*Pratique duas coisas ao lidar com as doenças: auxilie ou não prejudique o paciente*”.¹¹⁹ Contudo, ainda que a máxima de não causar dano seja lugar comum no meio dos profissionais de saúde, Beauchamp e Childress advertem que tanto as origens da mesma são obscuras como as implicações não são claras;¹²⁰ Goldim, por sua vez, diz que “é o princípio mais controverso de todos”.¹²¹

Para que não se pratique o mal (dano ou prejuízo) é necessário se ter claro o que seja o *bem*. O interesse pelo *bem*, e seus contrários, com os princípios e argumentos que os fundamentam, justificam e diferenciam, é o conteúdo geral da ética. Os problemas éticos se distinguem dos problemas prático-morais pela generalidade que lhes é característica. Assim, na vida interativa¹²² o indivíduo,¹²³ ao enfrentar uma determinada situação, deverá resolver a

¹¹⁷ GRINBERG, Max. *Falo ou não falo*. http://www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.vxlpub?id=41849. Acessado em 17 de julho de 2005.

¹¹⁸ Hipócrates, o “pai da medicina”, nasceu na ilha de Cós em 460 a.C. e morreu em Larissa, na Tessália, por volta de 380 a.C. *Corpus Hippocraticum* é a denominação dada ao conjunto dos escritos da tradição hipocrática, já que hoje se sabe que Hipócrates não foi o único autor dos mesmos.

¹¹⁹ Hipócrates, ao redor do ano 430 a.C., propôs esta máxima aos médicos, no parágrafo 12 do primeiro livro da sua obra *Epidemia*. Ver GOLDIM, José R., *Princípio da Não-Maleficência*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/naomalef.htm>. Acessado em 17 de julho de 2005.

¹²⁰ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 209.

¹²¹ GOLDIM, op. cit.

¹²² Vida interativa é um conceito que aqui introduzo, com o fim de designar as ações preferidas a serem exercidas pelo indivíduo racional em relação ao mundo em que está “inserido”. O conceito de “inserção” variará em razão da abrangência de suas ações no universo como um todo. Deste modo, os limites “geográficos” de “mundo” são amplamente questionáveis.

mesma por seus próprios meios, apoiando-se em uma norma que reconhece e aceita intimamente. O que significa que o indivíduo deve enfrentar o problema de como agir de maneira que sua ação possa ser boa, isto é, que a partir de certos critérios aceitos do que é *bom* ou do que é *justo*, possa ser, tal ação, considerada valiosa. Mas, na prática, em ações de saúde, a definição desses valores pode não ser assim tão simples. Mesmo que haja um consenso de que o *Bom* seja o *bem-estar* do paciente, podemos supor diferentes concepções de *bem-estar*. Por exemplo, *bem-estar* poderia ser o alívio *imediatamente* da dor, ou evitar mutilações, ou ainda não onerar desnecessariamente o paciente. Poderíamos supor a situação em que um odontólogo, durante um atendimento de urgência, em serviço público de saúde, tivesse de optar ou pela extração ou pela trepanação de um dente com abscesso periapical agudo. A primeira opção aliviaria, prestamente, a dor do paciente, mas o mutilaria. A outra alternativa, com a drenagem da coleção purulenta (sabendo, o profissional, que o tratamento subsequente não é oferecido pelo serviço público), não garantiria uma cessação definitiva da dor (já que se não for realizada a endodontia, certamente, o processo inflamatório sofrerá, mais cedo ou mais tarde, uma reagudização), mas esse procedimento daria uma oportunidade ao paciente de procurar recursos por meios próprios, evitando a mutilação e um posterior tratamento de custo ainda mais elevado, que é a reparação protética (que se não for feita acarretará desequilíbrio oclusal, com dor subsequente – o que implica em novos sofrimentos e ônus para o paciente). Qual das duas ações é menos maleficiente?

Para Beauchamp e Childress,

as obrigações de não prejudicar os outros (por exemplo, aquelas que proibem roubar, mutilar e matar) são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros (por exemplo, proporcionando benefícios, protegendo interesses e promovendo o bem-estar).¹²⁴

Mas essa distinção é de pouca ajuda na priorização e escolha do grupo de ações pelo qual devo optar. Em certas circunstâncias, as obrigações de não prejudicar e, em outras, as obrigações de beneficiar serão mais rigorosas, uma em relação à outra. Entretanto, parece que mesmo o *senso comum* reconhece que *um mal não justifica um bem*. Por exemplo: se um cirurgião “pudesse salvar duas vidas inocentes matando um prisioneiro que estivesse no ‘corredor da morte’ para obter seu coração e seu fígado para transplantes, esse resultado teria

¹²³ O indivíduo que aqui é referido deve se encontrar desimpedido de limitações – como, por exemplo, de saúde – que o impeçam de tomar decisões por si próprio.

¹²⁴ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 210.

o mais alto grau de utilidade global (nas circunstâncias), mas não é moralmente defensável”.¹²⁵ Portanto, como lembram Beauchamp e Childress, devemos ser cautelosos acerca dos axiomas de prioridade.

Os resultados oriundos de decisões, em práticas de saúde, não são de ordem abstrata. Qualquer conclusão implica em uma ação. Até mesmo uma omissão é uma ação. O dano, intencional, de causar a morte por meio de um certo ato, equivale à omissão de prestar socorro, sendo a intenção diretamente proporcional à omissão e indiretamente proporcional ao causar a morte por não prestação de socorro.

Pressuponho que uma atitude ética tenha um *status* ontológico similar às ações que buscam o esclarecimento da verdade. Defendo que esse entendimento deva ser *consensual* e passe por um *intercâmbio argumentativo*. Portanto, a pergunta básica, “o que devo fazer?”, será válida não somente para decisões acerca de atos não maleficentes, mas também para determinações que envolvam ações benevolentes ou atitudes justas.¹²⁶ A decisão envolve a questão da liberdade, que pode ser analisada a partir da ótica kantiana do *imperativo categórico* ou outras, tais como a da linguagem, se concordarmos que “a possibilidade de argumentação racional em assuntos morais está ancorada na lógica da linguagem moral”.¹²⁷ Desta forma, “a liberdade de decisão é uma condição referente à posição do sujeito que realiza o ato de fala ‘que devo fazer?’ e faz parte da realização feliz desse ato”. A ação é uma conseqüência do *dever*, não é o dever. “O ‘dever’ moral e ético [ou melhor, o engajamento nesse dever] existe somente na e pela linguagem e se constitui no ato lingüístico de ‘auto-obrigar-se’”.¹²⁸

O *agir* dos profissionais de saúde pauta-se, na maior parte das vezes, em regras provenientes dos códigos deontológicos de suas profissões, também chamados de códigos de ética profissional.¹²⁹ Isso não necessariamente inclui receitas acerca de priorização de princípios ou de fatores que, naqueles incluídos, devam ter primazia em escolhas.

Quando está em questão, o princípio de não-maleficência envolve muitas regras morais, como por exemplo:

1. Não matar.

¹²⁵ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 211.

¹²⁶ A alternativa entre *fazer* um bem ou *não fazer* um mal a partir de uma certa decisão já antecipa de certo modo o problema do dilema.

¹²⁷ CARVALHO, M.C.M. *Hare e os Limites da Discriminabilidade Racional*, 1992, in revista *Reflexão*, PUCAMP, Campinas, n^{os}. 51/62, (abril), p. 120.

¹²⁸ VELASCO, Sírio Lopez. *Fundamentos Lógico-lingüísticos da Ética Argumentativa*. São Leopoldo: Nova Harmonia, 2003. p. 19 e 25.

¹²⁹ “Embora não seja a melhor denominação” (KIPPER, Délio José & CLOTET, Joaquim. *Princípios da Beneficência e Não-maleficência*. <http://www.cfm.org.br/bancotxt/bioetica/ParteIIprincipios.htm>. Acessado em 29 de julho de 2005).

2. Não causar dor ou sofrimento a outros.
3. Não causar incapacitação a outros.
4. Não causar ofensa a outros.
5. Não despojar outros dos prazeres da vida.¹³⁰

Esses deveres poderiam ser compreendidos como *deveres negativos*, por estarem vinculados a uma noção *proibitiva* de ações. Os deveres negativos são a contraposição necessária da liberdade de organização e têm como conteúdo não prejudicar o próximo. A organização do sujeito moral refere-se à opção entre a omissão e a ação.

O princípio de não-maleficência, numa abordagem prático-jurídica, é considerado segundo o modelo da *devida assistência* e a avaliação de seu descumprimento passa pelos seguintes pontos:

1. O profissional tem que possuir um dever para com a parte afetada (onde se impõem, mais do que o *imperativo categórico* ou o *princípio de utilidade* e dos *traços de caráter*, a força dos contratos).
2. O profissional tem que infringir esse dever (querer causar dano).
3. A parte afetada tem que sofrer um dano (passível de ser mensurado).
4. O dano tem que ter sido causado pela falha no cumprimento do dever (negligência, imperícia ou imprudência).

2.2.3. Beneficência

Beauchamp e Childress fazem a seguinte distinção:

a beneficência refere-se a uma ação realizada em benefício de outros; a benevolência refere-se a um traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros; e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros.¹³¹

Pelo apresentado e em consonância com alguns autores ligados à filosofia moral, a beneficência é uma manifestação da benevolência.

¹³⁰ Ver BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 214. Tanto essas regras como o próprio princípio, pela teoria de Ross, não seriam absolutos, devendo ser considerados *prima facie*, ao contrário do *imperativo categórico* e do *princípio de utilidade*, anteriormente vistos.

¹³¹ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 282.

Muitos profissionais de saúde consideram que o valor fundamental, nas suas práticas, é o *bem-estar* do paciente. Tal concepção, muitas vezes, exclui, em diversos graus, o respeito ao princípio da autonomia, pois confere condições para que se instale o *paternalismo*, desde a sua forma mais amena até a sua manifestação mais extremada, onde o paciente fica literalmente “nas mãos do médico”. A participação do paciente, nas questões que *lhe* dizem respeito, passa a ser secundária. Não raro, acreditando ser fiel ao princípio de beneficência, o profissional de saúde decide o que é o “melhor” para o paciente. Nessa situação, é o profissional quem examina e decide sobre “as obrigações de conceder benefícios, de prevenir e reparar danos e de pesar e ponderar os possíveis benefícios contra os custos e possíveis danos causados por uma ação”.¹³²

Conforme Drumond, a medicina e os médicos acham-se fortemente impregnados pelo paternalismo beneficente de Hipócrates. No juramento hipocrático está gravado: “*Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja*”. O médico de Cós e os profissionais de saúde que, até aos dias de hoje, seguem sua orientação, têm priorizado o *bonum facere* em “sintonia” com o *seu saber* e a *sua razão*. Este é o critério de julgamento do profissional, “ficando o paciente sempre na condição de receptor passivo do bem que *lhe* é concedido, cujos critérios da ação escapam do seu conhecimento e possível controle”.¹³³

O paternalismo que, não raro, se “esconde” por trás da beneficência de alguns profissionais de saúde, encerra consigo, frequentemente, o vício da coerção, muitas vezes inculcando – em comunicação de diagnósticos e prognósticos – temor de dano iminente e considerável à pessoa do paciente ou à sua família, desconsiderando, inclusive, temperamento, escolaridade e outras limitações do paciente, o que viola, claramente, o respeito à pessoa e, desse modo, desconsidera o princípio de autonomia, infringindo, inclusive, legislações de alguns países, tal como a brasileira.¹³⁴

Tal como no princípio de não-maleficência, Beauchamp e Childress enumeram, para o princípio de beneficência, um conjunto de regras básicas:

1. Proteger e defender o direito dos outros.

¹³² BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 282.

¹³³ DRUMOND, José Geraldo de Freitas. *O Princípio Da Beneficência Na Responsabilidade Civil Do Médico* * http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/BIOETICA_DIREITO_MEDICO.htm. Acessado em 03 de agosto de 2005.

* Conferência proferida no I Simpósio Ibero-americano de Direito Médico, Montevideu (Uruguai), de 28 a 30 de setembro de 2000.

¹³⁴ Sobre a coerção (ou coação) consultar o Código Civil, capítulo IV.

2. Evitar que outros sofram danos.
3. Eliminar as condições que causarão danos a outros.
4. Ajudar pessoas inaptas.
5. Socorrer as pessoas que estão em perigo.

Ainda que as regras propostas para o princípio de beneficência se assemelhem, em alguns aspectos, às descritas para o princípio de não-maleficência, Beauchamp e Childress destacam alguns aspectos de distinção, que podem ser sintetizados no seguinte quadro:

Princípio de Não-Maleficência	Princípio de Beneficência
São proibições negativas de ações	Apresentam exigências positivas de ação
Devem ser obedecidas de modo imparcial	Nem sempre precisam ser obedecidas de modo imparcial
Servem de base a proibições legais de certas formas de conduta	Raramente, ou nunca servem de base a punições legais contra quem deixe de aderir a elas

As ações que podem ser inseridas na primeira coluna são de tal tipo que o seu não cumprimento resulta sempre em dano tendo, portanto, uma execução de *caráter obrigatório*. A segunda coluna encerra uma outra categoria de ações. Essas não necessariamente implicam em dano, caso tenham seu cumprimento negligenciado, interrompido ou, sequer, iniciado. Possuem, assim, um *caráter não obrigatório*.

Tais diferenças entre um e outro princípio nem sempre são bem percebidas, e geram confusões. Novamente, Beauchamp e Childress propõem, com o intuito de esclarecimento, os conceitos de beneficência *específica* e beneficência *geral*. “A beneficência específica se direciona a indivíduos ou grupos específicos, tais como as crianças, os amigos e os pacientes, enquanto a beneficência geral ultrapassa esses relacionamentos especiais, direcionando-se a todas as pessoas”.¹³⁵ Pessoalmente, não vejo motivos, fortes o suficiente, que justifiquem mais esta divisão nos princípios defendidos por aqueles autores. Uma vez que se entenda e se aceite a argumentação que possa sustentar a *beneficência* esta ou constitui-se numa *obrigação* ou em um *meio* que leve a objetivos eticamente defensáveis. Os mesmos Beauchamp e Childress, inclusive, consideram que

¹³⁵ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 285-286.

“aqueles que defendem um princípio de beneficência geral forte (os utilitarista e alguns moralistas cristãos, por exemplo) não sustentam a implausível tese *psicológica* de que algumas pessoas têm uma disposição moral natural para agir de modo beneficente para com aqueles que estão fora de seu círculo de relações específicas”.¹³⁶

Assim, o próprio princípio de beneficência adquire um caráter normativo, ainda que sujeito a limites, como o de não sacrificar qualquer outra coisa com importância moral comparável, como a própria vida ou mesmo um “plano de vida básico” como quer Slote.¹³⁷

A obrigação de beneficência de uma pessoa (X) por outra (Y) está sujeita, conforme o entendimento de Beauchamp e Childress, a satisfação das seguintes condições:

1. Se Y está em risco de perder a vida, de sofrer um dano à saúde ou de ter algum outro interesse prejudicado
2. Se a ação de X é necessária (isoladamente ou em conjunto com as de outros) para evitar essa perda ou esse dano
3. Se a ação de X (isoladamente ou em conjunto com as de outros) tem uma alta possibilidade de evitar a perda ou dano
4. Se a ação de X representaria riscos, custos ou ônus significativos para X
5. Se o benefício que se espera que Y obtenha exceder os danos, os custos ou os fardos que recairão sobre X..¹³⁸

2.2.4. Justiça

Um dos temas de maior complexidade, importância e polêmico, não só para filósofos mas, também, entre outros, para juristas, sociólogos, profissionais do direito e das ciências da saúde, é o que diz respeito aos estudos relacionados à justiça, bem como a sua efetivação prática.¹³⁹

A vida nas sociedades contemporâneas confronta-se com novos problemas¹⁴⁰, criados pelo próprio desenvolvimento técnico-científico. Por exemplo, em relação à experiência da

¹³⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 285-286.

¹³⁷ Apud, BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p.287.

¹³⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p.289.

¹³⁹ Almeida destaca que o princípio de justiça é, “provavelmente, o de mais difícil conceituação e aplicação” (ALMEIDA, op. cit., cita: SCHRAMM, F.R.. “Paradigma Biotecnocientífico e Paradigma Bioético”. In: ODA, L.M.[organizadora] *Biosafety of Transgenic Organisms in Human Health Products*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.109-127).

¹⁴⁰ Os diversos conflitos que surgem da convivência, envolvendo grupos sócio-econômicos distintos bem como diversas categorias culturais, em uma mesma comunidade, em geral, levantam questões tais que não há como não inserir, nesse contexto, a problematidade dos valores morais e éticos das pessoas.

dor, a *civilização de consumo* conseguiu modificá-la, uma vez que o indivíduo, profundamente desestruturado em suas reações pessoais e frequentemente condicionando-as a modelos pré-estabelecidos, acaba por transformar essa sensação em um problema de ordem *vulgarmente técnica*, não raro subordinada à uma compreensão fisiológica e com resolução no âmbito farmacológico. Tais acontecimentos nos cobram uma postura que não pode ser a da indiferença. Pois, se, por um lado, o progresso técnico-científico nos trouxe diversos ganhos, por outro, nos deixou alguns prejuízos. Um deles é a desigualdade de acesso a bens de consumo que se acentuou principalmente em países ditos *em desenvolvimento*. Considerando-se a condição de saúde um bem¹⁴¹, para promovê-la e sustentá-la é necessária a acessibilidade a diversos outros meios e bens. Isso implica, desde a possibilidade de usufruir as conquistas dos progressos nas ciências, até ter acesso aos avanços sociais e à renda digna que permitam a manutenção desse *status*. Entendo ser incumbência do Estado providenciar que cada cidadão possa ser contemplado com as condições mínimas que permitam ao mesmo participar dos ganhos da sociedade como um todo, até porque os progressos obtidos em ciências, incluindo as da saúde, no último século, só foram possíveis dada uma enorme complexidade que envolve grandes interesses econômicos e a participação de uma grandíssima rede de agentes, de pesquisadores a profissionais, quer diretamente vinculados quer não, bem como empresas e instituições de ensino. Dado a multiplicidade de interesses, nem sempre prevalecem os do saber, e cabe ao Estado e aos profissionais eticamente conscientes promover a justa distribuição das benesses, tendo em vista, principalmente, aqueles menos favorecidos, por conta das distorções dos sistemas sócio-político-econômicos que controlam a sociedade. Nesse sentido, como afirmam Beauchamp e Childress, “desigualdades no acesso à assistência à saúde e aos seguros saúde, juntamente com aumentos dramáticos nos custos dos serviços de saúde, alimentam debates a respeito da justiça social”.¹⁴²

O tema *justiça*¹⁴³ é de extrema relevância para os profissionais de saúde em geral, políticas de saúde, bem como para a atividade técnica, especialmente, em saúde pública.

O “princípio” de justiça em Beauchamp e Childress é um tanto complexo, podendo, em certos momentos, ligar-se à justiça distributiva aristotélica ou aos princípios de justiça rawlsianos, a princípios utilitaristas, comunitaristas ou liberais ou, por suposição, a muitos

¹⁴¹ Ver p. 71 dessa dissertação.

¹⁴² BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 351.

¹⁴³ Uma definição satisfatória de justiça tem-se feito necessária desde a clássica discussão, na *República* de Platão, entre Sócrates e Trasímaco, quando o primeiro analisa diversos argumentos pretendentes à definição de justiça, terminando a conversação sem um conceito satisfatório para a mesma.

outros modelos. Assim, Beauchamp e Childress tentam, a partir desta postura ética *eclética*, propor um conjunto de *subprincípios* que integrariam o princípio da justiça:

1. A todas as pessoas uma parte igual.
2. A cada um de acordo com a sua necessidade.
3. A cada um de acordo com seu esforço.
4. A cada um de acordo com a sua contribuição.
5. A cada um de acordo com o seu merecimento.
6. A cada um de acordo com as trocas de livre mercado.

Antes de me aprofundar no estudo destes “subprincípios” de justiça, gostaria de analisar o posicionamento das principais éticas que, neste aspecto, influenciaram a argumentação principialista.

No que diz respeito à justiça, o embate entre a teoria e a prática levou Platão a “interiorizar” a questão e vê-la como um problema moral. Justiça não significaria mais a mera obediência às leis do Estado, mas, antes, remontaria à própria “alma”. Assim, justiça fica esclarecida como um princípio moral, enquanto que o Direito o realizaria no convívio social. Tal entendimento viria mais tarde influenciar a concepção kantiana de justiça, que afirmou que *dever é agir necessariamente por respeito à lei*. Para este filósofo, havia diferença entre as leis da liberdade *versus* leis da necessidade. As primeiras serão regidas pela legislação moral, e as outras pela legislação jurídica, que implica, por sua vez, em ação moral e em ação jurídica, sendo estas originadas a partir de diferentes vontades. Ou seja: a vontade moral é autônoma, já que o móbil desta é o dever pelo dever, e a vontade jurídica é condicionada por fatores externos de exigência da mesma, sendo portanto heterônoma.¹⁴⁴ A concepção kantiana de justiça influenciou, por sua vez, a filosofia rawlsiana.

Rawls, como se sabe, desenvolveu uma teoria em que a justiça tem uma forte conotação social, com ênfase no aspecto distributivo, opondo-se ao utilitarismo e reelaborando a teoria do contrato social.

Lembra O’Neill que Rawls, ao escolher os princípios que fundamentariam a justiça, levou em conta escolhas feitas por *sujeitos racionais*. Entretanto, aponta uma grande diferença entre a filosofia rawlsiana e a racionalidade kantiana. Rawls identifica nos princípios que

¹⁴⁴ Citada por Bobbio, temos esta definição da ação justa em Kant: “Uma ação é *justa* quando, por meio dela, ou segundo a sua máxima, a liberdade do arbítrio de um pode continuar com a liberdade de qualquer outro segundo uma lei universal” (BOBBIO, op. cit., p. 72).

seriam escolhidos, a partir da racionalidade, aqueles que, vagamente, especificariam um fim e não os princípios que poderiam, consistentemente, ser escolhidos indiferentemente a fins particulares.¹⁴⁵ Assim, quando Rawls define o que vem a ser um sistema social *justo*, ele o define como aquele que estabelece limites para que os sujeitos possam desenvolver os *seus objetivos*¹⁴⁶ e também fornece uma estrutura de direitos, oportunidades e o conjunto de meios de satisfação para que, através do uso destes, aqueles objetivos possam ser equitativamente perseguidos. Neste sistema

a prioridade da justiça é reconhecida, em parte, através da afirmação de que os interesses que obrigam à violação da justiça são destituídos de valor. Não possuindo qualquer mérito, as exigências respectivas não podem ser impostas.¹⁴⁷

Aqui temos uma importante conexão com Kant. O próprio Rawls aceita que o *justo* é o elemento central na ética kantiana.¹⁴⁸ Conforme Kant: “Procurai primeiramente o reino da razão pura e prática e sua *justiça*, e então vos será dada por si mesma vossa finalidade”.¹⁴⁹

Percebe-se, por estas citações, a estreita afinidade que é mantida tanto em Rawls como em Kant entre noção de justo e a respectiva filosofia moral de cada um. O pensamento de Kant visa teorizar a justiça como liberdade. A liberdade deve realizar-se na história e na legalidade. Refiro-me aqui à liberdade externa, pois em Kant a liberdade interna se refere única e exclusivamente à moralidade.¹⁵⁰ Conforme esclarece Dall’Agnol, “para Kant, a publicidade é a condição *sine qua non* da compatibilização dos fins da política com a moralidade. Esse princípio deve ser lembrado nas discussões bioéticas atuais”.¹⁵¹ “Se pensamos no fato de que a teoria da justiça como liberdade é aquela da qual nasce a inspiração para a teoria do estado liberal, devemos concluir que a teoria do direito de Kant deve ser considerada como um dos fundamentos teóricos do estado liberal”.¹⁵² Dado que o conceito de

¹⁴⁵ O’NEILL, Onora, “Kantian Ethics” in SINGER, Peter (edited by). *A Companion to Ethics*. Oxford: Blackwell Publishing, 1993. p. 184.

¹⁴⁶ Apesar de Rawls negar veementemente o utilitarismo, há autores que vêem sua teoria como “uma tese claramente finalística e programática” (MELO, Frederico Alcântara de. *John Rawls: Uma Noção de Justiça*, <http://www.fd.unl.pt/web/Anexos/Downloads/226.pdf>. Acessado em 20 de setembro de 2006).

¹⁴⁷ RAWLS, op. cit., p. 33 (ver nota 05).

¹⁴⁸ Idem, p. 47 (ver nota 16).

¹⁴⁹ KANT, E. *Sobre a Discordância entre a Moral e a Política a Propósito da Paz Perpétua*, in Immanuel Kant, *Textos Seletos*. Petrópolis: Editora Vozes, 1985. p. 146.

¹⁵⁰ A liberdade, neste sentido, deve fazer da lei moral a sua única máxima de ação e essa lei caracteriza-se pela pura forma de universalidade. A liberdade determinada, pela lei moral, deve produzir no mundo os efeitos resultantes dessa autodeterminação. É deste modo que as atuações morais englobam, também, as ações no fenômeno. A ação externa da liberdade deve, portanto, ser efeito da adoção da máxima moral.

¹⁵¹ DALL’AGNOL, op. cit., p. 100.

¹⁵² BOBBIO, op. cit., p. 73-74.

liberdade, próprio à teoria liberal do Estado, é o conceito de *liberdade como não impedimento*, observamos aqui, mais uma vez, o quanto a *Teoria da Justiça* de Rawls se aproxima da teoria moral kantiana. Qual é, por exemplo, o primeiro dos dois *princípios*¹⁵³ que constituem o *âmbito* da tese rawlsiana? “Cada pessoa deve ter um direito igual ao mais extenso sistema de liberdades básicas que seja compatível com um sistema de liberdades idêntico para as outras”.¹⁵⁴

O caráter deontológico-kantiano se expressa, ainda, no “véu de ignorância” rawlsiano, em:

- a) permitir que os princípios de justiça sejam, contrariamente às teorias teleológicas como o utilitarismo, escolhidos independentemente de qualquer concepção particular do bem;
- b) fundar a universalidade e a imperatividade dos princípios num sujeito universal correspondente à pessoa despojada de circunstâncias particularizantes;
- c) salvaguardar, na escolha, a autonomia dos contratantes;
- d) sublinhar o ideal de pessoa livre e igual, entendida como um fim em si mesma e não como um meio. As limitações de informação são necessárias para garantir que é como pessoas livres e iguais que elas concordam acerca dos princípios básicos de justiça social;
- e) evitar as alianças e negociações durante o processo de escolha, de modo a impossibilitar a identificação dos princípios de justiça – o da igual liberdade e o da diferença – a imperativos hipotéticos e a impedir que do acordo se obtenham vantagens ou desvantagens, resultantes da boa ou má fortuna;
- f) permitir a unanimidade da escolha.¹⁵⁵

Além do *princípio da igual liberdade*, onde caberia à sociedade assegurar a máxima liberdade para cada pessoa compatível com uma liberdade igual para todos, se destacam, ainda, na teoria da justiça de Rawls:

¹⁵³ Mais precisamente, estes princípios se constituem recomendações institucionais de nível elevado. O *primeiro* subscrevendo as liberdades civis e políticas, e o *segundo* prescrevendo que as desigualdades socioeconômicas estejam sujeitas à existência de oportunidades iguais de acesso às posições mais privilegiadas e à exigência de que o esquema de desigualdades melhore tanto quanto possível a situação dos mais destituídos.

¹⁵⁴ O segundo princípio afirma que “as desigualdades econômicas e sociais devem ser distribuídas de modo que, simultaneamente: a) se possa razoavelmente esperar que elas sejam em benefício de todos; b) decorram de posições e funções às quais todos têm acesso” (RAWLS, op. cit., p. 68).

¹⁵⁵ Ver QUEIROZ, Regina. *Véu de Ignorância*. http://www.ifl.pt/dfmp_files/veu_da_ignorancia.pdf. Acessado em 9 de abril de 2006.

- a) o *princípio da diferença*, visando promover a distribuição igual da riqueza, exceto se a existência de desigualdades econômicas e sociais beneficiar os menos favorecidos
- b) o *princípio da oportunidade justa*, que buscaria garantir que as desigualdades econômicas e sociais estejam ligadas a postos e posições acessíveis a todos em condições de justa igualdade de oportunidades.

Rawls estabelece um elenco de liberdades, das quais a mais importante é, sem dúvida, a liberdade de consciência. Para reger tais liberdades, seja no sentido de distribuí-las, fazer cumpri-las, propiciar com que possam ser reivindicadas ou, ainda, por qualquer motivo particular, se poder restringi-las, há que se supor um sistema de regras que se refeririam ao princípio de domínio da lei que na verdade se fundamentaria na opção ou característica deontológica do sujeito moral. O princípio do qual esta interpretação deriva não é outro que o *imperativo categórico*, o princípio “universal” proposto por Kant. Stuart Mill entende que tal princípio fracassa,

quase grotescamente, na demonstração de que haveria alguma contradição, alguma impossibilidade lógica (para não dizer física) na adoção, por todos os seres racionais, das regras de conduta mais afrontosamente imorais. Tudo quanto mostra é que as *conseqüências* da sua adoção universal seriam tais que ninguém desejaria incorrer nelas.¹⁵⁶

O princípio utilitarista não descarta a limitação coercitiva das liberdades individuais se tal ação puder ser justificada na medida em que suas conseqüências sejam úteis. Aplicado à teoria política, na medida em que o Estado pretenda promover um maior bem-estar da coletividade, tal medida seria até indispensável. Ou seja, em outras palavras, seria um mal necessário. Mal sobre o qual Rawls se apóia na crítica ao utilitarismo: o fato de sua teoria de justificação estar, precisamente, centrada na maximização do bem-estar público, ainda que às custas dos direitos de cada indivíduo. Isso, para Rawls, seria uma situação profundamente injusta. Entretanto, quando Rawls afirma que a teoria do justo e da justiça é baseada no conceito de reciprocidade, reconciliando pontos de vista próprios com os de terceiros, enquanto pessoas morais iguais¹⁵⁷, expressa, em outros termos a idéia já expressa por Mill.¹⁵⁸

¹⁵⁶ MILL, op. cit., p. 15.

¹⁵⁷ RAWLS, op. cit. p. 368.

¹⁵⁸ MILL, op. cit. p. 24.

Peluso esclarece que os

Utilitaristas Clássicos interpretam a tarefa do legislador em termos do sujeito que busca captar a forma como os interesses privados e públicos coincidem. Como consequência disso, a Ética Utilitarista propõe a subversão das diferenças sociais e o desenvolvimento de condições que propiciem a felicidade de todos os cidadãos.¹⁵⁹

Guisán destaca a importância das considerações de Brandt, nas controvérsias entre éticas do direito e do bem-estar. Lembra que este tenta obter um posicionamento intermediário, entre a postura deontologista, que despreza as considerações relativas ao bem-estar, e as éticas consequencialistas, que defendem este princípio, prestando pouca atenção à questão dos direitos. Nesse sentido, afirma que

a noção de direito *prima facie* se apresenta como um artigo inteligente para que, reconhecendo-se o valor, em princípio, de determinados princípios e normas, se atenuem para que estes possam ser ‘deslocados’ por considerações de utilidade em determinadas ocasiões.¹⁶⁰

Um problema importante neste aspecto reside em se saber o que precisamente pode se entender por “considerações de utilidade”, e se todos ou quais direitos podem, nalguma(s) circunstância(s), ser alienáveis. Brandt considera essenciais o direito *à vida, à liberdade e à propriedade*, sendo que direitos *prima facie* seriam aqueles que poderiam ser *deslocados* por considerações cuja importância dos valores em curso seriam relativas a situações determinadas.¹⁶¹ Exemplo dessa natureza seria o da “liberdade de expressão”, que, usada irrestritamente, em certas circunstâncias, pode desencadear efeitos devastadores, como no caso de se gritar *fogo* ou *bomba* em um teatro lotado ou junto à uma grande multidão ou, ainda, como no caso da publicação, por um certo jornal dinamarquês, de charges acerca do profeta Maomé.

Conforme Beauchamp e Childress, “alguém que tem uma reivindicação válida baseada na justiça tem um direito, e portanto algo lhe é devido”.¹⁶² Esse direito, refere-se à faculdade que tem uma pessoa de cumprir e de obrigar outrem a cumprir certo dever exigível;

¹⁵⁹ PELUSO, op. cit. p. 19.

¹⁶⁰ Ver GUIÁN, Esperanza. “Utilitarismo, Justiça e Felicidade”, in: PELUSO, Luis Alberto (organizador). *Ética e Utilitarismo*. Campinas: Editora Alínea, 1998. p. 136.

¹⁶¹ Apud GUIÁN, op. cit., p. 137.

¹⁶² BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 352.

seria o interesse legítimo e próprio que está definitivamente incorporado ao seu patrimônio e é amparado por ordem jurídica. Comte-Sponville lembra que “a justiça se diz em dois sentidos: como conformidade ao direito (*jus*, em latim) e como igualdade ou ‘proporção’”.¹⁶³

A expressão *justiça distributiva*,¹⁶⁴ utilizada por Beauchamp e Childress, tem uma estreita proximidade em significado e aplicabilidade com o conceito *justiça como equidade* de Rawls, levando em consideração o que é devido a cada um, e estão ambas conectadas ao sentido de *proporção* do justo.¹⁶⁵ Contudo, a importância do que é “devido a cada um” não é desconsiderado pelo utilitarismo clássico. Berger sintetizou a abordagem de Mill, concernente àqueles direitos, em quatro propostas ou proposições:

- 1- As desigualdades substantivas de riqueza, saúde e poder são *prima facie* injustas e exigem justificação.
- 2- Deve assegurar-se a distribuição da riqueza a fim de que se garanta a subsistência de todos.
- 3- As desigualdades não devem minar o estatuto das pessoas como seres iguais, o que garantirá que ninguém pode ter poder absoluto sobre as vidas dos outros, ou que ninguém seja degradado.
- 4- Somente certo tipo de consideração poderia justificar a desigualdade, a saber, que dela se derivasse que ninguém ficaria pior ou que fosse consequência da recompensa devida ao mérito. Ou, o que vem a resultar no mesmo, somente seriam justificáveis as vantagens obtidas mediante o esforço voluntário.¹⁶⁶

Como o próprio nome evoca, a *justiça distributiva* refere-se a uma partilha equilibrada das benesses e ônus dentro de uma dada sociedade. A *justiça como equidade* pretende ser uma forma de encarar os princípios da justiça que foram aceitos por pessoas livres e racionais, princípios estes que definem os termos fundamentais da sua associação, regulamentando os acordos subsequentes, especificando as formas da cooperação social que podem ser introduzidas, bem como as formas de governo que podem ser estabelecidas. A equidade ocorre a partir do momento em que os sujeitos que estabelecem uma forma de cooperação em sociedade escolhem em conjunto, num ato comum, “os princípios que devem

¹⁶³ COMTE-SPONVILLE, *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*, op. cit., p.71.

¹⁶⁴ Beauchamp e Childress, fazem distinção entre *justiça distributiva* e *justiça criminal*. A primeira trata da distribuição de direitos, bens e deveres dentro de uma dada sociedade, e a segunda compreende os mecanismos de reparação por possíveis danos causados.

¹⁶⁵ Consultar, também, DALL’AGNOL, op. cit., p. 48.

¹⁶⁶ Apud GUIÁN, op. cit., p. 138.

orientar a atribuição dos direitos e deveres básicos e a divisão dos benefícios da cooperação em sociedade”.¹⁶⁷

Beauchamp e Childress afirmam que “temos uma situação de justiça sempre que caibam às pessoas benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como o fato de serem produtivas ou de haverem sido prejudicadas pelos atos de outra pessoa”.¹⁶⁸ Destacam, ainda, o *princípio formal* e os *princípios materiais* de justiça. O primeiro princípio (princípio de igualdade formal) não estabelece as circunstâncias específicas para o estabelecimento dos *iguais* e o modo *igualitário* de tratamento; “o princípio simplesmente afirma que, quaisquer que sejam as circunstâncias relevantes em questão, as pessoas que forem iguais com respeito a elas deveriam ser tratadas de modo igual”.¹⁶⁹ Se assim é, tal princípio carece de profundidade argumentativa que justifique uma não simples aceitação e aplicação do mesmo. De qualquer forma, parece incoerente que, uma vez definida uma classe, seja por quais critérios for, o tratamento seja aleatoriamente diferenciado entre seus membros.¹⁷⁰ Sugere Dall’Agnol que tal princípio seja formulado da seguinte maneira: “*trate eqüitativamente as pessoas*”.¹⁷¹ Tratar de modo equivalente os iguais e diferentemente os desiguais é um requerimento formal da justiça já identificado por Aristóteles, e já discutido amplamente aqui.¹⁷²

É de especial interesse estabelecerem-se os critérios de distinção que, de algum modo, obedeceriam a certa(s) norma(s) ou estariam contidos na própria norma. No primeiro caso, tem-se tratamento igual se, de modo imparcial, a norma é respeitada, por quem a aplique, constituindo-se a própria norma em *parâmetro de igualdade*. O segundo cobra-nos o seguinte questionamento: é possível determinar o “caráter” igualitário de uma norma?

Sobre a *igualdade*, Aristóteles já havia concebido alguns significados, abaixo sintetizados e trazidos à contemporaneidade por Gramstrup, que define a justiça formal como “um princípio de ação segundo o qual os seres de uma mesma categoria essencial devem ser tratados da mesma forma”:

- (a) *igualdade numérica ou absoluta* (tudo igual para todos): seria a distribuição de benefícios e ônus, em partes idênticas, a todos, criticável do ponto de vista da

¹⁶⁷ RAWLS, op. cit., p. 33.

¹⁶⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 352.

¹⁶⁹ Idem, p. 354.

¹⁷⁰ Voltarei a este ponto com maior detalhamento quando tratar do acesso ao serviço público de saúde.

¹⁷¹ DALL’AGNOL, op. cit., p. 49.

¹⁷² “A justiça e a eqüidade são, portanto, a mesma coisa, embora a eqüidade seja melhor. O que cria o problema é o fato de o eqüitativo ser justo, mas não o justo segundo a lei, e sim um corretivo da justiça legal” (ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Nova Cultural, 1987. p. 96-97).

inverificabilidade. Não há notícia de Sociedade que não tenha efetuado alguma espécie de discriminação (nem de normas que assim não procedam: portanto, toda regra de distribuição seria desigualitária). Mas esta concepção tem alguma relação com a promessa feita nas declarações de direitos fundamentais, que, pelo menos em aparência, os atribuiriam equanimemente a todos;

- (b) *igualdade proporcional* (ou *proporcional-quantitativa*: a cada qual e de cada qual segundo certas características de grau variável): é a atribuição de benefícios maiores aos mais necessitados e ônus progressivos aos mais aquinhoados. A aplicação deste princípio depende da existência de uma regra de distribuição, cujo critério de materialização mais ou menos intensa a determine. Mas, neste caso, toda norma geral seria igualitária, por conter na hipótese elemento descritivo que serve de pauta à intensidade da distribuição;
- (c) *igualdade proporcional pelo mérito* (a cada qual segundo seu merecimento): é uma variante da anterior, mas se tomando como característica decisiva o mérito individual relativo. O problema está na subjetividade da avaliação do mérito pessoal (é mais fácil determinar o valor relativo de coisas do que de pessoas), a reclamar a intermediação de critérios definidores, com o que mais uma vez se reduz este caso ao da igualdade proporcional geral;
- (d) *igualdade pelas partes iguais* ou *proporcional-qualitativa* (o igual aos iguais e o desigual aos desiguais): se tomado nesta pureza, resultaria, de novo, em que toda norma fosse igualitária, pois esta atribui ou exige conforme o atributo que designa como relevante, para identificar semelhança ou diferença.¹⁷³

A tentativa de estipular um conceito *formal* para justiça foi levada a efeito por Perelman através de uma série de princípios que ele denominou de *justiça concreta*, a saber:

1. A cada qual a mesma coisa.
2. A cada qual segundo seus méritos.
3. A cada qual segundo suas obras.
4. A cada qual segundo suas necessidades.
5. A cada qual segundo sua posição.
6. A cada qual segundo o que a lei lhe atribui.¹⁷⁴

A crítica de Gramstrup à *igualdade numérica ou absoluta* pode ser aplicada ao primeiro tópico da lista de Perelman. Na seqüência, a avaliação acerca da *igualdade*

¹⁷³ GRAMSTRUP, Erik Frederico. *O Princípio da Igualdade*. <http://www.hottopos.com/videtur17/erik.htm>. Acessado em 29 de abril de 2006.

¹⁷⁴ PERELMAN, Chaim. *Ética e Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 09.

proporcional pelo mérito feita por aquele autor se faz pertinente na abordagem do segundo tópico desta última listagem. À distribuição *segundo a posição* creio ser possível empregar-se o entendimento *proporcional-quantitativo*: “a cada qual e de cada qual segundo certas características de grau variável”, conforme o item “b” da interpretação aristotélica de Gramstrup.

O posicionamento de Perelman é muito semelhante ao de Beauchamp e Childress,¹⁷⁵ citados anteriormente. Diante dos princípios que ele defende, comenta o autor que se pode declarar que não têm absolutamente nada em comum, escolhendo-se um único admissível, ou pode-se pesquisar o elemento comum que torne realizável um acordo unânime. Definindo a justiça formal como “um princípio de ação segundo o qual os seres, de uma mesma categoria essencial, devem ser tratados da mesma forma”, defende a tese de que cada um daqueles princípios identifica uma obrigação *prima facie*. Beauchamp e Childress definem como *princípios materiais de justiça* aqueles que especificam as características relevantes para um tratamento igualitário, identificando as propriedades substantivas para a distribuição, tais como o mérito, o esforço, a contribuição ou a necessidade.¹⁷⁶ Os dois primeiros itens do ordenamento de Beauchamp e Childress não diferem muito entre si, dado que, em última instância, ambos são *intencionais* e encontram paralelo no segundo ponto destacado por Perelman, podendo ser avaliados a partir do que foi exposto no item “c” da análise de Gramstrup. Já o aspecto *contributivo* levantado por Beauchamp e Childress pode ser alinhado com o destaque dado às *obras* por Perelman, que propugna, para esse critério de distribuição, assim como para o critério do mérito, um tratamento semelhante no que diz respeito à proporcionalidade. Mas, ao contrário da *meritocracia*, a distribuição *segundo as obras*, ao priorizar os resultados da ação, deixa de ser essencialmente moral, pois o critério do mérito leva em conta a *intenção* do sujeito, que antecede a ação, os sacrifícios ou esforços empreendidos. Já o critério dos resultados da ação, que são as contribuições efetivas ou obras, dá primazia a elementos ligados ao *cálculo*, revestindo-se de um aspecto mais administrativo. “Para Perelman, segundo esse critério dos resultados, poder-se-ia justificar o pagamento do salário dos operários, por hora ou peça, bem como os exames e concursos de seleção de candidatos. Hannah Arendt refuta tal critério, embora admita que a sociedade atual é altamente tecnicista”.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Ver pp. 54-55.

¹⁷⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 355.

¹⁷⁷ CRUZ, André Luiz Vinhas da. *A noção de justiça formal em Chaim Perelman: Igualdade e Categorias Essenciais*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7607>. Acessado em 12 de agosto de 2006.

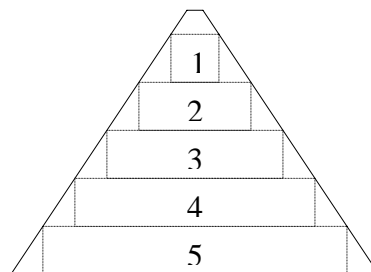
Quanto ao critério das *necessidades* de alguém, aceitá-lo equivale a dizer que este mesmo indivíduo privado daqueles bens ou direitos, anteriormente reconhecidos como necessários, será, de algum modo, prejudicado. Entretanto, as iniciativas que pretendem orientar eficazmente a distribuição de bens *conforme as necessidades* não são em si mesmas eficazes. O *princípio das necessidades* não esclarece precisamente quais coisas *devam* ser reconhecidas como necessidades, tampouco como hierarquizar as mesmas. Parece que tais necessidades têm que ser axiomáticamente definidas e hierarquizadas.

Segundo Manfred Max-Need, as necessidades básicas – primárias – de todo ser humano são:

- Subsistência
- Proteção
- Afeição
- Compreensão
- Participação
- Diversão
- Criação
- Identidade
- Liberdade.¹⁷⁸

Para Maslow, as necessidades humanas estão organizadas e hierarquizadas conforme sua *ordem* de importância e influência, numa pirâmide em cuja base estão as necessidades mais *baixas* (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades mais *elevadas* (as necessidades de auto-realização).¹⁷⁹

1. necessidades de auto-realização
2. necessidade de status e estima
3. necessidades sociais (afeto)
4. necessidades de segurança
5. necessidades fisiológicas



¹⁷⁸ *Human Needs and Human-scale Development*. <http://www.rainforestinfo.org.au/background/maxneef.htm>. Acessado em 03 de maio de 2006.

¹⁷⁹ SERRANO, Daniel Portillo. *Teoria de Maslow - A Hierarquia das Necessidades*. <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>. Acessado em 3 de maio de 2006.

Beauchamp e Childress, ainda que não se dediquem a uma hierarquização das necessidades, afirmam que concordar que uma pessoa tem necessidade fundamental de algo “é dizer que essa pessoa será lesada ou prejudicada de uma maneira fundamental caso essa necessidade não seja satisfeita”.¹⁸⁰

Beauchamp e Childress acreditam que do entendimento de uma noção de *necessidade fundamental* e de *bem primário* se poderia, progressivamente, especificar e adaptar o “princípio material” de necessidade, tarefa essa que melhor viabilizaria uma política pública voltada à distribuição. É deste modo que o “princípio material de necessidade” se transmuta no “princípio material de justiça válido”. Se assim não fosse, outro princípio, como o de “distribuição de livre mercado”, serviria como base para políticas públicas. Tal disputa entre princípios rivais, ainda que válidos, no estabelecimento de políticas públicas, é admitida por aqueles autores. Eles reconhecem ainda várias dificuldades teóricas e práticas que embargam o que eles chamam de “propriedades relevantes” identificadas pelos “princípios materiais”. Conforme Beauchamp e Childress, “em alguns contextos, as propriedades relevantes estão firmemente estabelecidas pela tradição, por um princípio moral ou legal ou por uma política”.¹⁸¹ A importância disso no contexto da ética biomédica pode ser ilustrada mediante o fato de que, se um indivíduo for cidadão de um país ou, apenas, residir nele, constituem tais situações propriedades relevantes para acesso ou não a todos os serviços de saúde oferecidos por uma política pública. Outro exemplo, possivelmente pertinente neste contexto, é saber se é uma propriedade relevante, pelo fato de um cidadão habitar determinado bairro, impedir-se o acesso do mesmo aos serviços de saúde de uma determinada unidade, mantida pelo poder público, em outra localidade. Ainda que a razão alegada, para esse procedimento administrativo, seja o gerenciamento do acesso aos referidos serviços, por outro lado, poderia um programa específico de saúde sustentar tal fundamentação argumentativa, a ponto de justificar a violabilidade de alguns *direitos* estabelecidos ou princípios éticos amplamente defensáveis, como o prerrogativa do usuário escolher o profissional de sua preferência? Como lembra Medeiros, “a alocação de recursos públicos em saúde é claramente uma questão que afeta direitos individuais e deve ser analisada sob a perspectiva da coletividade e de um horizonte de tempo extenso”.¹⁸²

Toda essa série de complexidades impede que Beauchamp e Childress formulem “O Princípio” de Justiça, e os estimulou a lançarem mão daquele conjunto de princípios ou meios

¹⁸⁰ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 355.

¹⁸¹ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 357.

¹⁸² MEDEIROS, Marcelo. *Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. p. 06.

que busquem corrigir *distorções* no âmbito da justiça. Entretanto, o próprio recurso *prima facie* pode não ser totalmente eficaz na eleição de um certo princípio a ser aplicado a uma circunstância específica.

Semelhante complicação alimenta críticas ao principialismo, tais como a de Soto, que, apesar de reconhecer a vantagem da linguagem clara e acessível dos quatro princípios básicos para o debate de questões bioéticas num contexto de *pluralismo moral*, destaca um caráter contraditório, inerente ao próprio *ecletismo* de Beauchamp e Childress, complicador na tomada de decisões nos momentos em que é necessário aprofundá-los – principalmente na prática biomédica –, algo que ocorre com frequência. Podem, então, aparecer dificuldades, às vezes severas, no entender daquele autor.

Recorrer, como de fato se costuma fazer, aos princípios de beneficência e/ou não-maleficência para neutralizar os excessos da autonomia pode resultar muito útil, mas acarreta também os seus perigos. Assim, estes dois princípios (fazer o bem e não causar mal), muito enraizados na deontologia médica, apresentam o risco evidente do paternalismo, quer dizer, de se atuar segundo o que seria o melhor para o outro, mas sem o consentimento deste e mesmo contra a sua vontade.¹⁸³

Aos mesmos riscos está sujeito o restante do elenco de princípios montado por Beauchamp e Childress a partir de diferentes modelos éticos. Os autores reconhecem que os princípios não possuem pesos relativos passíveis de serem impostos às suas exigências em situações de conflito. Parece que, entre os demais princípios, o que se ocupa da justiça é o mais suscetível às críticas e carece de uma capacidade resolutiva mais abrangente. Entretanto é essencial à prática biomédica que este tópico esteja no âmago das discussões éticas.

Como alerta Schramm,

as iniquidades no acesso aos serviços de saúde (públicos ou privados), combinados com o atual debate sobre o aumento crescente dos custos da assistência médica, em praticamente todos os países ocidentais, têm colocado o princípio de justiça na pauta da bioética contemporânea. Definitivamente, o princípio de justiça entra como questão central na denominada "fase dos conflitos públicos" da bioética dos anos 90.¹⁸⁴

¹⁸³ SOTO, Luís G. *Principialismo*. http://www.ifl.pt/dfmp_files/principialismo.pdf. Acessado em 3 de maio de 2006.

¹⁸⁴ Apud, ALMEIDA, op.cit., p.109-127.

Guillén sugere que, em caso de conflito de deveres entre os âmbitos privado e público, este último teria prioridade. Para este autor, os níveis de deveres, compreendidos em uma e outra esfera, seriam regidos por normas distintas, sendo que a

primeira, ou regra do gênesis, estabelece que, cronologicamente, o primeiro nível é prioritário ao segundo. A outra, a regra da hierarquia, estabelece que em caso de conflito entre os deveres nestes dois níveis, os deveres no nível público têm sempre prioridade sobre o nível privado.¹⁸⁵

Nessa perspectiva, e sabendo-se que as decisões alocativas não são tomadas diretamente pelos usuários dos serviços de saúde, é essencial que se tenha claro as diretrizes das políticas públicas, estando, entretanto, essa “clareza” dependente da explicitação dos paradigmas de justiça¹⁸⁶ que fomentaram a elaboração de tais políticas. No entender de Medeiros,

igualdade e equidade fundamentam, respectivamente, estratégias de universalização e focalização nas políticas sociais, ressaltando algumas implicações da adoção dessas estratégias, tanto no caso geral quanto no caso dos bens públicos.¹⁸⁷

Apesar da existência de inúmeros outros princípios aplicáveis, igualdade e equidade têm, na história da bioética, servido de fundamento a estratégias de universalização e focalização nas políticas públicas. A adoção dessas estratégias, quando da formulação de objetivos na área de saúde, acabará por derivar implicações tanto na estrutura de desigualdades de uma sociedade como nos custos das políticas e nas dimensões da máquina administrativa necessária para implementação e controle das políticas públicas.

Abaixo, procurei resumir, em um quadro esquemático, essa questão:

¹⁸⁵ Idem, p.119.

¹⁸⁶ O Sexto Congresso Mundial e Bioética, ocorrido em Brasília em 2002, enfatizou o tema da justiça. Na abertura do evento, o ministro da Ciência e Tecnologia em exercício, Ronaldo Sardenberg, evidenciou a necessidade de discussões que questionem os avanços na ciência e tecnologia. Tratam-se estes de tal importância que o ministro, inclusive, sugeriu uma reavaliação de conceitos éticos, tendo em vista o interesse para a sociedade (Assessoria de Comunicação Social da UnB: <http://www.unb.br/acs/especiais/bioetica-08.htm>. Acessado em 11 de junho de 2005).

¹⁸⁷ MEDEIROS, op. cit., p. 04.

FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS		
FOCO: SAÚDE		
Modelos Éticos ⇒	Princípios de distribuição ⇒	Objetivos de Igualdade e Equidade
<i>Exemplos</i> ↓	<i>Exemplos</i> ↓	<i>Exemplos</i> ↓
Deontológico	A todas as pessoas uma parte igual	Igual acesso a cuidados em saúde
Utilitarismo	A cada um de acordo com a sua necessidade	Igualdade na utilização para igual necessidade.
Comunitarismo	A cada um de acordo com seu esforço	“meritocracia”
Liberalismo, etc.	A cada um de acordo com a sua contribuição, etc.	- inexistência de coerção de modo progressivo e abrangente; - ênfase no individualismo

Quando nos inserimos no campo da saúde, estamos no universo de valores, onde se colocam questões fundamentais nos registros da ética e da política. É preciso circular neste campo considerando que existem escolhas básicas em pauta, onde a vida, a morte, o prazer, estão presentes no horizonte de nossas indagações.

Birman¹⁸⁸

¹⁸⁸ BIRMAN, J. “Apresentação, Interpretação e Representação na Saúde Coletiva”, *Physis*, v.1, n.2, p.20, 1991, Rio de Janeiro.

III – ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.1. A Vida e a Saúde como Bens

3.1.1. A Vida

É impossível a vida, na abordagem mais primária de seu conceito, sem a recíproca ocorrência de saúde na interpretação mais básica de seu significado. Assim, ambos os conceitos praticamente se confundiriam, em uma análise mais incipiente. Isso quer dizer que a vida – entendida como conjunto de propriedades e qualidades graças às quais certos organismos, ao contrário de outros tipos como mortos ou da matéria bruta, se mantêm em contínua atividade, manifestada em funções orgânicas tais como metabolismo, crescimento, reação a estímulos, adaptação ao meio, reprodução, entre outras – não seria possível sem uma expressiva manifestação de saúde. Esta última significa, nesse momento, o estado do indivíduo em que aquelas funções orgânicas se encontram em homeostase. Portanto, não há sentido, neste contexto, em se falar de saúde de coisas mortas ou brutas. Deste modo, para haver saúde tem de existir vida e, conversamente, a vida só se mantém com uma ocorrência significativa de saúde. Essa compreensão de vida e saúde é uma compreensão inicial, pois ambos os conceitos podem ser muito mais estendidos.

A construção do conceito de *vida* é algo muito complexo. E mais: por que a vida deveria ser considerada um bem? O que pode se entender por isso?¹⁸⁹

Além da concepção de vida já assinalada, podemos nos referir a ela como sendo o processo em curso do qual os seres vivos são uma parte; o espaço de tempo entre o nascimento e a morte de um organismo (existência); ou o modo de se manter atuante em determinado setor ou sociedade, conforme concepções pessoais, condições culturais, políticas,

¹⁸⁹ Para Mill, a dificuldade de se definir um *bem* “não se evita pelo recurso à popular teoria de uma faculdade natural, um sentido ou instinto que nos informa sobre o que é bom ou mau. Porque – além de que a existência de um tal instinto moral é em si mesma uma das matérias discutidas –, aqueles que acreditam nesse instinto e alimentam quaisquer pretensões à filosofia têm-se visto forçados a abandonar a idéia de que ele discerne o que é bom ou mau num caso particular dado, da mesma forma que os outros sentidos apreendem a visão ou o som realmente presentes” (MILL, op. cit., pp. 12-13).

econômicas e religiosas.¹⁹⁰ Assim, o significado de *vida*, principalmente enquanto um bem, longe de ser universal, varia em diversos contextos e culturas.

Um consenso quanto ao que seja *bem* ou algo que fundamente todos os princípios, entre *estranhos morais*, é uma tarefa muito difícil. Provavelmente a proposta kantiana não é a mais adequada nessa situação. O princípio universal “age segundo a máxima que possa simultaneamente fazer-se a si mesma lei universal”,¹⁹¹ como vimos, foi criticado por Mill, que acredita que Kant não obteve sucesso em demonstrar contradição, impossibilidade lógica e até mesmo física, na aceitação, por todos os seres racionais, de regras de conduta afrontosamente imorais.¹⁹²

Parece-me que a única saída para o problema acima é o consenso. Tentativas nesse sentido têm sido várias. Habermas, por exemplo, busca promover normas para a relação de não dominação sobre os outros e uma noção mais ampla de razão. Centra seu projeto teórico em torno da razão e da modernidade, valendo-se de uma análise reconstrutiva do conteúdo de nossas práticas sociais. Entende que o projeto da modernidade não pode ser retomado com os mesmos critérios anteriores para a razão, e nisto consiste o seu empenho: reconstruir os fundamentos normativos e formular uma teoria crítica que dê conta das patologias sociais, permitindo a emergência de um “novo tipo” de racionalidade. Para Habermas, fora da vida doméstica, da igreja, e do governo, existe um espaço para as pessoas discutirem sobre *vida*. Habermas chama isto de *esfera pública*, onde idéias são examinadas, discutidas e argumentadas.¹⁹³ O espaço desta esfera pública tem diminuído sob a influência das grandes corporações e do poder da mídia.¹⁹⁴

A conclusão do que seja um bem não advém de uma atividade exclusivamente sensorial. Inserido-se na prática lingüística, geralmente analisada em contextos definidos como o da racionalidade humana, passa a ser um conceito construído e aplicado no âmbito da moralidade, construção essa integrante daquela prática anteriormente referida. Nesse fórum, a

¹⁹⁰ A concepção estendida do que seja vida pode não fazer separação entre a “prática da vida” e o fato de “ter vida”, cujas características peculiares de cada um dos enfoques levam à distinção *Erfahrung / Erlebnis* (experiência/vivência).

¹⁹¹ KANT, E. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Abril Cultural (col. Os Pensadores), 1980. §73.

¹⁹² Ver p. 59.

¹⁹³ Habermas vê no exercício do *agir comunicativo* uma contribuição para manter a identidade social e individual, ao organizar a ação em torno de valores compartilhados, de modo a alcançar um acordo sobre aspectos de validade que são passíveis de crítica, pois é através do discurso racional que é feita toda a tentativa de entendimento “sobre pretensões de validade problemáticas, na medida em que ele se realiza sob condições de comunicação que permitem o movimento livre de temas e contribuições, informações e argumentos no interior de um espaço público constituído através de obrigações ilocucionárias” (HABERMAS, Jürgen, *Direito e Democracia – Entre faticidade e validade* v.1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. p.142).

¹⁹⁴ Uma implicação óbvia é que isto é uma estratégia de divisão e conquista. Um recente e interessante evento é o surgimento da Internet como uma nova esfera pública.

vida deixa de ser um processo biológico e a *consciência* desse fato a caracteriza como um projeto pessoal, sendo esse projeto considerado um bem individual. Este bem seria de tal importância que se confundiria com o próprio *ser*. Com relação a esse aspecto, concordo com Rawls, que se declara adepto da idéia de Royce, que afirma, segundo ele, que “uma pessoa pode ser encarada como uma vida humana vivida de acordo com um projeto.”¹⁹⁵

Esse plano que a pessoa traça para si, uma vez consciente e extrapolando o limite do biológico, caracteriza-se como um empreendimento racional, vindo a se constituir em seu bem maior,¹⁹⁶ tendo em outros bens (materiais) um suporte aos aspectos hedônicos e fisiológicos da vida. Tal *bem* – a vida como um todo – passa a ser, *para o indivíduo*, um fim em si mesma, a tal ponto que, no ocidente, as pessoas costumam dizer que a vida é *sagrada*. Singer afirma que isso “não passa de uma força de expressão. Não querem dizer, como as suas palavras parecem indicar, que, em si, a vida é sagrada. Se quisessem, considerariam igualmente abominável matar um porco, arrancar um repolho ou assassinar um ser humano”.¹⁹⁷

Ao que parece, quando as pessoas dizem que a “vida é sagrada”, estão se referindo às suas próprias vidas, quando muito à vida humana – apenas. Mesmo os partidários desse argumento defendem que em alguns casos é lícito tirar a vida humana, como, por exemplo, nas situações de autodefesa comprovada (pessoal) e outros casos nem tão comprováveis (guerras) e de situação duvidosa, como o aborto e eutanásia,¹⁹⁸ o que significa atentar-se, em alguns casos, contra projetos e bens alheios. Nessa circunstância, poderiam estar prevalecendo certas concepções racionais de vida sobre outras, ou a razão pública sobre a razão privada.¹⁹⁹

Ainda em busca de uma base de consenso, talvez seja pertinente a proposta de Dworkin, que chama atenção para o valor *intrínseco* da vida. Mas Dall’Agnol o critica por um uso inadequado desse termo, “onde o valor seria uma propriedade das próprias coisas independentemente do que as pessoas possam pensar ou desejar”.²⁰⁰ Intrínseco, nesse aspecto, é o que está inseparavelmente ligado a uma pessoa ou coisa; o que lhe é inerente ou peculiar. Portanto, saber que características podem ser definidoras do que seja *valor intrínseco* é algo

¹⁹⁵ RAWLS, op. cit., p. 314.

¹⁹⁶ Entretanto, conforme já havia alertado Mill, “desde os primórdios da filosofia, a questão referente ao *summum bonum*, ou, o que é o mesmo, ao fundamento da moralidade, foi considerada como o principal problema para o pensamento especulativo, ocupou os mais notáveis intelectos, e dividiu estes últimos em seitas e escolas que sustentaram entre si vigorosa luta” (MILL, op. cit., p. 11).

¹⁹⁷ SINGER, op. cit., p.93.

¹⁹⁸ Estas últimas situações mereceriam um extenso estudo à parte.

¹⁹⁹ Para Rawls, estas concepções racionais, que orientariam planos de vida pessoais, guardam essa característica a partir da perspectiva individual da pessoa. A idéia de “razoabilidade”, contrastando com o racional, refere-se às razões que podem ser publicamente compartilhadas, entre pessoas que têm concepções bem distintas quanto aos seus projetos de vida. Por isso, “o conceito de racionalidade não é, em si mesmo, uma base adequada para o conceito de justo”, conceito este que se fundamentará no conceito de “razoabilidade” (RAWLS, op. cit., p. 311).

²⁰⁰ DALL’AGNOL, op. cit., p. 158.

complicado. Dall’Agnol realiza um extenso estudo sobre o tema em sua obra “Valor Intrínseco”²⁰¹, na qual se concentra principalmente na visão de Moore sobre a questão. Moore sustenta que “dizer que um tipo de valor é intrínseco significa meramente que a questão de se uma coisa o possui, e em que grau ela o possui, depende somente da natureza intrínseca da coisa em questão”.²⁰²

Não desejo fazer um estudo ou crítica aprofundada do valor intrínseco da vida. Aliome, entretanto, àquele posicionamento segundo o qual, *independentemente* da vida ser ou não “valiosa” *em si mesma*, ela deva ocorrer ou ser viabilizada sob certas condições ou circunstâncias. Ou seja: uma vida que “vale a pena” ser vivida... Uma vida *vivida* com dignidade moral e física, por exemplo.

Não se pode dizer que haja consenso sobre o fato da vida humana ser um bem, *strictu sensu*. Tampouco se considera, *latu sensu*, a vida, em geral, como um bem. Menos ainda há acordo sobre o que seja o *summum bonum*²⁰³. O que parece ser o caso é a atribuição de um valor muito significativo à vida humana, independentemente da qualidade com que se pode desfrutá-la, a partir de pertinências biológicas, ou que se a projeta, em decorrência de uma racionalidade qualquer. Isso a torna algo muito especial: para alguns um bem, para outros um meio e para uns tantos um fardo. Entretanto, independentemente da concordância de idéias e opiniões quanto ao conceito da vida humana ou do fato de ela se constituir ou não como um bem, e de como aferir-se o seu valor²⁰⁴, parece suficientemente plausível considerá-la de forma distinta, dada a evidência facilmente constatável de que a mesma, ao menos nas sociedades ocidentais, tem considerável importância para a maioria dos indivíduos. A comprovação dessa ordem de coisas parece justificar orientações éticas que busquem “reverenciar” a vida, ainda que, tal como os outros princípios éticos, devam ser exercidas em uma consideração *prima facie*.

3.1.2. A Saúde

A concepção de *saúde* da Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou-se fortemente no conceito de homeostasia, derivando daí a definição para a "situação de *perfeito*

²⁰¹ DALL’AGNOL, Darlei, *Valor Intrínseco*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

²⁰² Apud DALL’AGNOL, *Bioética*, op. cit., p. 163.

²⁰³ Tanto na Antiguidade como na época medieval o pensamento acerca do universo é semelhante, ou seja: que o mesmo é algo submetido a uma hierarquia, obedecendo a finalidade existente nas coisas sendo, delas, inseparável. Os valores estariam, de algum modo, inclusos na “realidade” e esta submetida ao sujeito. A aceitação da idéia de *Bem* como uma estrutura objetiva implicaria numa hierarquia de valores culminando na noção e “busca” do *summum bonum*.

²⁰⁴ Neste momento não irei me aprofundar em considerações *latu sensu* quanto ao valor da vida.

bem-estar físico, mental e social". Tal visão é, hoje, considerada ultrapassada, por almejar uma perfeição inatingível, violando até as próprias características da personalidade ou a autonomia da pessoa. “Discute-se a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, esposando o conceito de homem ‘integrado’”.²⁰⁵

Conforme Segre, ao se aceitar uma avaliação perfeccionista, nos moldes da OMS, que focaliza o bem-estar ou a felicidade de um sujeito como “externos” ao mesmo,

estará-se automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito.²⁰⁶

Além disso, tal definição não contempla, por sua “exterioridade”, o projeto pessoal de vida da pessoa.

Na busca da concretização de seu projeto, a pessoa passa por inúmeras situações acidentais e de conflito que lhe provocam, angústia e desgaste com repercussões diversas sobre seu físico e sua forma de conceber o mundo, obrigando o indivíduo a reavaliar e, muitas vezes, refazer o seu plano racional de vida, para se adaptar, principalmente, ao meio social em que vive.

Freud já havia alertado para a impossibilidade do bem-estar perfeito desde que a civilização passou a existir, na medida em que para isso os homens sacrificam parte de sua liberdade e sua felicidade em troca das vantagens do convívio social.²⁰⁷ Parece que essa condição é inescapável aos indivíduos que hoje projetam racionalmente suas vidas, fazendo da tensão entre o *bem-estar* e o *mal-estar* uma condição permanente – algo como um embate entre a *vida* e a *morte*, entre a *saúde* (a perfeição/satisfação) e a *doença* (a imperfeição/frustração). Como se administrar essa situação? Torna-se pertinente, aqui, a observação de Comte-Sponville: “Será preciso escolher? Pode-se fazê-lo? Deve-se fazê-lo? Parece-me que, antes, cumpre aprender a amar os dois, em sua diferença, em seu contraste”.²⁰⁸ A *vida*, nas diversas acepções abordadas, assim como a *morte*, enquanto seu contrário, são ocorrências cotidianas, integrando, ambas, o *dever* humano. Da mesma forma que não se vive

²⁰⁵ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. *The health's concept*. Rev. Saúde Pública., São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. pp. 538-542.

²⁰⁶ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. *The health's concept*, op. cit.

²⁰⁷ Ver FREUD, Sigmund. *O Mal-Estar da Civilização*. <http://www.ateus.net/ebooks/index.php>. Acessado em 19 de setembro de 2006.

²⁰⁸ COMTE-SPONVILLE, A. *Bom dia, angústia!*, op. cit., p. 49.

– no sentido mais amplo que foi aqui considerado – por um simples capricho da natureza ou em decorrência de um equilíbrio homeostático – entendido, com simplismo, por saúde – ou, ainda, por uma deferência da juventude; no entendimento de Comte-Sponville, “não se morre por acidente, doença, velhice. Morre-se por ser mortal, morre-se por viver, por ter vivido. A morte, ou a angústia da morte, ou certeza da morte, é o próprio sabor da vida, seu amargor essencial”.²⁰⁹

Pelo exposto, o que seria, portanto, um indivíduo saudável? Um indivíduo que conseguisse viver em equilíbrio entre tantos desafios, desde os biológicos aos racionais? E tal feito se constituiria num *bem*? De qualquer modo, seria, tal como a vida, um bem difícil de ser mensurado. Acerca disso, entende-se, conforme Segre e Ferraz, que, ainda que “para fins de estatísticas de saúde, as formas de ‘avaliação externa’ sejam necessárias”; não é, entretanto, “exequível ‘qualitativar-se’ esse tipo de mensuração”.²¹⁰ Isso é assim justamente porque *saúde* não é um conceito tão objetivo como pode parecer em uma apreciação mais precipitada. Escapar de certas mazelas físicas não constitui a tarefa única da existência. E o sucesso relativo nessa empreitada não é, por si só, um indicador suficiente de saúde *latu sensu*.

Ainda que as profissões voltadas à saúde humana considerem em maior ou menor grau aspectos outros que não físicos ou fisiológicos, relacionados ao *bem-estar* do indivíduo humano, a ênfase ainda é biologicista e comportamentalista. Ou seja, a *homeostase*, entendida como propriedade auto-reguladora de um organismo, ou sistema, que permite manter o estado de equilíbrio de suas variáveis essenciais, ou de seu meio ambiente, é que norteia as ações em pesquisa, *prevenção* e *cura* em disciplinas ou ciências tais como medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, etc. Por isso, para elaborar-se conceitos ou se *aferir* resultados na *atuação profissional* ou em *programas de saúde*, a ênfase é *quantitativista*, com realce no campo estatístico, o que tampouco é um procedimento consensualmente resolutivo. Basta citar, por exemplo, oscilações, divergências e buscas de médias para números laboratoriais, de peso e estatura. Lembra Hegenberg que “a normalidade estatística não é necessária para caracterizar ‘saúde’, porque são muitas as condições inusitadas, insólitas, que se apresentam em pessoas perfeitamente sadias”.²¹¹

Segre destaca as injunções sociais que atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. Assim, entre outros fatores, “o estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a

²⁰⁹ Idem, *ibidem*.

²¹⁰ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. *The health's concept*, op. cit.

²¹¹ HEGENBERG, Leonidas. *Doença - um Estudo Filosófico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, p. 54.

modalidade da organização do trabalho (...), poderiam fazer pensar, até mesmo, em uma suposta unidade ‘sociopsicossomática’.²¹² Pois,

Quando se fala em “bem-estar” já se englobam todos os fatores que sobre ele influem: ou não está já suficientemente “sentido” pessoalmente, e descrito em outras pessoas, que o infarto, a úlcera péptica, a colite irritativa, a asma brônquica, e até mesmo o câncer guardam profundos vínculos com os estados afetivos dos sujeitos?²¹³

Mas, mesmo as questões físicas, sociais, biológicas e psicológicas não esgotam a complexidade da saúde do ser humano. Esse ser, na tentativa de estar no controle daquelas variáveis, cria efeitos de causalidade, muitas vezes irreversíveis, assim como se supera em muitos aspectos. Desta forma, a saúde humana, enquanto objeto de ocupação de certas profissões e de planos de governo, mais do que uma questão de ciência, caracteriza-se como uma questão filosófica, visando criticamente estabelecer o que deve ser perseguido, ou defendido, e como deve ser essa busca, ou defesa.

A saúde como bem, antes de revestir-se de uma natureza material ou existencial, parece atribuir-se uma característica *ôntica*,²¹⁴ enquanto um bem *racionalmente* desejado, *latu sensu*, por todos os seres humanos. Ainda que o *bem* humano seja “heterógeno porque os objetivos do eu o são”,²¹⁵ existe, contudo, uma classe de objetivos que, se não satisfeitos, inviabilizam uma série de outros, o que qualifica aqueles primeiros objetivos como “bens primários”.

Bens primários, na linguagem rawlsiana, “são bens que supostamente um sujeito racional deseja, sejam quais forem os seus outros desejos”. São bens que se classificam em: a) liberdades básicas iguais, b) livre escolha de ocupação, (c) acesso a cargos e posições de responsabilidade nas instituições políticas e econômicas da estrutura básica da sociedade, (d) renda e riqueza, e (f) bases sociais do auto-respeito que, para Rawls, é o bem primário mais importante, sendo que “numa sociedade justa, a base para o respeito próprio não está na parte do rendimento que nos cabe mas na distribuição dos direitos e liberdades fundamentais que é publicamente reconhecida”.²¹⁶ Atribui-se, portanto, às instituições das sociedades

²¹² SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. *The health's concept*, op. cit.

²¹³ Idem, *ibidem*.

²¹⁴ Uso esta palavra aqui enquanto referindo a saúde como algo pertencente à estrutura e à essência própria de um ente (no caso humano), enquanto aquilo que ele é em si mesmo, ou seja: sua identidade, sua diferença em face de outros entes.

²¹⁵ RAWLS, op. cit., p. 418.

²¹⁶ Idem, p. 411.

democráticas o dever de ampliar as condições vantajosas ou diminuir os danos das condições desvantajosas que influem na *vida* e, por extensão, na *saúde* dos indivíduos.

Páginas atrás, já referi que as condições de saúde das populações, na maioria dos países, têm melhorado, conforme uma análise técnica generalizada. Tem-se atribuído esse fato aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais do último século, assim como aos avanços científicos nas ciências da saúde e em programas públicos para as mesmas. Mas pouco se tem discutido o sentido dessa melhora e a quem, na prática, ela se tem destinado. A maioria das organizações internacionais são taxativas ao informar que, ainda que tal melhoria, geralmente aferida por procedimentos estatísticos, seja incontestável, também o é a permanência de profundas desigualdades nas condições de acesso a essas benesses, entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais.

Sabe-se que uma grande parcela do progresso técnico-científico em saúde tem se concentrado, por motivos econômicos e ideológicos, em investimentos crescentes na assistência médica curativa e individual, ainda que inúmeros trabalhos identifiquem que medidas preventivas e de promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, sejam fundamentais para os avanços de usufruto eqüitativo nessa área.

Mas o que justificaria a defesa do acesso equânime aos frutos do desenvolvimento técnico-científico das ciências da saúde e outros do progresso social? O princípio de justiça? O princípio de respeito à pessoa (tão próximo, em Rawls, ao de justiça e que, em Beauchamp e Childress, se transmuta no de autonomia)? Ou seriam os princípios de beneficência ou não-maleficência? Ou, ainda, o de reverência à vida?

Se concordarmos que a saúde, como processo, feito ou meta, é um bem primário, parece ser plausível a defesa de uma teoria que pelo menos inclua um princípio, ou um conjunto de princípios, que, em sua elaboração, propugne cuidados com a saúde.

3.2. Por que uma Teoria de Cuidados com a Saúde?

Concordo com o posicionamento que defende uma teoria de cuidados²¹⁷ em saúde como parte integrante, não somente do processo de justiça distributiva, mas também como

²¹⁷ Este meu posicionamento não deve ser confundido com a teoria de Nel Noddings, que propõe uma “ética do cuidado”, onde a noção de cuidado é tudo o que é necessário para a ética em saúde, especialmente em enfermagem. Na medida em que os profissionais dessa área “cuidam”, segundo a teoria em questão, não haveria necessidade de regras e princípios universais, não haveria necessidade de se preocupar com as idéias tradicionais de imparcialidade e justiça – algo contra o que me proponho. Vejo ainda tal modelo impregnado de um forte

uma ação objetiva que atenda, em algum grau, os princípios aqui estudados, independentemente de suas fontes de origem.

Para Daniels, uma teoria dessa natureza deveria servir a dois propósitos básicos: “Primeiro, ela deveria esclarecer o sentido em que nós – ou ao menos muitos de nós – pensamos o cuidado em saúde como algo ‘especial’, algo que deveria ser tratado diferentemente de outros bens sociais”. Daniels lembra que até mesmo nas sociedades que são negligentes com a distribuição da maioria dos bens sociais, “muitos pensam que há especiais razões de justiça para a distribuição de cuidados em saúde de forma equânime”.²¹⁸ Pois “as macrodecisões em uma sociedade têm, invariavelmente, um grande impacto sobre o status da saúde geral de seus membros”.²¹⁹ É no âmbito dessas macrodecisões que se organizam instituições tendo por objetivo constituir um sistema de cuidados em saúde. Verifica-se que a maior parte das sociedades têm algum tipo de instituição voltada para esse fim.

Ainda segundo o entendimento de Daniels, uma teoria de necessidades em cuidados com a saúde providenciaria uma base de distinção entre o que é mais e menos importante, dos muitos aspectos ou itens, em saúde que necessitam de nossa atenção.

Segundo Pereira, “cuidados de saúde dependem, de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social”.²²⁰ O conceito de *justiça social*, neste autor, assemelha-se ao conceito já estudado aqui de *justiça distributiva*. Daí a importância que dei ao estudo desse tópico na sessão anterior. Daniels, por exemplo, levanta – a partir da concordância com uma teoria de justiça distributiva – a noção da justa distribuição de benefícios.²²¹ Uma teoria de cuidados em saúde nos permitiria, por exemplo, escolher as *regras* de distribuição que melhor se adaptem ao conjunto de valores duma sociedade e, uma vez incorporadas a políticas de saúde, serviriam como parâmetros avaliativos do sucesso dessas políticas.

Como já foi citado, os avanços tecnológicos e biocientíficos alteraram as formas de viver e adoecer. Isso acarreta conseqüências sobre as estratégias de cuidados em saúde e,

paternalismo, o que, entre outras características, supre um dos argumentos que fundamentam a minha recusa a essa “ética”: a pouca relevância ou total irrelevância do *respeito à autonomia* do indivíduo, que, no transcórrer dessa dissertação, diferenciei do *respeito à pessoa*. Por outro lado, não estou convencido de que o *princípio* básico do “cuidar” possa ter uma abrangência e profundidade maior do que os esforços demandados, a título de exemplo, por Rawls, no sentido de reduzir os malefícios oriundos das loterias “natural” e “social”, por ele aludidas em sua teoria da justiça. Não vejo como o princípio do “cuidar” possa, teórica e funcionalmente, ser suficientemente resolutivo para fundamentar políticas de saúde e resolver dilemas em ética biomédica. Não desejo, nesta nota, tecer uma crítica profunda ao pensamento de Noddings e colaboradores. Para maior detalhamento desta teoria, remeto o leitor para NODDINGS, N., GORDON, S., BENNER, P., *Caregiving: readings in knowledge, practice, ethics and politics*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1996.

²¹⁸ DANIELS, Norman. *Justice and Justification*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 179.

²¹⁹ DANIELS, Norman. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 1.

²²⁰ PEREIRA, João. “Justiça social no domínio da saúde.” *Cad. Saúde Pública*, Out./Dez. 1990, vol.6, no.4, pp.400-421.

²²¹ DANIELS, Norman. *Justice and Justification*, op. cit., p. 180.

portanto, em políticas de saúde. Por exemplo, o aumento do tempo de vida biológica, bem como sua qualidade e o acréscimo de esperança acerca da acessibilidade aos meios que proporcionem aquelas benesses, impõem novas reflexões e ações sobre temas como: mortalidade infantil, doenças crônico-degenerativas, doenças infecto-contagiosas, psicológicas, decorrentes do trabalho, etc. Isso implica em disponibilização não só de recursos em formação profissional, salários, aumento de contratações, aumento de clínicas gerais e especializadas, produção de medicamentos, estratégias educacionais e preventivas, bem como a organização e a facilitação do acesso a todos esses bens.

Conforme o principialismo, o primeiro dos princípios invocados neste contexto seria o de respeito à autonomia, que, como já foi explicado, se confunde, em alguns casos e autores, com o próprio respeito à pessoa, o que inclui seus projetos racionais de vida e suas esperanças. Entretanto, não basta aceitar-se a necessidade de contemplar as pessoas com o acesso às benesses básicas ou mais sofisticadas em saúde, algo que seria estabelecido a partir de uma teoria de cuidados em saúde, como defendo aqui. A mesma teoria deveria contemplar – aplicando-se-lhe o modelo principialista – o acesso à devida *informação*. Por exemplo, no que se refere à prevenção de moléstias como a dengue, doença de chagas, AIDS, etc., estariam as pessoas tendo acesso aos conteúdos teóricos que se fazem pertinentes, enquanto constitutivos de necessidades primárias, que já se configuram como *direitos adquiridos* desses mesmos indivíduos? E, no que diz respeito aos medicamentos, é notória a abissal diferença em que se encontra o paciente, que detém menos informações do que os prescritores. Estes, por sua vez, estão aquém daquelas sob o domínio dos laboratórios farmacêuticos, constituindo-se isso num grave exemplo de não-informação adequada, não raro motivada por considerações cuja vulnerabilidade ética é facilmente constatada. Principalmente por parte dos últimos setores a dominar o conhecimento farmacêutico, cujo princípio fundamental, que parecem seguir, é a *obtenção do lucro*.

Há uma urgente pertinência na defesa de uma teoria que dê suporte aos cuidados para necessidades em saúde, objetivando estabelecer quais exigências serão reconhecidas como tais, de que maneira serão hierarquizadas, como se dará o acesso aos bens que as satisfazem, quem serão os contemplados, etc. Os padrões éticos devem ser claramente definidos e consensuais entre aqueles que estabelecem políticas de saúde e os profissionais da área, precedendo até mesmo a padronização da técnica a ser adotada, por setores quer públicos quer privados. O consenso deve incluir, ainda, o mais possível, a participação dos representantes de distintos segmentos sociais ou indivíduos a serem contemplados pelos bens e/ou serviços de saúde, maximizando o *bem-estar*, nos moldes do utilitarismo.

Ao defender uma teoria para a necessidade de cuidados em saúde, percebo que nada impede que a mesma se “aproprie” de elementos distintos oriundos de variados modelos éticos. Uma teoria como essa poderia, sem maiores dificuldades, apoiar-se no principialismo, modelo que já procura juntar, de forma equilibrada, as diversas contribuições mais relevantes e compatíveis, entre si, de diferentes éticas.

3.3. Administrando os Cuidados com a Saúde

Como já foi estudado, há vários contextos a partir dos quais se pode abordar o problema da justiça, por exemplo: aquele relacionado à justiça corretiva ou compensadora (envolvendo a adequação ética de compensar em virtude da perda); o que se refere à justiça distributiva (concernente à adequação ética do que o recebedor obtém enquanto benefícios – em satisfação, em coisas boas e em oportunidades, bem como malefícios); e, por fim, o aspecto que aborda a justiça *retributiva*, punitiva ou criminal (que diz respeito ao que é apropriado eticamente, em termos de punição pelo agir errado). Acredito que os princípios da justiça, tal como se encontram teoricamente formulados no projeto *principialista*, e sob a ênfase que aqui foi dada – em que pesem as dificuldades assumidas por Beauchamp e Childress e aqui já discutidas –, pretendem constituir a base para a construção de uma via adequada entre o dogmatismo e a intolerância, bem como contra a tirania e as distorções da justiça legislativa. Assim, nossas liberdades e necessidades, ainda que carecendo de uma enumeração axiomática, em maior ou menor grau, se amparariam sobre bases mais sólidas e potencializariam, ao menos em tese, uma cooperação social que, sob uma *administração* (conseqüencialista/utilitarista), visaria *maximizar o bem-estar geral*, considerando (kantianamente) *todos* os envolvidos (enquanto fins em si mesmos) no trabalho de construção da sociedade. Entretanto, filósofos contemporâneos de tradição liberal, tais como Engelhardt, defendem pontos de vista individualistas para questões dessa ordem. Engelhardt, em relação aos empreendimentos coletivos em saúde, argumenta que “os pacientes e outros deveriam ter a liberdade de criar oportunidades para a realização de visões morais particulares em políticas de assistência à saúde”.²²² Este filósofo, que é amplamente referenciado entre seus pares nacionais, entende justiça como a garantia da autonomia individual e, tal como outros bens ou

²²² ENGELHARDT, op. cit., p. 443.

serviços de consumo, a saúde deveria, segundo os liberais, ser regida pelas “leis do livre mercado”.

Diz Engelhardt:

A imposição de um sistema de saúde abrangente e único é moralmente injustificável. É um ato coercitivo de zelo ideológico totalitário, que deixa de reconhecer a diversidade das visões morais que combinam os interesses em assistência à saúde, os limites morais seculares da autoridade do Estado e a autoridade dos indivíduos sobre si mesmos e sua propriedade. É um ato de imoralidade secular.²²³

Os liberais não aceitam que o poder estatal imponha aos indivíduos contribuições obrigatórias para a instituição e a manutenção de um serviço de saúde pública. Para eles, o “respeito” à liberdade individual é o princípio ético fundamental a ser observado na distribuição social dos recursos. Conforme a concepção liberal, é, portanto, injusto que o poder estatal obrigue os indivíduos a arcar com custos de programas com os quais não desejam contribuir.²²⁴

Rawls²²⁵ tem uma concepção teórica tal de justiça que, segundo ele, teria entre suas premissas os fatos elementares sobre as pessoas e seu lugar na natureza. Para Rawls, a *justiça como equidade* “generaliza e eleva a um nível superior de abstração a tradicional concepção do contrato social”:

os projetos individuais dos diversos sujeitos devem poder articular-se em conjunto, de forma a que as respectivas atividades sejam mutuamente compatíveis e possam ser levadas a cabo sem que sejam gravemente violadas as legítimas expectativas de cada um.²²⁶

²²³ ENGELHARDT, op. cit., p. 447.

²²⁴ Tal noção de justiça fundamenta-se sobretudo em algumas idéias defendidas por John Locke. Para este, o *estado de natureza* não é um estado de guerra, como queria Hobbes. Em sua versão para tal estado, Locke dá por extinta a espécie do *homo lupus*, responsável pelas ações belicosas motivadas egocentricamente e justificadas no medo. Para criar as condições necessárias que coíbam as ações fundamentais à gênese daquele ser, Locke demonstra que é imperioso optar-se por constrangimentos advindos de decisões coletivas ancoradas no indivíduo. A realização desta tese reveste-se de dificuldades teóricas não menos desprezíveis, levando à busca de soluções que vão desde a *Vontade Geral* de Rousseau à *Igual Consideração de Interesses* de Peter Singer ou à *Justiça como Equidade* de John Rawls.

²²⁵ Para Oliveira, “o trabalho monumental de Rawls emerge como ponto de referência necessário para explorarmos a cartografia ético-política contemporânea, opondo universalistas e comunitaristas, construtivistas e intuicionistas, deontologistas e utilitaristas” (OLIVEIRA, Nythamar Fernandes de, *Rawls, Procedimentalismo e Contratualismo*, <http://www.geocities.com/nythamar/rawls1.html>. Acessado em 09 de agosto de 2005).

²²⁶ RAWLS, op. cit., p. 27.

Entretanto, no mesmo molde liberalista, não aceita que as vantagens usufruídas por um maior número de indivíduos se justifiquem em sacrifícios impostos a alguns poucos. Para Rawls, “os direitos garantidos pela justiça não estão dependentes da negociação política ou do cálculo dos interesses sociais”.²²⁷ Limitando-nos a esse viés, um sistema de saúde pública como o brasileiro – que é mantido por contribuições, proporcionalmente maiores, daqueles que menos usam o sistema – seria injusto. Por outro lado, se abolido, alguns milhões de pessoas ficariam sem nenhuma assistência em saúde.

Fortes, baseado em Ramsey, Spinsanti e Berlinguer, destaca que

teorias baseadas no atendimento das necessidades das pessoas propugnam que a sociedade organizada e o Estado, mediante a implementação de políticas públicas, devam intervir para garantir a justiça distributiva e minimizar os efeitos das loterias biológica e social.²²⁸

Daniels evidencia que uma teoria da justiça aceitável deve incluir um princípio que garanta a justa igualdade de oportunidades, sendo que fazem parte destas as instituições de cuidados em saúde, e por aquele princípio devem as mesmas ser governadas. Assim embasado, entende Daniels que a “teoria da justiça como equidade” de Rawls deve ser estendida de modo a prover uma teoria distributiva para cuidados em saúde.²²⁹

Por outro lado, ao se buscar cuidados em saúde tem-se em vista uma finalidade, que parece ser unanimemente aceita como o *bem-estar*, em que pese os critérios disponíveis para defini-lo. No entender de Daniels, em contextos de justiça distributiva e outros contextos morais, nós apelamos, na realidade, a certos critérios objetivos de bem-estar. Geralmente refutamos confiar somente em nossas subjetividades.²³⁰

Conforme Fortes,

se as teorias morais apresentam a noção do que deva ser considerado bom ou valioso para o convívio social, e se aparentemente existe em todas elas uma concordância de que se deva fazer uma justa distribuição dos bens, vantagens e desvantagens, obrigações

²²⁷ Idem, p. 27.

²²⁸ FORTES, Paulo A.C., ZOBOLI, Elma L.C.P., *Bioética e a Saúde Pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 39.

²²⁹ DANIELS, *Justice and Justification*, op. cit., p. 189.

²³⁰ Idem, p.182.

e deveres, cargos e funções sociais, então a realidade nos mostra uma discordância expressiva de como se deva proceder para alcançar a justa distribuição de recursos.²³¹

Por conta de princípios universalizáveis, sob os quais essas descrições se encaixam, de modo geral, a justiça tem sido considerada como um conjunto de obrigações de imparcialidade na distribuição de benefícios, riscos e custos. Entretanto, dada a inconsistência das intuições morais do senso comum, mediante a estruturação de um sistema unificado de pensamento, que trata todas as questões morais de um modo uniforme, parece-me que o utilitarismo ganha força considerável como teoria ética, em razão da sua “habilidade” em apontar um ideal (de prazer, felicidade ou bem-estar) que é menos obscuro e mais atrativo que as demais alternativas apontados pelos demais modelos éticos, aqui apresentados.

A maximização do *bem-estar* é um princípio que, ao meu ver, toca, principalmente, aos profissionais de saúde, mormente aqueles empregados em serviços públicos de saúde ou que têm a responsabilidade de geri-lo, ainda que, evidentemente, não lhes seja exclusivo.

Evidencio que a incompletude dos sistemas éticos leva a um certo *entrelaçamento* de princípios na prática diária dos profissionais envolvidos com saúde. Parece estar incorporado à tradição das profissões que lidam com saúde a noção de *agir com base* em um dever ou em virtudes.²³² Entretanto, quando se coordena esse *agir* na prática cotidiana do profissional de saúde, parece que essa administração se faz quase sempre, ou se faz melhor, segundo uma receita consequencialista.

Tanto o kantismo quanto o utilitarismo são parcialmente verdadeiros ou completos, e orientar-se exclusivamente por um ou outro modelo pode ser problemático na prática

²³¹ FORTES, op. cit, p. 35.

²³² A origem dessa prática parece remontar ao juramento hipocrático: “Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir segundo meu poder e minha razão a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão; porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça.”

biomédica.²³³ No que se refere aos serviços públicos de saúde, por exemplo, essa questão parece ganhar destaque. O conceito de saúde assegurado nas constituições de diversos países configura-se como um bem, cujo acesso constitui-se um direito de cidadania. Uma vez definido quem seja cidadão, é justo que se assegure o acesso universal aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Apesar dos limites do igualitarismo utópico, faz sentido o direcionamento de esforços no sentido de redimensionar as políticas de saúde que organize o acesso aos serviços em um molde, no mínimo, equitativo.

A complexidade de uma divisão equitativa é muito maior, evidentemente, quando se procura aplicar, às noções que a regem, os princípios de justiça que lidam com as reivindicações conflituais que incidem sobre os benefícios da cooperação em sociedade.

Um dos critérios éticos que melhor podem promover a interação entre o individual e o coletivo sem dúvida é a justiça, feita de modo distributivo. Quanto a este aspecto, é preciso estar atento, sobretudo, ali onde se constata a ausência de mecanismos eficazes de regulamentação e ordenamento da oferta que objetive viabilizar o acesso de pessoas aos serviços de saúde.

Entretanto, em que pese a eficácia estatística, a consistência argumentativa deve ser tal que possibilite efetivar princípios básicos de universalidade, igualdade e integralidade. Evidentemente, tal viabilização extrapola o nível estritamente filosófico, onde se analisam as justificações que possam dar sustentação às ações administrativas, interagindo com os segmentos do direito, da economia e da sociologia.

Mais uma vez, lembro John Rawls, para quem a justiça é a virtude primária das instituições sociais. Tendo isso em mente, sublinho que a desigualdade no acesso dos serviços públicos de saúde é um problema moral dos mais sérios. A proposta rawlsiana me parece ganhar força quando, diante das diferenças sociais e econômicas, possibilita justificativas no sentido que se deva beneficiar os menos favorecidos, ou os mais necessitados.²³⁴ De fato, o conjunto de pessoas que mais necessita desses serviços é, precisamente, aquele que mais sofre com as desigualdades de acesso à educação e orientação em saúde, prevenção e assistência, ou qualquer tipo de seguro, sendo-lhes muito difícil, senão impossível, arcar com aumentos

²³³ Hare pretende fazer uma síntese desses dois sistemas éticos (HARE, R. M., *Moral Thinking*. Its levels, method and point. Oxford: Oxford University Press, 1981). Dall'Agnol analisa essa possibilidade em *Utilitarismo Kantiano?*, Filosofia – Pré-publicações, Ano VI, Número 49, Maio 2001, http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/utl_kant.pdf. Acessado em 11 de agosto de 2005.

²³⁴ Dall'Agnol destaca que Daniels “procurou aplicar a teoria da justiça enquanto equidade de Rawls a diferentes âmbitos da bioética, mas principalmente ao problema de criar um sistema justo de assistência à saúde” (DALL'AGNOL, op. cit., p. 125).

insustentáveis dos serviços que não são oferecidos pelo Estado, bem como patrocinar a si mesmos e aos seus familiares condições tais que possam promover a saúde como um todo.²³⁵

Parece-me bastante plausível que *saber* e *fazer* se constituam em valores complementares. O desenvolvimento do conhecimento em saúde não pode prescindir dos estudos e debates acerca dos grandes temas do mundo contemporâneo, que terminam por afetar diversas sociedades como um todo. É desta forma que os profissionais em saúde estarão preparados para refletir o permanente e dinâmico processo de criação e recriação da cultura e os impactos subsequentes na formação da personalidade dos membros da sociedade

Ribeiro e Schramm concluem que os principais conflitos morais da atualidade, decorrentes das modalidades de alocação dos recursos públicos para a saúde, podem ser definidos fazendo referência a três características dos sistemas de saúde:

1. O progresso biomédico, que tem contribuído para proporcionar um significativo aumento da duração da esperança de vida, dos anos de vida efetivamente vividos e de sua qualidade, mas que tem acarretado um acréscimo dos custos econômicos necessários para satisfazer tais expectativas para todos.
2. A concepção contemporânea de saúde, entendida como qualidade de vida, cuja principal conseqüência foi a de ampliar os direitos das pessoas, o que exige, praticamente e de modo progressivo, mais recursos do Estado (ou de outras instituições sociais que venham a substituí-lo) para satisfazê-los, trazendo, no entanto, preocupações relativas à possibilidade de mobilizar os recursos necessários para satisfazer todas as demandas qualificadas da população.
3. A vigência de uma diversidade moral difusa nas sociedades democráticas e complexas contemporâneas – como é o caso da sociedade brasileira –, caracterizáveis pela secularização e o pluralismo moral de suas instituições, nas quais encontramos uma diversidade de comunidades morais, com diferentes doutrinas, valores e princípios morais capazes de fornecer uma orientação normativa concreta aos cidadãos, assim como várias éticas capazes de justificar tais valores e princípios, que, em muitas situações, são incompatíveis entre si.²³⁶

Como se essa complexidade não fosse o bastante para dificultar o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde baseadas em critérios éticos abrangentes e eficazes,

²³⁵ *O princípio de diferença* de Rawls, como já foi estudado, admite as desigualdades econômicas e sociais e as diferenças apenas se estas beneficiarem os mais desprovidos e assegurarem a estes uma posição satisfatória, de modo que possam ser consideradas justas. Este princípio afirma a igualdade das oportunidades, tendo o Estado, como já foi dito, a responsabilidade em zelar pela devida redistribuição dos bens.

²³⁶ RIBEIRO, Carlos Dimas Martins e SCHRAMM, Fermin Roland, “A Necessária Frugalidade dos Idosos”, *Cad. Saúde Pública* v.20 n.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2004.

nem sempre os pesquisadores dão a devida importância aos princípios básicos e consagrados que podem impedir ou ajudar a evidenciar graves erros de justiça, fundamentais para a manutenção da paz social. Pereira, por exemplo, destaca que “no debate europeu sobre equidade na saúde uma questão fundamental tem recebido fraca atenção por parte dos investigadores. Trata-se da especificação dos objetivos de determinado sistema de saúde e da forma como podem ser interpretados para permitir a monitorização de políticas”.²³⁷ Já Daniels entende que um sistema de saúde será *justo* na medida em que suprir as necessidades daqueles a quem deve atender e estabelecer formas de compensar os menos privilegiados.²³⁸

A administração de serviços de saúde envolve não somente a consideração do princípio de justiça, mas também as suas diferentes justificações. Tais justificações diferem entre distintas correntes de pensadores que fundamentarão as ações políticas daqueles que deterão o poder de governo em uma dada sociedade. Dessa forma, é difícil definir o que é necessidade ou equidade para esse ou aquele grupo social. Conservadores, Liberais e Sociais-democratas têm distintos entendimentos acerca dos critérios de distribuição da benesses e ônus sociais. Para os primeiros, os valores fundamentais que orientam a distribuição são a liberdade, o individualismo, e, possivelmente, a desigualdade. A liberdade tem precedência sobre os demais valores e é entendida como inexistência de coerção. Os conservadores acreditam que a equidade pode ser obtida à medida em que a liberdade é implementada de modo progressivo e abrangente. Os valores liberais assemelham-se, em muitos aspectos, aos dos Libertários, sendo a principal diferença que os primeiros não os subscrevem de forma absolutista. Já a ênfase no coletivismo é a característica que, geralmente, diferencia o Socialismo das filosofias Conservadoras/Libertárias e Liberais. Segundo Pereira, “as noções Liberais sobre liberdade e individualismo explicam-se melhor como sendo a tentativa de moderar, na prática, os excessos dos conceitos Conservadores/Libertários”. E, no que diz respeito ao exercício da escolha individual, no Socialismo, “ela estende-se até ao requisito de que toda e qualquer pessoa tenha segurança econômica”.²³⁹

Focalizando a implantação e a administração de serviços de saúde, observamos que os regimes políticos e econômicos da maioria dos países do mundo conferem, em grau maior ou menor, facilidades à iniciativa privada; o que inclui a exploração lucrativa dos serviços em saúde. Contudo, mesmo este segmento produtivo deve se submeter a políticas administrativas, tendo estas a responsabilidade de manter a coesão social através de diversos mecanismos, o

²³⁷ PEREIRA, op.cit.

²³⁸ Apud DALL’AGNOL, op. cit., p. 125.

²³⁹ PEREIRA, op. cit.

que inclui o bem-estar público que, por sua vez, inclui índices de saúde populacional minimamente compatíveis com a viabilidade de um Estado, quer tenha este um nível de interferência alto ou baixo no modo de vida de seus cidadãos. Nesse sentido, Daniels sugere a complementação da lista de bens primários de Rawls com o item *saúde* que, para ele, é uma condição de possibilidade para a igualdade de oportunidades.²⁴⁰ A partir de uma concepção objetiva de bem-estar, Daniels entende que a *universalidade* deve fundamentar o acesso a um sistema de saúde.²⁴¹ Para Dall’Agnol, esta posição aproxima-se de alguns tipos de utilitarismo.²⁴²

Cabe, frisar que, embora, países com Sistemas Nacionais de Saúde estejam freqüentemente associados com os objetivos da política igualitária, a literatura apresenta grande escassez de princípios de distribuição coerentemente definidos e devidamente operacionais.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2003, estimou em apenas em 24,6%, da população o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde. Além disso, a cobertura era expressivamente maior na população residente em áreas urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais. De grande relevância é a constatação de que os postos, centros ou unidades de Saúde foram referidos pela população como os serviços em saúde de uso, majoritariamente, regular.²⁴³

Segundo o IBGE, a proporção de pessoas com cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal familiar, era, na ocasião, de 2,9% para até 01 salário mínimo e 83,8% para mais de 20 salários mínimos. A proporção dos que procuram por serviços públicos de saúde é inversamente proporcional à renda. E entre aqueles que buscaram por serviços em saúde a proporção foi maior entre os menores de 5 anos e entre os maiores de 64 anos. A parcela de mulheres que consultaram foi de 71,2%, e a dos homens 54,1%.²⁴⁴

Diante disso dever-se-ia considerar, na implementação de um sistema de saúde equanimemente justo, incrementar a melhoria dos serviços de saúde pública priorizando-se programas de assistência à mulher, à criança, ao idoso e aos doentes crônicos e portadores de necessidades especiais. Estes, no entanto, são apenas alguns “pontos” problemáticos a serem “resolvidos” a partir de debates multidisciplinares que tratam do direito à assistência à saúde -

²⁴⁰ Apud DALL’ AGNOL, op. cit., p. 125.

²⁴¹ DANIELS, op. cit., p. 185.

²⁴² DALL’ AGNOL, op. cit., p. 125

²⁴³ Este serviço representa (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos Consultórios Particulares (18%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto-Socorros (5,8%), Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%).

²⁴⁴ Ver: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/comentario.pdf>. Acessado em 19 de junho de 2006.

quer por promoção preventiva ou atendimento especializado - bem como a eleição de prioridades em políticas para o setor que, igualmente, carecem de embasamentos argumentativos, a partir das próprias discussões filosóficas que poderiam indicar critérios consensuais que, ao menos, reduzissem, de modo significativo, a intensidade desse quadro perplexo. Problemas complexos de iniquidade ocorrem especialmente, como afirma Schramm,

nas democracias pluralistas contemporâneas, marcadas pelo politeísmo de valores legítimos sem poder referir-se a princípios universais, estabelecidos aprioristicamente, mas tão somente se contentar em soluções procedurais, parciais e circunstanciais, sempre precárias e negociáveis, mas nem sempre realizáveis.²⁴⁵

Engelhardt, não reconhece um direito humano básico à assistência à saúde e afirma que “como a autoridade moral secular para a ação comum deriva da permissão ou do consentimento, é difícil (...) alcançar a legitimidade moral para a perfeita imposição, sobre a assistência à saúde, de uma dentre as muitas visões de beneficência e justiça”.²⁴⁶

Rawls propôs uma fórmula geral, já aqui citada, que serviria, parcialmente e em tese, para mitigar os efeitos do que ele referiu como sendo as loterias *natural* e *social*. Beauchamp e Childress destacam que se esse posicionamento de Rawls que aponta origens causais, contendo propriedades vantajosas e desvantajosas, pelas quais as pessoas não são responsáveis, fosse aceito, em conjunto com a “regra da oportunidade equitativa”, isso “implicaria concepções da justiça distributiva fundamentalmente diferentes das aceitas hoje”.²⁴⁷

Mais do que outros princípios estudados aqui, o respeito ao princípio da justiça é o mais negligenciado na assistência à saúde. Schramm e Siqueira-Batista afirmam que

A justiça, como dimensão das práticas em saúde, corresponde a um problema que segue aguardando por melhores equacionamentos. Todo o debate sobre a equidade pode ser recuperado (...) como extremamente atual em suas aplicações à saúde, desde uma perspectiva em que se procure a coalizão entre igualdade e diferença.²⁴⁸

²⁴⁵ Apud, ALMEIDA, op. cit., pp.61-62.

²⁴⁶ ENGELHARDT, op. cit., p. 447.

²⁴⁷ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 370.

²⁴⁸ SCHRAMM, Fermin Roland e SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen*. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf> . Acessado em 02 de julho de 2006.

Evidentemente que deste ajuste entre as desproporcionalidades no binômio saúde-doença restarão algumas desigualdades que, no entender de Rawls, só seriam permissíveis se as pessoas menos favorecidas, a partir dos resultados que lhes couberam nas “loterias” natural e social, se beneficiassem mais dessas desigualdades do que de uma distribuição igual dos benefícios que pleiteiam. Mas, para Engelhardt,

O ponto exato onde se delinea o limite entre o que é injusto e o que é desaventuroso terá grandes conseqüências no que se refere a quais alocações de recursos médicos serão consideradas justas ou injustas enquanto opostas às alocações desejáveis ou não-desejáveis. Se a loteria natural é neutra, no sentido de não criar a obrigação de mitigar seus efeitos, então (também) não há motivos *prima facie* para que se sustente um direito à assistência médica com base em reivindicações de equidade ou justiça.²⁴⁹

Desse ponto de vista, conforme Beauchamp e Childress, somente restaria às pessoas desaventurosas terem suas aflições abrandadas pela nossa benevolência, virtude que corresponderia, segundos os mesmos, ao princípio da beneficência. Entretanto, frisam que se as tais aflições são decorrentes de prejuízos, causados por maleficência ou negligência – como de fato costumam ocorrer –, originariam um direito que requereria a intervenção do Estado, no sentido de repará-las ou mitigá-las. Novamente, Engelhardt se pronuncia em desacordo, apelando equivocadamente, no meu entender, ao princípio da autonomia, dizendo que “os direitos à assistência à saúde constituem reivindicações de bens e serviços” e, sem o consentimento dos reivindicantes,

apresentar esses direitos é exigir poder pressionar outros a trabalhar ou confiscar suas propriedades. A menos que derivem de acordos contratuais especiais, os direitos aos cuidados de saúde dependem de interpretações particulares de beneficência (...). Podem, portanto, entrar em conflito com as decisões dos indivíduos que preferem não participar e até opor-se moralmente ao desenvolvimento de um sistema particular de assistência à saúde.²⁵⁰

Beauchamp e Childress insistem no “direito a um mínimo de assistência médica”. Argumentam em prol de um consenso social que rejeite as propostas liberais à maneira de Engelhardt. Consideram, por outro lado, que esse consenso é, ao menos nos Estados Unidos,

²⁴⁹ Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 371.

²⁵⁰ ENGELHARDT, op. cit., pp. 448-449.

frágil, em termos de potencializar o financiamento de acesso à assistência à saúde e de gerar um direito legal à mesma. Na América Latina, entretanto, não existe um consenso tão favorável para que o livre mercado gerencie, livremente, essa questão.²⁵¹ A “regra” que dominou a sociedade estadunidense, baseada na *capacidade para pagar*, aqui encontra forte objeção. Mesmo os fundadores do principialismo se posicionam contrariamente a que a “regra liberal” determine a distribuição dos bens e serviços em saúde. Argumentam que “não se deve permitir que essa regra sirva como o único princípio da justiça distributiva”.²⁵² Baseados em Rawls, apresentam dois argumentos centrais que apoiariam o pretense direito à assistência médica: (1) o argumento baseado na proteção social coletiva, e (2) o argumento da oportunidade equitativa. O *primeiro* compara as ameaças à saúde como similares às ameaças atribuídas a crimes, incêndios ou poluição ambiental. Recursos públicos para os últimos exemplos, tido como essenciais, usualmente têm sido disponibilizados. Beauchamp e Childress frisam que, se o governo fornece um dado tipo de serviço *essencial*, deveria, por analogia, fornecer um outro, da mesma categoria. Lembram que *todas* as teorias de justiça não-liberais apóiam o direito referente à assistência à saúde. Recuperam, ainda, premissas adicionais, tais como “esperar que a sociedade tenha um retorno digno do investimento que fez na educação dos médicos, no financiamento de pesquisas biomédicas e em outras partes do sistema médico”. Tal premissa justificaria, inclusive, “que a proteção se estenda além das medidas de saúde pública, pois financiamos mais o ensino e a pesquisa relacionados à medicina que à saúde pública”.²⁵³ Evidentemente que Beauchamp e Childress não defendem, por meio desse argumento, um reembolso total do investimento feito mas, ao menos, um retorno digno.

Pelo *segundo* argumento, que invoca a “regra da oportunidade equitativa”, uma sociedade não estaria cumprindo a sua função se ignorasse a alocação equitativa de seus recursos em saúde. Para Beauchamp e Childress, todos os cidadãos têm direito a esses recursos, direito esse que é correlato à sua obrigação social. “Essa diretriz geral da oportunidade equitativa sugere um caminho para que se dê conteúdo à idéia de um mínimo digno de assistência médica e para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos”.²⁵⁴ Aqueles filósofos baseiam-se principalmente no princípio da justiça²⁵⁵ ao

²⁵¹ Conforme Schramm, “o debate sobre a justiça, no âmbito da saúde pública, vem experimentando um decisivo aprofundamento nas duas últimas décadas, mormente nas sociedades latino-americanas” (SCHRAMM, Fermin Roland e SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen*, op. cit.).

²⁵² BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 379.

²⁵³ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 380.

²⁵⁴ Idem, p. 381.

defender a assistência à saúde. Citando Engelhardt, que afirma “ser falta de sensibilidade ou de solidariedade não fornecer assistência médica àqueles que necessitam”,²⁵⁶ atentam para o fato de que

se o liberal sustenta que proporcionar planos coletivos de assistência médica é *virtuoso e ideal* do ponto de vista moral, ainda que não se trate estritamente de uma questão de *justiça*, pode ser que, no fim, haja pouca disputa acerca de que políticas de saúde deveríamos adotar – somente uma disputa acerca das bases morais.²⁵⁷

Aqui, os autores fazem uso das categorias das virtudes que integram a sua teoria e destacam que os liberais, apesar de rejeitarem uma obrigação que fosse baseada no princípio da justiça ou da beneficência, “não negam o valor de um ideal não-impositivo de benevolência”.²⁵⁸

Evidentemente que uma especificação detalhada de como se atender a um mínimo digno de assistência à saúde não pode ser dependente de virtudes pessoais. Entretanto, penso que o princípio da justiça, tão extensamente desenvolvido por Rawls e incorporado, em grande parte, por Beauchamp e Childress, fornece, tal como se encontra apresentado na teoria destes, principalmente aliado aos demais princípios, uma argumentação convincente em defesa da assistência à saúde.

3.4. O Relacionamento Entre o Profissional de Saúde e o Paciente

Conforme recorda Gallian, “em sua origem a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística”.²⁵⁹ Assim, mais do que um biólogo, ou um naturalista, o médico deveria ser um humanista e, na formulação de seu diagnóstico, levaria em conta não somente os dados biológicos, ancorado numa visão funcionalista do indivíduo ou baseado num

²⁵⁵ O principalismo, como já foi estudado, baseia-se em quatro princípios básicos, sendo um deles o princípio da justiça. A abordagem “ecclética” do principalismo acerca dos diversos “dialetos”, ocorrentes na linguagem bioética e biomédica - a partir dos vários modelos éticos concorrentes - favorece, principalmente apoiada no recurso *prima facie*, uma “consideração analítica”, um “equilíbrio reflexivo” através do qual os princípios podem e devem ser julgados tendo por referência o contexto circunstancial em que se insere cada caso em questão.

²⁵⁶ Ainda que o autor complemente: “contudo, demonstrar que as pessoas devem às outras essa ajuda, de tal modo que autorizaria o uso da força do Estado para redistribuir recursos, já é uma outra coisa” (apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 382).

²⁵⁷ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 382

²⁵⁸ Idem ibidem.

²⁵⁹ GALLIAN, Dante Mello Claramonte, *A (Re)humanização da Medicina*, <http://www.hottopos.com/convenit2/rehuman.htm>. Acessado em 23 de novembro de 2005.

pluralismo cientificista, abrindo espaço para interpretações não estritamente acadêmicas nos contextos sociológicos, familiares ou psicológicos. Entretanto essa não é a única concepção sobre o agir daqueles que professam a “arte” de curar. E a pergunta pertinente que se impõe é: “haverá obrigações filosoficamente justificáveis que unam todos os profissionais de saúde no exercício de seu ofício?”. Engelhardt, por exemplo, enfatiza a *profissão* médica sobre o próprio médico. Citando Hipócrates, destaca que a *arte* médica (a profissão) tem três fatores: a enfermidade, o paciente e o médico. Assim,

para entender a posição dos pacientes e de quem ajuda na cura, precisamos ver primeiro os modos como os indivíduos que ajudam na cura são considerados profissionais e interpretam a si mesmos como membros de uma profissão. A idéia de uma profissão traz consigo compromissos em relação a visões particulares de beneficência e ação apropriada. As profissões são orientadas para objetivos.²⁶⁰

Entretanto, contestam Almeida e Munoz:

Será que podem ser estabelecidos certos deveres que sejam prioritários e independentes das posições particulares que médicos e pacientes possam tomar sobre os dilemas morais específicos da atualidade? Em suma, será possível reconstruir uma moralidade profissional mais adequada às necessidades contemporâneas do que a ética hipocrática?²⁶¹

Tomando por base os princípios defendidos por Beauchamp e Childress, ao analisar a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, parece-me que os princípios mais sensíveis de violação e, por isso mesmo, mais problemáticos, são os de respeito à autonomia e da justiça.²⁶²

Muitas vezes, a implementação de políticas de saúde violam a autonomia do indivíduo, e a própria história do Brasil registra incidentes gravíssimos na coexistência entre a autonomia e a heteronomia. A chamada “Revolta da Vacina”, uma série de distúrbios ocorridos, no Rio de Janeiro, a partir de 11 de novembro de 1904, é um exemplo pertinente a

²⁶⁰ ENGELHARDT, op. cit., p. 349.

²⁶¹ ALMEIDA, Marcos de, MUNOZ, Daniel Romero, *Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS*, <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v1/relacao.html>. Acessado em 11 de dezembro de 2005.

²⁶² É pertinente recordar que nem sempre o respeito à autonomia do indivíduo teve o peso, ou importância, que hoje lhe é atribuído. A atenção a este princípio, assim como ao consentimento livre e esclarecido por parte do paciente, não foi parte integrante da história das profissões de saúde, da experiência clínica ou sequer da educação deste segmento do conhecimento até, pelo menos, o início do século passado, tendo sido incrementado, em nossa realidade nacional, a partir da década de 90.

essa questão.²⁶³ Os tumultos ocorridos na ocasião foram uma reação à decisão governamental de submeter a população à vacinação *obrigatória*. Desde então, até aos dias de hoje, a questão não se encontra plenamente resolvida, uma vez que pais que, deliberadamente ou acidentalmente, deixem de vacinar seus filhos sofrem coações e mesmo ações legais por parte do poder público. Assim, persiste o *confronto* entre o exercício da autodeterminação, decorrente de regras postas pela própria pessoa, ou por ela reconhecidas espontaneamente, e as circunstâncias do indivíduo ser obrigado a obedecer às regras propostas ou impostas por outrem, quer geradas por costumes quer emanadas dos órgãos de poder. Sublinhe-se que o embate entre a autonomia e a heteronomia ocorre num sistema de forças que nem sempre se equivalem e se respeitam, como procurei exemplificar anteriormente.

No mundo ocidental, o juramento hipocrático terminou por configurar-se em um parâmetro para que os próprios médicos avaliem a sua prática. Com o advento das discussões éticas e, principalmente, bioéticas, o comportamento profissional no âmbito biomédico sofreu grandes transformações. Hoje, o relacionamento entre aquele que previne, cura ou cuida e o paciente tem sido fortemente influenciado por correntes filosóficas diversas, tais como o liberalismo, o utilitarismo ou a corrente principialista em bioética. Esta última corrente, dada a sua forte influência no Brasil, tem grande presença nos alicerces sobre os quais se erige a ética que direciona a prática dos profissionais de saúde neste país. Entretanto, em que pese a influência de diversas filosofias seculares no agir dos profissionais das ciências da saúde no Ocidente, grande parte de seu comportamento ainda se dá orientado pelo contexto social e histórico em que se desenvolveu. A não estranheza com as conseqüências de atos praticados com essa fundamentação deve-se justamente às categorias (virtudes) que complementam a análise principialista de Beauchamp e Childress, e que na tradição ocidental têm forte estímulo em suas raízes culturais gregas e cristãs. Conforme Lucioni,

com a cristianização do Ocidente o próprio juramento foi cristianizado. O fator de cura não mais residia na Natureza mas em Deus. A premissa do pensamento cristão era o profundo espírito de caridade e, antes de indicar a assistência ou a terapêutica, ressaltava-se, tanto para o doente quanto para aquele que o cuidava, "que tudo se inspira no amor de Cristo, o qual se traduz no amor ao próximo."²⁶⁴

²⁶³ PAMPLONA, Marco A. "A Revolta era da Vacina?" In SCLIAR, Moacyr. *Saúde Pública: Histórias, Políticas e Revolta*. São Paulo: Scipione, 2002.

²⁶⁴ LUCIONI, M. C. "La Medicina Cristiana, Árabe y de la Edad Media". AD. LIZARRAGA, A. A. y LEMUS, J. D. (eds.) *Introducción a la Historia da la Medicina Universal y Argentina*. Buenos Aires: Escuela de Salud Publica - Facultad de Medicina - Universidad del Salvador. pp. 37-48.

A adoção, por parte do cristianismo, dos termos do juramento hipocrático é analisada da mesma forma por Guillén: “a ética médica se converteu no paradigma de toda a ética ‘sacerdotal’ (outorgando) universalidade à ética hipocrática, dotando-a de vigência ao largo de muitos séculos”.²⁶⁵ E, mais do que isso, se tornou ela mesma uma “moral”, tendo como o “supremo” *bem* a saúde, onde não existem alternativas às incertezas sobre os impactos da vigência deste paradigma biotecnocientífico no pensar autônomo, tanto de sociedades como de indivíduos, sobre o que seja saúde. Que fronteira poderia existir, desde então, entre as faltas religiosas e as transgressões com o corpo? Tanto num como noutro caso, o salário do “pecado” é a morte.

3.4.1. O Encontro entre Profissionais de Saúde e Pacientes

No encontro entre o profissional de saúde e aquele que o procura se estabelece a reunião de distintas subjetividades, oriundas de interesses divergentes, e em duas situações antagônicas, buscando empreender um diálogo: de um lado, um sujeito portador de necessidades que, em algum grau, alteram sua condição de normalidade ou um certo conceito desta, que lhe é aplicado; do outro lado, um sujeito doador de possibilidades, de hegemônico reconhecimento, quer científico, quer social, quer legal – possibilidades estas vistas, não raro, como a condição *sine qua non* para a superação da condição patológica, possível ou de fato, e o retorno à condição de higidez. Nessa situação, destaca-se a necessidade de se agregar as subjetividades, não somente a do usuário como a do profissional de saúde, num processo de interação, comumente designado de *relação médico-paciente*.

Para a maioria dos pacientes não é fácil falar sobre profissionais de saúde e nem com os mesmos, criando uma situação de *stress*, na maioria das vezes que existe a necessidade desse encontro. “A maneira como estas informações são repassadas pode determinar a adesão ao tratamento e o estilo de enfrentamento do paciente e sua família diante do evento estressor”.²⁶⁶

Conforme destaca Salgado,

a inacessibilidade do profissional de saúde tem sido apontada pela literatura como uma das principais características da interação médico-paciente. Conforme essa linha teórica,

²⁶⁵ GUILLÉN, D.G. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.

²⁶⁶ MÜLLER, Mônica. *Comunicação em Saúde: Binômio Assistente e Assistido*. http://www.hub.unb.br/ensino/comunicacaoemsaude_200909.pdf. Acessado em 24 de maio de 2006.

trata-se de uma relação de serviço fundamentalmente baseada na distância social que separa os participantes, devido ao grau de dependência do doente.²⁶⁷

Deste modo, é a comunicação íntegra entre as partes que possibilitará o estabelecimento de uma relação profícua. A necessidade de veracidade impõe-se por si própria; entretanto, as questões relativas à *veracidade* vão além do esclarecimento e consentimento. Envolvem, ou dizem mais precisamente *respeito* ao indivíduo, levando em conta a cultura e conceitos de *competência* das partes. Uma vez que, em termos históricos, este respeito foi continuamente desconsiderado pelo poder médico, as queixas a esse respeito remontando a longa data,²⁶⁸ penso que a prerrogativa de seu cumprimento cabe aos profissionais de saúde.

As discussões que envolvem o conceito de *competência* são complexas. Marchi e Sztajn pretenderam simplificar a questão, reduzindo-a ao âmbito jurídico e incluindo no contexto o conceito de *capacidade*. *Capacidade* é por elas definido como uma qualidade inerente a todo ser humano: “consiste na aptidão físico-psíquica para o exercício de direitos e o contraimento de obrigações, com responsabilidade absoluta ou relativa por seus atos. Por outro lado, a *competência* se constitui em poder atribuído a certas pessoas para a prática de atos determinados e definidos em lei”.²⁶⁹ Assim, a capacidade de agir reflete os interesses do agente. Entretanto, não existe unanimidade quanto ao conceito de *competência* aplicado ao paciente. Uma das definições difundidas no âmbito biomédico é a que compreende o termo como designando uma capacidade cognitiva no modelo *E+A* (entender e avaliar). Essa definição “requer não somente que o paciente entenda a informação, mas também que ele perceba que a mesma se aplica a ele, nas circunstâncias do momento”.²⁷⁰ O problema dessa definição é que o paciente pode entender e, não obstante, aceitar ou deixar de aceitar um tratamento ou intervenção que pode ser prejudicial ou benéfico para si. Por exemplo, um

²⁶⁷ SALGADO, Maria das Graças de Santana. *Subjetividade, Gênero e Poder: a expressão cultural da emoção na integração médico paciente*. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27130205.pdf>. Acessado em 24 de maio de 2006.

²⁶⁸ Orsi e Bianchi listaram o que seriam, do ponto de vista dos pacientes, as principais reclamações quanto à assistência recebida em saúde. Segundo aqueles autores, o paciente:

- a) não é adequadamente esclarecido sobre os aspectos relacionados à sua doença e ao tratamento proposto;
- b) é tratado como um mero objeto e não como uma pessoa; está, muitas vezes, exposto a posturas contraditórias dos profissionais que o atendem, e que podem gerar ansiedade e temor desnecessários;
- c) não tem sua assistência primariamente orientada para atender os seus desejos ou as suas necessidades;
- d) não encontra condições de infra-estrutura que o façam sentir seguro e confortável.

(Apud ALMEIDA op. cit., pp. 4-5).

²⁶⁹ MARCHI, Maria Mathilde & SZTAJN, Rachel. *Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde*. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/autoheter.htm>. Acessado em 11 de julho de 2005.

²⁷⁰ CULVER, Charles M. “Competência do Paciente”. In SEGRE, op. cit., p. 66.

paciente pode procurar um médico ou centro de saúde para doar um rim. O paciente, que procurou realizar essa ação movido por – imagina-se – um desespero financeiro e cujo meio de sustento – por hipótese, lavoura – exija de seu físico grande demanda dos órgãos, pode, após ouvir e ter entendido a explicação do profissional de saúde quanto aos riscos e prognóstico para a vida com um único rim, avaliar e tomar a decisão de levar adiante sua intenção, sendo, por isso, julgado, por muitos, como não competente para decidir acerca de seu caso. Isso significaria, como destaca Culver, que um paciente, “em determinada circunstância, é competente se consentir, porém incompetente se recusar” a orientação do profissional de saúde, “o que indiscutivelmente corresponderia a limitar a liberdade dos pacientes de tomar qualquer decisão”.²⁷¹

Consideremos outro exemplo: uma senhora, viúva, hospitalizada, com quadro de depressão resistente a todos os tratamentos farmacológicos disponíveis, se encontra em estado de inanição devido à pouca alimentação ingerida. É-lhe é aconselhado submeter-se a terapia eletroconvulsiva (ECT), tratamento este que, anteriormente, lhe retirou de situação semelhante, cerca de trinta anos antes. A paciente, entretanto, tem medo de receber ECT e se recusa a assinar a autorização para tal terapia. Ela entende, avalia e concorda com tudo o que os médicos lhe dizem, tendo compreensão das chances de 20% a 30% de morrer sem a terapia e que a mesma contém riscos pouco relevantes quando comparado com o risco de morrer sem a ECT. Destaque-se que a paciente deseja viver, quer ser curada da depressão e reconhece a injustificabilidade de seu medo – mas, devido ao mesmo, continua recusando a ECT.

Na definição de *E+A*, a mulher é competente. Respeitando-se o *princípio da autonomia*, dever-se-ia permitir que a paciente morra. Porém, esse é um resultado que, para aquelas circunstâncias, quase ninguém desejaria.²⁷²

Culver e Gert, devido a essas dificuldades, sugeriram a inclusão do elemento *racionalidade* a ser aplicado na avaliação das decisões dos pacientes. Deste modo, as decisões deveriam ser justificáveis, ou seja, serem defensáveis argumentativamente. A contribuição desses autores é pouco relevante para a solução do problema. Baseados no que poderia ser uma negação, dita *irracional*, de um tratamento, aqueles autores crêem ter a justificação *ética* de indeferir a recusa do paciente.

Se para o modelo cognitivista não existe um consenso para o modelo *E+ A*, tampouco há um acordo universal acerca do “racional”. Nesse sentido, é pertinente a advertência de Novaes em relação à razão e seus “opostos”: “o oposto (a imaginação, o acaso, as paixões...)

²⁷¹ Idem. pp. 66-67.

²⁷² Baseado em CULVER, op. cit.

não deve ser entendido apenas como o outro radicalmente incomunicável com a razão: não se pode pensar em subordinação absoluta de um dos termos”. Para este pensador, existe, no âmbito do racional,

uma margem de indeterminação, um dado ainda a determinar (...), criando o movimento ou passagem de uma razão latente à razão manifesta. (...) A razão, no sentido forte do termo, traz em si mesma uma lógica atormentada que, a cada momento, presta contas do poder que exerce. Assim, toda razão é enigma.²⁷³

Outra solução proposta ao problema da *competência* foi alterar a definição do termo em situações diferentes. Drane, Buchanan & Brock, defendem definições distintas quando a vida do paciente for pouco afetada por suas decisões e quando o resultado das mesmas é mais sério ou perigoso para o paciente. Conforme esse entendimento, teríamos três níveis de gravidade em situações de saúde com os correspondentes padrões que determinariam se um paciente, em decorrência destes, é ou não competente.

- a) **Nível Um** - *Situação em Saúde*: Tratamento não perigoso; alto benefício; baixo risco; alternativas de tratamento limitadas. *Padrão de Competência*: o paciente deve estar “ciente” de sua situação e concordar com o tratamento, porém não necessitaria passar por um teste de compreensão.
- b) **Nível Dois** – *Situação em Saúde*: duvidoso; ou diagnóstico certo, porém sendo o tratamento algo perigoso ou até mesmo ineficaz; ou existem tratamentos alternativos; ou nenhum tratamento constitui uma alternativa. *Padrão de Competência*: O paciente deve entender os riscos e conseqüências das diferentes opções e estar em condição de tomar uma decisão baseada na sua compreensão.
- c) **Nível Três** – *Situação em Saúde*: a decisão do paciente é “perigosa”; ela é oposta à “racionalidade pública e profissional” envolvendo provável risco de morte. *Padrão de Competência*: O paciente deve estar em condições de dar “razões”, ou seja, argumentar racionalmente “demonstrando” que ele cogitou os fatos e alternativas apresentados relacionando-os com seus valores pessoais.²⁷⁴

A posição de Drane enfrenta sérios problemas justamente por ser relativista. No caso de diagnósticos e prognósticos distintos, o paciente responderá de forma variada, tendo, assim, sua *competência* julgada de forma desigual. Por exemplo, ao ser avaliado por um profissional,

²⁷³ NOVAES, Adauto (organizador). *A Crise da Razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p. 11.

²⁷⁴ Baseado em CULVER, op. cit.

este pode acreditar que o paciente não esteja em perigo, se não receber certo tratamento, julgando que o mesmo é *competente* para recusar. Entretanto, outro profissional pode acreditar ser perigoso para o paciente não ser submetido a mais testes ou adotar certa terapia, relativa ao diagnóstico do caso, julgando, portanto, que as razões de recusa apresentadas pelo paciente, conforme o nível três, são inadequadas. Assim, em uma única situação, a mesma pessoa será julgada *competente* se optar pelo *sim* e, ao mesmo tempo, não competente, no caso de uma opção pela *recusa*.

Penso que as decisões do paciente, ainda que não devam ser idiossincrásicas e instáveis, não necessitam, necessariamente ser científicas ou publicamente aceitas. A fórmula abaixo, portanto, não pode ser verdadeira.

$$PC = V \text{ sse } \forall D (C \wedge P)^{275}$$

Ler-se-ia: *Paciente competente é aquele cuja decisão acerca de um tratamento, qualquer que seja ela, deve obedecer a uma “racionalidade” científica e pública.*

Isso significa dizer *sim* a essa “racionalidade”. Beauchamp e Childress lembram que alguns comentadores reduzem a noção de *consentimento informado* a uma decisão tomada *conjuntamente* pelo profissional de saúde e paciente que, ao meu ver, desvirtua a significação pretendida para o termo.²⁷⁶ Assim, a expressão *consentimento informado*, apesar de, em alguns aspectos, representar um avanço nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, ainda carrega consigo algo da histórica opressão do *poder médico* sobre o paciente. A expressão parece apontar para um irrevogável *sim* a ser imediatamente proferido após o discurso técnico do profissional de saúde. Há que se entender que os pacientes não têm a sua *competência*, de autodeterminação, especificada a partir, apenas, de seu nível de escolaridade. Tanto a condição de saúde dos pacientes como o próprio histórico social, emocional e o de relações anteriores com profissionais de saúde influenciam o discurso dos que procuram por esses profissionais, fazendo com que aqueles atribuam níveis diferenciados de responsabilidade e autoridade a estes.

Veatch classificou a relação médico-paciente em quatro modelos:²⁷⁷

²⁷⁵ Onde: PC = Paciente competente; V = Verdade; \forall = Qualquer que; D = Decisão; sse = se e somente se; C = Científica; \wedge = e; P = Pública.

²⁷⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 163.

²⁷⁷ Apud. MOREIRA FILHO, José Roberto. *Relação Médico Paciente*.

<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2745>. Acessado em 19 de maio de 2006.

1. Modelo Sacerdotal;
2. Modelo Engenheiro;
3. Modelo Colegial;
4. Modelo Contratualista.

Baseado na tradição hipocrática, o Modelo Sacerdotal é o mais tradicional. Aqui, o médico assume uma postura totalmente paternalista com relação ao paciente. Assumindo de forma extremada o princípio da Beneficência, a decisão tomada pelo médico não leva em conta a cultura ou o posicionamento do paciente. A partir do *poder médico*, que historicamente lhe foi conferido, o profissional exerce sua autoridade sem receber contestações. Nesse modelo, o paciente assume uma postura totalmente passiva.

O segundo modelo transfere para o paciente o poder de decisão. O profissional de saúde constitui-se em um repassador de informações e executor de ações propostas pelo paciente. A autoridade médica é mantida, mas o profissional não faz uso do poder, passando este a ser exercido pelo paciente. Há uma acomodação do profissional de saúde e o paciente passa a ser visto simplesmente como um cliente diante de um prestador de serviços.

O Modelo Colegial tem, no contexto das relações entre as partes, diferenciado os respectivos papéis. Há um alto envolvimento na tomada de decisões, sendo o poder compartilhado de forma igualitária. Entretanto, há uma certa perda da finalidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente, equiparando-se a qualquer outra entre indivíduos iguais.

O último modelo, contudo, estabelece que o profissional de saúde preserve a sua autoridade, no que diz respeito ao domínio de conhecimentos e habilidades específicas, patamar a partir do qual poderá, também, ser responsabilizado pela tomada das decisões técnicas. Na tomada de decisões, onde as partes envolvidas estabelecerão compromissos, a participação do paciente deverá ser ativa, baseada em seu estilo de vida e valores pessoais. Este modelo parece comportar os vários fatores peculiares à vida contemporânea que têm servido à erosão gradual da aceitação das fontes tradicionais da moralidade e poder médicos. Estes fatores poderiam ser assim resumidos:

1. O número de médicos e demais profissionais de saúde que se submetem aos fundamentos “religiosos”, “metafísicos” ou “mágicos” da ética médica clássica é cada vez menor.

2. Com o desenvolvimento, divulgação e exercício crescente do conceito de “autonomia”, tanto profissionais de saúde como demais indivíduos de diferentes setores da sociedade assumem e defendem uma ampla divergência de opiniões e valores, que pode ser constatada nos debates sobre tantos dilemas morais, como, por exemplo, o aborto, a eutanásia ou a clonagem.
3. Um conjunto de normas homogêneas, aceitável por todos, se torna cada vez mais difícil, dificultando a elaboração de códigos de ética profissionais que propaguem uma visão unilateral no exercício das profissões de saúde.
4. A responsabilização dos profissionais de saúde em decorrência de suas ações técnicas tem levado a respectiva classe a elaborar códigos de conduta mais legalísticos, cautelosos e mais centrados na competência científica do que em considerações humanísticas.
5. Os desafios técnicos, científicos e éticos da atualidade, progressivamente, não são mais vistos como passíveis de resolução isolada de debates, envolvendo uma abordagem interdisciplinar e setores mais amplos da sociedade.

Todas essas transformações alteraram a relação entre o profissional de saúde e o paciente, obrigando a reconsiderações acerca do entendimento e da importância dada à autonomia daquele que hoje busca por *diagnóstico, prognóstico e possível tratamento*. Como escrevem Beauchamp e Childress, “o respeito à autonomia fornece a principal base justificadora das regras de informação e consentimento”.²⁷⁸ Tanto os profissionais de saúde como os pacientes têm direito a informações *fidedignas* para agirem *livremente*. Assim como aqueles técnicos precisam conhecer a correta história de saúde do paciente, lembra Engelhardt que também “o paciente precisará conhecer os ideais profissionais e morais do médico”.²⁷⁹ Tais ações só são possíveis se devidamente antecedidas por informações corretas, sobre as quais possam se basear as partes envolvidas para consentir ou discordar. “O consentimento não pode expressar autonomia a menos que seja um consentimento informado – o que depende de uma comunicação honesta”.²⁸⁰

No entender de Almeida,

O desenvolvimento histórico da medicina, portanto, conferiu ao médico autonomia técnica na tomada de decisão junto ao paciente, autonomia baseada tanto no domínio de

²⁷⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 426.

²⁷⁹ ENGELHARDT, op. cit., p. 353.

²⁸⁰ Idem, ibidem.

um conhecimento específico quanto em sua legitimidade social. O princípio de beneficência, assumido como absoluto pelo médico, segundo a tradição hipocrática, não comportava relações compartilhadas de decisão com o paciente.²⁸¹

Em que pesem as questões aqui estudadas na diminuição do “poder médico” e na reformulação no paradigma das profissões de saúde, ainda é prática comum o paciente não possuir voz ativa e ter sobre si exercido forte paternalismo, principalmente quando aquele é usuário de serviços públicos de saúde.

3.4.2. As Obrigações *prima facie*

Como já foi estudado, os princípios²⁸² expostos por Beauchamp e Childress são considerados *prima facie*. Segundo Ross, os deveres *prima facie* podem ser categorizados como:

1. Deveres para com os outros devido a atos prévios consigo mesmo:

- Fidelidade (manter as promessas).
- Reparação (compensar as pessoas por danos ou lesões causadas).
- Gratidão (ser grato às pessoas pelos benefícios que nos conferiram).

2. Deveres para com os outros não baseados em ações prévias:

- Beneficência (ajudar aos outros em necessidade).
- Não Maleficência (não causar danos a outros sem uma razão poderosa).
- Justiça (tratar os outros de forma justa).

3. Deveres para consigo mesmo:

- Aprimorar-se física, intelectual e moralmente para alcançar o seu pleno potencial.²⁸³

A ética principialista tem seus princípios em estreita relação com os grupos de deveres acima citados. O *respeito à autonomia* fundamenta-se no primeiro grupo, e os outros três princípios estabelecem-se a partir das premissas do segundo grupo.

Em relação ao terceiro grupo, talvez fosse possível incluir o estudo dos autores sobre as virtude e ideais na vida profissional, se considerarmos um ideal buscar saber e manter atualizados os conhecimentos relativos à prática profissional. Penso que esta questão, mais do

²⁸¹ ALMEIDA, op. cit., p. 21.

²⁸² Notar a ressonância que estes princípios encontram nos códigos de ética profissional: CEM - Código de Ética Médica e CEO- Código de Ética Odontológica.

²⁸³ ROSS, W. D. *The Right and The Good*. Oxford: Clarendon, 1930. p. 19-36.

que um ideal, se constitui numa obrigação, se concordarmos que *saber e fazer* se constituem em valores complementares. Isso se relaciona diretamente com o respeito devido ao ser humano, enquanto tal, que dependerá das corretas informações, oriundas do “saber” profissional, para consentir o “fazer” deste sobre o seu corpo. Ainda que distintos, não é possível desagregar-se o *respeito à autonomia* do *respeito à pessoa*. Um inclui-se no outro. Da mesma forma, destes não se dissocia uma das obrigações mais relevantes da prática profissional em saúde, a de ser *verídico*, pois dela dependerá o consentimento *livre e informado* – *único* passível de justificar as ações dos técnicos na área.

Do estabelecimento e reconhecimento do princípio da autonomia nas ciências da saúde derivou-se uma série de princípios específicos acerca dos direitos do paciente, que tem, inclusive, progressivamente, embasado legislações em todo o mundo. Abaixo sintetizo esses direitos:

1. *Direito a serviços em saúde de boa qualidade.*

- a) [Nenhuma pessoa] pode sofrer discriminação ao buscar serviços em saúde.
- b) Todo paciente tem o direito a acessar um profissional de saúde de sua confiança para melhor fazer juízos clínicos e éticos sem qualquer interferência externa.
- c) O paciente sempre será tratado conforme seus melhores interesses. O tratamento aplicado estará conforme aos princípios médicos geralmente aprovados.
- d) A garantia da qualidade sempre deve ser uma parte dos serviços em saúde. Os profissionais de saúde, em particular, devem aceitar a responsabilidade de ser os guardiões da qualidade daqueles serviços.
- e) Em circunstâncias nas quais deve ser feita uma escolha entre pacientes para um tratamento especial e limitado, todos os outros pacientes devem estar cientes de que a seleção daquele procedimento foi feita de forma justa para aquele tratamento. Aquela escolha deve estar baseada em critérios técnicos e éticos, sendo feita sem discriminação.
- f) O paciente tem o direito de continuidade dos tratamentos de saúde. O profissional de saúde tem a obrigação de cooperar na coordenação de cuidados nesse setor, interagindo, interdisciplinarmente, com outros provedores de cuidados em saúde que possam estar tratando, conjuntamente, do paciente. O profissional de saúde não pode suspender o tratamento de um paciente sem oferecer um tratamento adicional indicado, sem dar a ajuda razoável ao paciente e sem dar oportunidade suficiente para fazer arranjos alternativos para a assistência.

2. *Direito de escolher o profissional de saúde.*

- a) O paciente tem o direito de escolher livremente o profissional de saúde de sua confiança no hospital ou na instituição de serviços de saúde, seja ele do setor privado ou público.

b) O paciente tem o direito de pedir a opinião de outro profissional de saúde em qualquer fase do tratamento.

3. Direito à informação.

a) O paciente tem o direito à informação necessária e tomar suas próprias decisões. O paciente deve entender qual o propósito de qualquer exame ou tratamento e suas implicações.

b) O paciente tem o direito de receber informação sobre as anotações de qualquer de seus registros médicos, e de ser informado integralmente sobre o estado de sua saúde, inclusive dos fatos médicos sobre sua condição.

c) A informação deve ser dada de maneira apropriada à sua cultura e de tal forma que o paciente possa entender.

d) O paciente tem o direito de escolher qual dos seus familiares pode ou deve ser informado.

4. Direito à autodeterminação.

a) O paciente tem o direito à autodeterminação e tomar livremente suas decisões, após devidamente informado. O profissional de saúde informará o paciente das conseqüências de suas decisões;

b) Um paciente adulto mentalmente capaz e informado tem o direito de se *recusar a dar* ou a *retirar* consentimento a qualquer diagnóstico, procedimentos que auxiliem na definição do mesmo, ou plano terapêutico.

c) O paciente tem o direito de se recusar a participar de pesquisa ou testes de medicamentos.

5. O paciente inconsciente.

a) Se o paciente está inconsciente [ou, pelo menos], impossibilitado de se expressar, o consentimento informado deve ser obtido sempre que possível de um representante legalmente indicado ou legalmente pertinente.

b) Se um representante legalmente indicado não está disponível, mas se uma intervenção médica é urgentemente necessária, o consentimento do paciente pode ser presumido, a menos que seja óbvio e além de qualquer dúvida, com base em expressão previamente firmada pelo mesmo, ou que em face de sua convicção ele recusaria o consentimento à intervenção naquela situação.

6. O paciente legalmente incapaz.

a) Se o paciente é menor ou legalmente incapaz o consentimento será requerido a um representante legalmente responsável. Todavia, o paciente [deve ser envolvido na decisão na completa extensão da] sua capacidade de entender.

b) Se um paciente legalmente incapaz pode tomar decisões racionais, devem ser respeitadas as suas decisões, e ele tem o direito de proibir a revelação de informação que foi outorgada pelo seu representante legal; assim como se tal representante vier a

proibir tratamento que, na opinião do profissional de saúde, é do melhor interesse do paciente, o profissional deve se opor a esta decisão da representação legal ou de outra pertinente. No caso de emergência, o profissional agirá no melhor interesse do paciente.

7. Direito a confidencialidade.

a) Tudo o que for identificado sobre o estado de saúde de um paciente - condição médica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e toda informação pessoal, deve ser mantido em sigilo, a menos que isso colocasse em risco a proteção da vida de outra pessoa. Mesmo depois da sua morte, esse procedimento deve ser mantido. Excepcionalmente, descendentes podem ter o direito de acesso à informação que os alertaria sobre riscos à sua saúde.

b) Uma informação confidencial só pode ser revelada se o paciente der consentimento explícito ou se isso constar, de forma expressa, na lei. Só pode ser revelada a informação a outros profissionais, envolvidos nos cuidados de saúde, estritamente no interesse do paciente ou para resguardar a saúde de terceiros, a menos que o paciente dê esse consentimento de forma explícita.

c) Todos os dados identificáveis do paciente devem ser protegidos.

d) A proteção dos dados deve ser feita de acordo com seu arquivamento apropriado.

e) Devem ser protegidas estruturas humanas das quais podem ser derivados dados igualmente identificáveis.

8. Direito à educação de saúde.

a) Toda pessoa tem o direito à educação de saúde que ajudará suas informações nas escolhas sobre saúde pessoal e sobre os serviços de saúde disponíveis.

b) A educação deverá incluir informação sobre estilos de vida saudáveis e sobre métodos de prevenção e descoberta precoce de enfermidades.

d) Os profissionais de saúde têm obrigação de participar ativamente em esforços educacionais.

9. Direito à privacidade e à dignidade.

a) O paciente tem direito à privacidade e será respeitado a toda hora com ensino e cuidados médicos.

b) O paciente terá ajuda [relativa à sua enfermidade] de acordo com o estado atual de conhecimento.

c) O paciente tem o direito ao cuidado terminal humanitário, ser provido com toda ajuda disponível e sua morte será tão digna e confortável quanto possível.

10. Direito à assistência religiosa.

O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual e moral, inclusive com a assistência de [sacerdote] da sua religião.²⁸⁴

²⁸⁴ Baseado na *Declaração De Lisboa - Sobre Os Direitos Do Paciente* (adotada pela 34ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981, e emendada pela 47ª Assembléia

3.4.3. Veracidade

As categorias “complementares” do principialismo, referidas por Beauchamp e Childress²⁸⁵ como *virtudes e ideais*, na vida técnica, daqueles que trabalham com cuidados em saúde, parecem dela se fazer inseparáveis ou, ao meu ver, mais especificamente, parecem ser um traço quase obrigatório do caráter das pessoas pertencentes a essa categoria profissional, mais do que em qualquer outra.²⁸⁶

Defendo que um estudo da relação profissional/paciente – na área da saúde – deve envolver a análise dos princípios propostos pelos autores, bem como um exame de virtudes. Uma vez que o profissional que se relacionará com eles terá, por dever do ofício, um grau de *intimidade* maior do que profissionais de outras áreas costumam ter, parece que o mesmo precisa, *a priori*, antes de qualquer ação técnica, ser um profissional *virtuoso*. Do contrário, como cogitar a possibilidade de que, por exemplo, um mentiroso possa honrar um compromisso de fidelidade envolvendo a privacidade de uma pessoa? Não concebo que uma pessoa destituída da virtude exemplificada possa reconhecer o princípio do *respeito à autonomia* e nele fundamentar-se, quando acessando a privacidade do paciente, sendo este o detentor dos direitos sobre aquela e *deve* ser ele – tão somente o paciente – que *pode* conferir maior ou menor “abertura” para que terceiros tenham um certo conhecimento da pessoa dele.²⁸⁷ A *fidelidade*, como já foi colocado, caracteriza-se como uma *virtude*, e a *obrigação* do profissional da saúde é a de cumprir expectativas razoáveis do paciente com relação à *privacidade*, fazendo jus à *confiança* dele.

É muito difícil reger os serviços prestados nas profissões de saúde por procurações que delimitem um fim específico, exigindo por si mesma, dada a natureza específica da relação, um compromisso com a *verdade* entre as partes.²⁸⁸

Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, setembro de 1995). Ver: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>, 22 de março de 2006.

²⁸⁵ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 495.

²⁸⁶ André Comte-Sponville, em seu *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*, enumerou dezoito dessas categorias, a saber: polidez, fidelidade, prudência, temperança, coragem, justiça, generosidade, compaixão, misericórdia, gratidão, humildade, simplicidade, tolerância, pureza, doçura, boa-fé, humor e amor (COMTE-SPONVILLE, op. cit.).

²⁸⁷ Quando me refiro à pessoa não me refiro ao sentido jurídico do termo; tampouco defendo a separação cartesiana entre o físico e o psíquico.

²⁸⁸ Tanto o juramento de Hipócrates como a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial não recomendam a veracidade, e os Princípios de Ética Médica da *American Medical Association* até 1980 não faziam menção à essa virtude. O Código Brasileiro de Ética Odontológica, no capítulo III, relativo aos deveres fundamentais do cirurgião-dentista, nada menciona sobre o assunto. Tampouco, sobre isso, se pronuncia o Código Brasileiro de Ética Médica, na seção sobre os Princípios Fundamentais em seu capítulo I.

Warnock²⁸⁹ inclui a veracidade como um *princípio* e uma *virtude*, independentemente de se igualar, em importância, à *beneficência*, à *não-maleficência* e à *justiça*²⁹⁰, princípios que fundamentam o princípalismo, além do *respeito à autonomia*.

3.4.3.1. Argumentos em Prol das Obrigações de Veracidade

Beauchamp e Childress defendem *três argumentos* para justificar as obrigações de veracidade. O *primeiro* deles baseia-se no respeito devido aos outros. Este respeito, mais do que em qualquer outro momento histórico, inclui o respeito à *autonomia* do indivíduo. Nesse sentido, o médico se vê forçado a suspender juízos e muitas vezes acatar os desejos de pacientes, tais como mulheres que querem ser mães em idade avançada²⁹¹; outras que congelam o esperma do marido morto para engravidarem mais tarde²⁹²; doentes terminais que recusam terapia; etc. Evidentemente, este respeito é praticado em via de mão dupla, ou seja: tanto o profissional deve respeitar o paciente como este deve respeitar o profissional.

O *segundo* argumento, defendido por Beauchamp e Childress, guarda estreita relação com as obrigações de fidelidade e de manutenção de promessas.

O *terceiro* argumento evoca os relacionamentos de confiança entre as pessoas, que aqueles autores vêem como necessários à interação e à cooperação. Em última análise, para Beauchamp e Childress, os relacionamentos entre profissionais de saúde e pacientes dependem da confiança. “A mentira e a informação inadequada, portanto, revelam um desrespeito pelas pessoas, violam contratos implícitos e ameaçam as relações de confiança.”²⁹³

Cohen relembra que Confúcio “considerava que o conceito ético fundamental das relações sociais e políticas surgia do respeito às ‘obrigações mútuas’”,²⁹⁴ e Engelhardt vê a relação entre o profissional de saúde e o paciente como um contrato onde o paciente “precisará conhecer os ideais profissionais e morais do médico. Da mesma forma, o médico precisará compreender quais são as expectativas do paciente quanto ao seu cuidado”.²⁹⁵

A veracidade nas relações entre profissionais de saúde e pacientes só pode ser estabelecida, desenvolvida e mantida com a observância das condições até aqui analisadas.

²⁸⁹ Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 426.

²⁹⁰ Princípios defendidos por Beauchamp e Childress.

²⁹¹ Consultar: *Psicóloga Britânica Vai Dar à Luz Com 63 Anos*. http://www.acores.com/a/psi_britanica.html. Acessado em 22 de maio de 2006.

²⁹² Ver BBC Brasil. http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020718_bebeml.shtml. Acessado em 20 de maio de 2006.

²⁹³ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 427.

²⁹⁴ SEGRE, Marco & COHEN, Claudio, op. cit., p. 38.

²⁹⁵ ENGELHARDT, op. cit., p. 353.

3.4.3.2. Significado, Abrangência e Peso das Obrigações de Veracidade.

Das informações trocadas entre profissionais de saúde e pacientes, evidentemente, resultam conseqüências, dependendo do seu teor: existente, não existente, verídico, menos verídico ou inverídico.

Essa questão é de tal importância que a garantia da preservação das informações prestadas pelo paciente é um dever ético de todas as pessoas e instituições envolvidas em seu tratamento e, também, pode ser uma obrigação legal que atinge todos os profissionais.²⁹⁶ Entretanto, Beauchamp e Childress afirmam que a veracidade é uma obrigação *prima facie*; portanto, os atos de não revelar informações ou de mentir serão, segundo eles, *ocasionalmente* justificados. Ainda que concorde que isso envolva sérios riscos, defendo que, em alguns casos *muito restritos*, as conseqüências, não necessariamente funestas, do ato de *mentir*²⁹⁷, poderão resultar em menos danos do que dizer a verdade – ou até mesmo não implicar em qualquer malefício, correndo-se inclusive o risco de se obter benefícios *para o informado*. Tal argumentação é própria da teoria utilitarista, em que procuramos maximizar o bem e minimizar o mal. Por exemplo, se temos conhecimento prévio da postura pessimista de certo paciente perante a vida, isso pode justificar que se minta sobre a sua real condição, em relação a certa moléstia que enfrente, se a informação verídica servir para fortalecer o seu posicionamento negativista e, com isso, debilitar sua capacidade natural de reabilitação ou a sua não colaboração com a terapia necessária e/ou preconizada. Alguns poderiam argumentar, com razão, que isso fere o direito de ser autônomo do paciente e que se impõem sobre ele decisões de ordem *paternalista*. Penso que entre os deveres de fidelidade e beneficência – ou, como incluem os autores, o dever de não maleficência – prevalecem estes últimos, ou seja: é preferível eu mentir do que causar um dano, ou é até necessário que eu engane para causar um bem. Essa mesma atitude, paradoxalmente, teria algum refúgio na ética kantiana, que preconiza a revelação irrestrita da verdade, pois considera o indivíduo como um *fim em si mesmo* – fundamento da ética proposta por Kant. Isso quer dizer que não devo mentir para alguém visando beneficiar terceiros, ou a mim mesmo, pois, neste caso, estaria usando o indivíduo como *mero meio* e não como fim. Um adepto irrestrito da filosofia kantiana deveria,

²⁹⁶ Ver Código Penal, que está em vigor desde 1940, e pelo *novo* Código Civil: Art. 154 e artigo 229 do Código Civil brasileiro, Lei 010406/2002. Estas duas leis resguardam tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes de eventuais constrangimentos que possam sofrer no sentido de terem que revelar informações que compartilharam em um fórum privilegiado, decorrente de seu relacionamento profissional.

²⁹⁷ O ato de *mentir* deve aqui ser compreendido como toda a ação que se oponha ao ser totalmente verídico, ou seja: implica desde afirmar coisas que se sabem contrárias à verdade, bem com não se concluir certas coisas, não revelar, ocultar ou mesmo ser parcial no ato de informar ou fazer.

em nome de sua congruência intelectual e ética, dizer a verdade mesmo que isso causasse a morte ou o agravamento das condições de saúde do paciente. Amiúde, pode ser que, em alguns casos, seja necessário mentir até mesmo para familiares ou responsáveis pela pessoa, sob os nossos cuidados, se isso *não* for resultar em *dano* para *quem quer que* seja. E, pelo *contrário*, implicará em algum *benefício* para o *paciente*. Assumo, portanto, posição entre os partidários do *paternalismo moderado*.

Comunicações que resultem na necessidade ou opção de mentir, em certas ocasiões, bem como na ocultação de certos conteúdos, no decorrer da relação entre profissional de saúde e paciente não caracterizam, necessariamente, esse relacionamento como uma *reciprocidade inverídica*, assim como alguma verdade dita, por acidente, em alguma ligação, onde prevaleçam mentiras descabidas e injustificáveis, não transformam esse encontro irrecíproco em algo sincero.

Se for justificável mentir para o paciente, com o *fim* se evitar um agravamento da saúde do mesmo ou acelerar a sua melhora ou cura, ou, ainda, mentir para uma terceira pessoa, ligada ao paciente, para evitar causar-lhe algum mal – desde que o paciente não esteja sendo utilizado como *mero meio* –, penso que seja igualmente isento de condenação ocultar informações que poderão favorecer diretamente o paciente, como, por exemplo, deixá-lo crer que certas substâncias que toma, ou se permite que lhe inoculem, sejam medicamentos, quando de fato não o são (placebos). Neste caso, não se informa que são remédios e nem que não são substâncias terapêuticas. Pode ser este o caso quando se tolera, por exemplo, que o paciente faça uso de uma pedra de *ametista* ou um certo chá, como o de *quebra-pedra*, dos quais ouviu falar que são úteis para esta ou aquela enfermidade, mas que não se relacionam, diretamente, com o seu caso clínico ou de fato são inócuas, resultando tão-somente em efeito *placebo*. Deve o profissional de saúde respeitar também a cultura das pessoas a quem assiste. Também defendo – em desacordo com a ética kantiana – que, em casos de pesquisas científicas nos quais se vise avaliar a eficácia terapêutica de certos medicamentos, utilizando-se placebos como elemento comparativo, se deva, por necessidade técnica, ocultar daqueles que o tomam a veracidade do fato, se isso não lhes for causar qualquer dano. Milhares de pessoas e eles próprios estariam se beneficiando de tal decisão. Argumentar-se-ia que os mesmos foram utilizados como *mero meio* e não como *fim em si mesmos*. Não vejo como precisa tal afirmação, uma vez que o paciente tenha aceitado participar da pesquisa e sendo defensável a idéia de que ele será o *primeiro* beneficiado com os resultados da mesma.

Tais dificuldades foram percebidas por Beauchamp e Childress, que generalizaram o problema do seguinte modo: “É conveniente (...) não fundir a obrigação de revelar

informações, a obrigação de não mentir e a obrigação de não iludir, embora grande parte da literatura sobre o tema as trate como uma única obrigação”.²⁹⁸ Esses tipos de atitude parecem depender das circunstâncias em que o paciente se entrega aos cuidados do profissional. Em alguns casos, ele adquire direito à informação que, em outras ocasiões, o profissional não se veria obrigado a fornecer. No caso de omissão de algumas informações, parece estar implícita a aceitação, por parte do paciente, da possibilidade deste tipo de ação. Melhor explicando, o paciente se põe à disposição do profissional para que este o trate por certa enfermidade. Isto pode exigir alguma necessidade de iludir, da parte do profissional, para atingir os resultados previstos pelos serviços tacitamente, senão de fato, contratados. Entretanto, existem casos específicos em que o paciente consentir ou não depende de informações fidedignas da parte do profissional, implicando, inclusive, na responsabilização civil do mesmo, conforme as conseqüências que acarrete. É o caso do exemplo, trazido por Beauchamp e Childress, em que um tribunal permitiu aos filhos de uma mulher que morrera de câncer de colo do útero que processassem o médico por *não haver informado* dos riscos de não realizar os exames Papanicolaou, aos quais sua mãe, repetidamente, se recusara a se submeter. A corte julgou que a paciente devia ter sido *informada* dos riscos da decisão de *não* se submeter ao tratamento preventivo. Este é um caso preciso em que, *tanto quanto* informar *corretamente* o paciente, o profissional *deve* registrar corretamente tal fato em documento específico (prontuário), resguardando-se de futuros processos oriundos de possíveis problemas.

Beauchamp e Childress defendem que

a obrigação de informar os riscos de não realizar um tratamento assemelha-se à obrigação já consolidada de comunicar as alternativas possíveis a um procedimento que está sendo proposto. Desse modo, os riscos de não fazer nada parecem se inserir no âmbito da obrigação do médico de informar sobre todo o procedimento que esteja sendo recomendado.²⁹⁹

Outras conseqüências legais resultantes da comunicação inadequada ou desonesta entre pacientes e profissionais de saúde, com danos para estes últimos, podem ocorrer em casos de omissão de conteúdos ou mentira propositais, por parte do paciente. Por exemplo: consideremos o caso de um paciente hipertenso que vem sendo submetido a uma farmacoterapia com incrementos progressivos de dosagem ou concentração do fármaco, dado que as dosagens ou concentrações anteriores não têm surtido efeito. Entretanto, desconhece o

²⁹⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 427.

²⁹⁹ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 428.

profissional, ao tomar decisões a partir dos resultados clínicos e/ou laboratoriais, que o paciente o ilude a respeito de suas reais atitudes, que consistem em não tomar o remédio ou remédios prescritos e/ou alterar intervalos, bem como a forma de administração preconizada. Ora, em dado momento da história terapêutica, pode ocorrer que, após um longo tempo omissivo com relação às prescrições, o dito paciente resolva tomar a medicação, partindo, nesse momento, de uma dosagem elevada e não tendo dado ao médico oportunidade para uma correta avaliação do comportamento da droga em seu organismo. Tal atitude pode acarretar um quadro de toxicidade aguda, quer por reação medicamentosa quer por hiperdosagem, inclusive com risco de vida para o enfermo.

Outro exemplo poderia ocorrer no caso de um paciente, maior de idade, que procura o odontólogo, referindo insuportável odontalgia, com vistas a obter uma imediata restauração para o seu dente. O profissional, mesmo com a radiografia da região afetada em seu poder – que nesse caso pode não ser conclusiva –, busca realizar alguns testes e, pelos sintomas descritos, conclui pelo diagnóstico de *pulpite aguda*. No entanto, o paciente, objetivando, por exemplo, um atestado médico de maior duração, mentiu sobre as características da dor, e não foi verídico nos testes aos quais foi submetido. Diante do diagnóstico, o profissional opta pela trepanação do dente, e este, após o ato, parece apresentar quadro incompatível com os sinais que serviram para justificar a ação invasiva. O quadro agora requer terapia diversa – mais extrema, mais complexa, mais cara e mais demorada – do que aquela que seria adotada em caso de obtenção de informações corretas.

Em ambos os exemplos, os profissionais foram induzidos por seus pacientes a cometer iatrogenias passíveis de justificar ações indenizatórias.

Casos que costumam exemplificar bem a situação em que se possa informar de maneira restrita são aqueles em que o profissional deve decidir, ou não, por ocultar o diagnóstico e o prognóstico de uma patologia letal ou degenerativa e incurável. Pessoalmente, não concordo que tais patologias, por si sós, justifiquem informações inverídicas ao paciente.³⁰⁰ Por exemplo, diante de um diagnóstico de câncer, em que o paciente terá que se submeter a tratamentos agressivos como quimioterapia e radioterapia, cujos efeitos colaterais podem promover significativas mudanças em seu corpo, não há por que se ocultar a verdade ou se mentir para o paciente, a menos que proceder em contrário traga fortes malefícios ao mesmo. Diante de pacientes bem esclarecidos pode se obter até mesmo uma maior colaboração para com a terapia. Há os casos em que o profissional deverá enfrentar a situação

³⁰⁰ Já foram analisados aqui casos que poderiam ter uma argumentação convincente defendendo tal ação.

de informar o responsável – no caso de pacientes incapazes e menores – procurando minimizar a dor do mesmo e esclarecendo o mais amplamente, quanto for possível, objetivando consentimentos informados e colaboração terapêutica. É o que pode ocorrer quando o dentista está diante de uma criança, recém nascida, com o quadro patológico identificado como *Rabdomiossarcoma Embrionário*.³⁰¹ O prognóstico é ruim e o tratamento é excisão cirúrgica radical, ampla, seguida pela radioterapia de apoio. As chances de sobrevivência são diminutas, mas o esclarecimento preciso, fornecido aos pais que procuram por seus serviços profissionais, pode tanto implicar numa maior colaboração dos mesmos com a terapia como melhorar a qualidade do relacionamento entre estes e o dependente, durante o tempo em que ainda viver.

Defendo, junto com os autores, que a verdade tem sempre *prioridade* sobre outras opções, ainda que sua escolha, em situações conflituosas, possa ser preterida, dado o entendimento *prima facie*. Que “se busquem alternativas, mesmo quando elas requerem mais tempo, energia e recursos financeiros. Aceitamos a falsidade benevolente em um número muito restrito de casos, mas é infreqüente que seu uso seja justificado”.³⁰²

A família pode fornecer assistência e apoio valiosos e desejáveis, mas não tem que determinar o que é o melhor, nem o que deve ser dito para o paciente. Se a veracidade e o respeito à autonomia do paciente são “uma regra ou virtude primária na orientação moral do médico, é difícil entender por que ele revelaria informações primeiro à família do paciente, mesmo que a família o solicitasse”.³⁰³ Se o paciente é quem, ética e legalmente, detém os direitos sobre a informação, para então decidir e consentir, ele também tem o direito de vetá-las a quem quer que deseje, ou, ao contrário, poder escolher delegar a decisão a outros, em consonância com o seu contexto sócio-cultural, religião e outras crenças.³⁰⁴

Há autores que sugerem que os pacientes têm a obrigação de solicitar e aceitar a verdade sobre a sua condição de saúde. Ainda que Beauchamp e Childress concordem com tal visão, frisam que “disso não se segue que temos o direito de impor aos pacientes informações indesejadas para seu próprio benefício, um ato que pode violar os direitos de autonomia dos pacientes e desrespeitá-los como agentes autônomos”,³⁰⁵ pois há casos de informações que os pacientes simplesmente não desejam saber e que não irão afetar terceiros. Em outros casos isso poderá ocorrer, como informações que se relacionam com descobertas durante o

³⁰¹ Uma forma rara de tumor maligno.

³⁰² BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 430.

³⁰³ Idem, p. 429.

³⁰⁴ Idem, p. 432.

³⁰⁵ Idem

relacionamento profissional e que não motivaram o paciente pela busca dos serviços. Algumas dessas informações são constrangedoras e difíceis de serem transmitidas ao paciente. Temos o exemplo, citado por Beauchamp e Childress, do caso de uma mulher com 41 anos, que engravidou inesperadamente e foi encaminhada, por seu médico, à unidade de genética humana para se determinar se seu feto tinha síndrome de Down. Este não tinha a doença, mas foi verificado que seus cromossomos sexuais eram anormais. Estes eram XYY, ao invés do padrão normal XX ou XY. Como há estudos controversos a respeito da influência do cromossomo Y extra, que pode ou não estar associado a um comportamento mais violento, “o que o consultor de genética deveria fazer?”.³⁰⁶ A partir da revelação, a mulher pode se decidir pelo aborto ou, caso não o faça, a criança pode, posteriormente, ser estigmatizada. Creio que, mesmo a mulher não tendo solicitado essa informação, esconder da mãe seu conteúdo seria incorrer num forte paternalismo. Concordo com os autores que a gestante deveria ter o direito de tomar a sua decisão a partir dos dados que existem e que lhe podem ser disponibilizados. Desse modo, os argumentos se fazem mais fortes a favor da revelação. Mas pode ser o caso de um paciente não desejar saber se é ou não possuidor de aneurisma. Portanto, o profissional não pode forçá-lo a se submeter a exames contra a sua vontade, mesmo que isso pudesse reverter em benefícios para ele. Uma operação para corrigir este tipo de defeito é complicada e arriscada. Portanto, o paciente pode não querer ser informado de sua condição, a esse respeito, para que não tenha que decidir sobre ela – uma a mais entre outras tantas que enfrenta.

3.4.3.3. Administrando Informações que Afetam Pacientes e Colegas de Profissão

Os Princípios de Ética da *American Medical Association* orientam que “um médico deve proceder de modo honesto com seus pacientes e colegas, e procurar denunciar aqueles médicos que sejam deficientes em caráter ou competência, ou que se envolvam em comportamentos enganosos ou fraudulentos”.³⁰⁷ Entretanto, como lembram Beauchamp e Childress, é raro que médicos denunciem médicos. Infelizmente, este é um tema recorrente que não raro ocupa capas de revistas e manchetes em jornais. Essa cultura de “lealdade” profissional representa uma enorme barreira para o estabelecimento de relações éticas entre paciente e profissional, quando outros deste lado estão envolvidos. Mas, nesse caso, como

³⁰⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 435.

³⁰⁷ Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 435.

bem destacam os autores, “esse fato sociológico não justifica que não se denunciem deficiências sérias”.³⁰⁸

Certos grupos que dominam o poder dentro de Conselhos têm conseguido, muitas vezes por artifícios políticos, outras vezes até mesmo pelo terror e pela violência, intimidar colegas que desejam se opor a abusos, tais como o exemplificado por Beauchamp e Childress:

Num dado caso, um menino de 3 anos e meio foi levado pelos pais a um centro médico para tratar um problema respiratório. Depois de ser instalado na unidade de tratamento intensivo para adultos, ele recebeu uma dosagem de relaxante muscular dez vezes maior que a normal, após o que o tubo de respiração deslizou e bombeou oxigênio dentro de seu estômago por vários minutos. Ele sofreu uma parada cardíaca e uma lesão cerebral permanente. Os pais, acidentalmente, escutaram uma conversa em que se mencionava a superdosagem. O médico envolvido explicou que havia decidido não informar os pais sobre o erro porque eles ‘já estavam com a cabeça muito cheia’.³⁰⁹

Para coibir este tipo de situações, que chegam a ser ultrajantes, os autores referem que

há comentadores que sugeriram a criação de uma obrigação legal, imposta tanto ao médico responsável como aos membros assistentes da equipe de tratamento, exigindo que se relate a imperícia à vítima e não simplesmente a organizações que determinam a competência do médico (...). As obrigações de veracidade muitas vezes entram em conflito com as obrigações de confidencialidade e de privacidade.³¹⁰

De fato, a existência de *Conselhos de Classe*, em meu entender, representa um resquício do autoritarismo que integrou o *poder* médico. Situações que os Conselhos buscam julgar, na maioria das vezes acabam virando advertências de “bom comportamento” entre compadres. Em casos como o descrito acima, quer envolvendo a classe médica como os demais profissionais em cuidados com a saúde, o melhor seria não serem tratados por

³⁰⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 436. De maneira análoga se manifestam os códigos brasileiros:
 - É vedado ao médico: - acobertar erro ou conduta antiética de médico (CEM - Capítulo VII - Art. 79);
 - ser conivente em erros técnicos ou infrações éticas, ou com o exercício irregular ou ilegal da Odontologia (CEO - Art. 9º. IV). Penso que muitas vezes a desculpa para a omissão é a desvirtuação de outros artigos, como:
 - praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal (CEO Art. 9º. III);
 - praticar concorrência desleal com outro médico (CEM Art. 80).

³⁰⁹ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 436.

³¹⁰ Idem, p. 436-438.

“tribunais de exceção”, como é o que ocorre com os Conselhos, mas, sim pelo previsto no Direito Criminal, através da Justiça secular.

3.4.4. Privacidade

3.4.4.1. O Conceito de Privacidade

Uma definição de privacidade poderia ser: “estar livre de atos de omissão ou observação não autorizados”.³¹¹ Goldim, baseado na definição do “Bioethics Thesaurus”, amplia esse conceito como: “a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, envolvendo as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização”.³¹² Nesses termos entende Engelhardt, como análogos, o “direito de ser deixado em paz, ao de privacidade, ao direito de recusar o toque e a intervenção de outras pessoas”.³¹³

As questões compreendidas como pertencentes ao conceito de *privacidade* dizem respeito ao controle da pessoa sobre o acesso a si mesma. Essa é uma questão bastante controversa. Como destacam Beauchamp e Childress,

se apresentadas somente em termos de acesso restrito a *informações* sobre uma pessoa, as definições de privacidade são muito limitadas. Ocorre uma perda de privacidade caso outras pessoas usem várias informações de acesso a uma pessoa, inclusive intrometendo-se em esferas de intimidade, segredo, anonimidade, isolamento ou solidão.³¹⁴

Os autores recomendam que “a política deve definir acuradamente as esferas que são consideradas privadas e que não devem ser invadidas, e deve também determinar os interesses que podem legitimamente ser contrapostos aos interesses de privacidade”.³¹⁵

Por outro lado, é bom que se destaque que privacidade não deve, sob qualquer hipótese, ser confundida com omissão ou abandono daquele que reclama por esse direito. Assim, deixar o paciente gozar de privacidade não implica em suspender-lhe atenção. Nesse

³¹¹ Kennedy Institute of Ethics. Bioethics Thesaurus. Washington: Annotated Alphabetic List of Keywords. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Literatur/bioths99.htm#p>. Acessado em 23 de dezembro de 2005.

³¹² Goldim, José Roberto, <http://www.bioetica.ufrgs.br/privacid.htm>. Acessado em 23 de dezembro de 2005.

³¹³ ENGELHARDT, op. cit., p. 369.

³¹⁴ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 440.

³¹⁵ Idem, p. 441.

sentido, alguns profissionais de saúde terão alguma dificuldade em promover o tratamento ou suporte ao mesmo, enquanto buscam preservar a privacidade daqueles sob seus cuidados, principalmente dos pacientes internados em instituições de saúde quando, rotineiramente, necessitam de auxílio ou serviço técnico para higiene corporal, sondagem vesical, entre outros exemplos. Em relação a esta situação, muitos pacientes, inclusive, encaram a hospitalização como fator de despersonalização.

3.4.4.2. Justificações Acerca do Direito à Privacidade

No ato de existir, desenvolvemos projetos, e muitos de nós, senão todos, desenvolvemos relacionamentos mais ou menos complexos na tentativa de realizar nossas intenções ou objetivos. No estabelecimento ou no curso das relações, podemos conceder ou não que outros tenham acesso à nossa privacidade. Tais acessos, evidentemente, podem ter graus distintos de permissão. No caso do relacionamento com os profissionais de saúde, concedemos, de forma mais ou menos objetiva e explícita, a médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeiros, profissionais de educação física, etc., o acesso ao nosso corpo, ou aos nossos sentimentos e atividades, objetivando a proteção da nossa saúde. Esses acessos muitas vezes implicam em uma violação mais ou menos intensa e prevista (ou não) da privacidade. Nesse sentido, faz parte das responsabilidades dos profissionais de saúde ajudar o paciente na perda parcial de sua privacidade, particularmente nas situações de internamento, cuja peculiar complexidade envolve inúmeros procedimentos, que comprometem a independência do paciente e o controle sobre si mesmo. As condições de *invasão* e *submissão*, em que o paciente se vê inserido, costumam desenvolver, nos usuários desses serviços de saúde, sentimentos de incapacidade, insegurança ou impotência, entre outros, que podem inclusive comprometer o sucesso terapêutico. Além disto, não raro o usuário de instituições de saúde, mais comumente as instituições públicas, tem de dividir seu espaço pessoal, como o recinto, objetos que o circundam e por vezes até mesmo pertences pessoais e alimentos.

Beauchamp e Childress destacam alguns argumentos que podem justificar o *direito* à privacidade. Um destes, segundo Judith Thomson, pretende incorporar o direito à privacidade a um grupo maior de direitos pessoais *básicos* que, entretanto, podem – alguns deles – até, conforme Beauchamp e Childress, ser derivados precisamente do direito à privacidade.

Outra abordagem, que merece atenção, ressalta o valor instrumental da privacidade e, a partir da elaboração e entendimento das “regras de privacidade”, identifica os vários fins beneficiados por ela. Um dos modelos éticos que opera dessa forma é o Utilitarismo. Tal valor

instrumental se apoiaria na aceitação de que a privacidade é, como destaca Charles Fried³¹⁶, uma “condição necessária para a manutenção de relacionamentos íntimos”, tais como os que ocorrem entre os profissionais de saúde e o paciente.

Entretanto, para Beauchamp e Childress, a principal justificação do direito à privacidade reside na noção de autonomia e respeito ao princípio que nela se baseia:

A nossa tese está ligada à justificação do direito de privacidade e à especificação do princípio de respeito à autonomia: os direitos de privacidade são pretensões válidas contra o acesso desautorizado que têm sua base no direito de autorizar ou negar acesso. Esses direitos são justificados pelos direitos de escolha autônoma correlatos das obrigações expressas no princípio de respeito à autonomia.³¹⁷

Desse modo, os autores entendem que a argumentação usada para justificar o direito em ser informado para poder dar consentimento³¹⁸ pode servir como um paralelo à justificação do direito de privacidade.

3.4.5. Confidencialidade e Fidelidade

A definição clássica de confidencialidade, que consta no Glossário de Bioética do Instituto Kennedy de Ética, “é a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada”.³¹⁹

Os usuários dos serviços de saúde com frequência permitem aos profissionais da área acesso privilegiado a informações acerca da sua história e do seu corpo. Entretanto, isso não quer dizer que tais profissionais possam fazer uso indiscriminado desses dados, sem a autorização explícita dos pacientes dos quais obtiveram tal conhecimento. Por exemplo, nem companhias de seguros, nem empregadores têm o direito de obter informações das pessoas, por meio de um profissional de saúde, sem que haja consentimento expresso dos mesmos. A obrigação do profissional de saúde é a de cumprir as expectativas razoáveis do paciente em relação à privacidade e fazer jus à confiança deste de que a confidencialidade será mantida.

³¹⁶ Ver, BEAUCHAMP e CHILDRESS, *idem*, p. 443.

³¹⁷ *Idem*.

³¹⁸ É da aceitação do *princípio do consentimento* que Engelhardt acredita ser possível fundamentar o direito de ser deixado em paz, ao de privacidade, e outros. “Esse direito é central à própria noção de uma comunidade pacífica, unida pelo respeito mútuo à idéia de uso por outros apenas com sua permissão” (ENGELHARDT, *op. cit.*, pp. 126-127).

³¹⁹ Conforme GOLDIM, J. R. *Bioética e Ética na Ciência*. <http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm>. Acessado em 17 de agosto de 2006.

Isso é uma maneira de especificar a obrigação geral de fidelidade. O contexto da prática em saúde requer a revelação de informações particulares e delicadas, e, portanto, a falta de fidelidade³²⁰ fere uma dimensão significativa da relação médico-paciente. Quando outros se tornam cientes de informações restritas, que nos pertencem, isso pode infringir tanto o nosso direito de confidencialidade como o nosso direito de privacidade. A violação do *direito de confidencialidade* ocorre quando uma informação revelada por nós em confiança a alguém é passada a um terceiro, sem a nossa *autorização*. A violação do *direito de privacidade* acontece, por exemplo, quando alguém, sem *autorização*, entra na sala de registros, obtendo dados de nossa pessoa, acessando prontuários ou o banco de dados de um computador. Desse modo o *gerenciamento* de informações acerca da saúde do paciente e outras relativas à sua pessoa devem contemplar a devida segurança que seja compatível a manutenção da confidencialidade.

São indiscutíveis as vantagens da implantação de prontuários eletrônicos para os pacientes, permitindo aos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento (principalmente de internados), a troca de informações e acesso a serviços de *segunda opinião*. Em serviços de saúde pública, tais sistemas beneficiariam, notavelmente, unidades distantes de grandes centros de atendimento que carecem de profissionais especialistas, agilizando os cuidados que se fazem necessários e reduzindo custos. Entretanto, tais benefícios são acompanhados do risco, permanente, de acesso indevido às informações eletronicamente armazenadas.

O significado da “autorização” ao acesso às informações passadas pelo paciente ao médico, em uma “primeira instância”, *deve ser esclarecido* ao paciente, pois em uma “segunda instância” outros profissionais aos quais o paciente não teve acesso direto podem necessitar, legitimamente, acessar seus dados. É o caso de pacientes internados em clínicas e hospitais, que outros médicos e o corpo de enfermagem tenham necessidade de conhecer detalhes do caso clínico da pessoa em tratamento. Ameaças à confidencialidade também existem através de cobranças e reembolsos feitos por planos de saúde. Determinadas faixas etárias, como adolescentes e idosos têm, igualmente, seu *direito de confidencialidade* comprometido e a assistência à sua saúde envolve diversas controvérsias, quer de ordem ética como legais e sociais, com implicações, inclusive, em levantamentos epidemiológicos. Para Azambuja, Clotet e Goldim

³²⁰ Para Rawls, “o princípio de fidelidade’ é apenas um caso especial do princípio de proibidade aplicado às práticas sociais de prometer” (Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 466). Conforme Beauchamp e Childress, os deveres de fidelidade compreendem as obrigações morais até aqui estudadas, “especialmente o respeito à autonomia, a justiça e a utilidade” (Idem, op. cit., p. 466).

A confidencialidade não é prerrogativa de pacientes adultos. Aplica-se a todas as faixas etárias, como consequência de direitos éticos e legais à privacidade, os quais limitam o acesso de terceiros a um âmbito privado e íntimo da pessoa, seja através de contato físico ou da revelação de idéias, informações, fatos ou sentimentos.³²¹

Para os mesmos autores, 82% dos adolescentes, com os quais trabalharam, admitem violações ao seu *direito de confidencialidade* em situações que envolvam, por exemplo, idéias suicidas, violência, abuso sexual, anorexia nervosa, HIV/Aids, drogadição, DST, casos de gravidez, homossexualidade e atividade sexual.

Por questões como estas e as anteriormente descritas, cabe lembrar a observação de Mark Siegler, ainda que não concorde com a mesma: “a ‘confidencialidade em medicina’ é um ‘conceito decrépito’”.³²²

Beauchamp e Childress levantam três argumentos que sustentam as regras para a proteção da confidencialidade: (1) *argumentos de base consequencialista*: se o paciente não pudesse confiar nos profissionais de saúde, em relação à preservação de algumas de suas informações, ficariam relutantes em informar franca e completamente, comprometendo exames, diagnóstico e terapêutica; (2) *argumentos baseados em direitos de autonomia e privacidade*: “as violações da confidencialidade são com frequência consideradas fundamentalmente como violações da privacidade e da integridade pessoal”; e (3) *argumentos baseados na fidelidade*: o contexto da prática em saúde demanda, muitas vezes, a revelação de informações particulares e delicadas, que podem sujeitar a pessoa a riscos legais, perda de amigos, afetar relacionamentos amorosos, perda de emprego, etc. Portanto, a falta de fidelidade compromete uma dimensão de peso na relação entre o profissional de saúde e o paciente.³²³

“Nenhum desses três argumentos sustenta regras absolutas de confidencialidade. Qualquer que seja a sua base, estas regras são *prima facie*, e não absolutas – tanto na ética como na lei”.³²⁴

³²¹ AZAMBUJA, J. L.; CLOTET, J.; GOLDIM, J. R. “Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários”. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v.53, n.3. São Paulo, maio/jun. 2007. pp. 240-246.

³²² Apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 454.

³²³ Consultar BEAUCHAMP e CHILDRESS, idem, p. 459.

³²⁴ Idem, ibidem.

3.4.5.1. Infrações Justificadas das Regras de Confidencialidade

Conforme Junkerman & Schiedermayer, a quebra de confidencialidade somente é eticamente admitida quando:

- 1) um sério dano físico, a uma pessoa identificável e específica, tiver alta probabilidade de ocorrência;
- 2) um *benefício* real resultar desta quebra de confidencialidade;
- 3) for o último recurso, após ter sido utilizada persuasão ou outras abordagens, e, por último,
- 4) este procedimento deve ser *generalizável*, sendo novamente utilizado em outra situação com as mesmas características, independentemente de quem seja a pessoa envolvida.³²⁵

Para Beauchamp e Childress, “os profissionais de saúde têm o direito de revelar informações confidenciais em situações em que uma pessoa, considerando-se todos os fatos, não está habilitada a exigir confidencialidade”.³²⁶ É o caso, por exemplo, de profissionais de saúde que trabalhem em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde, eventualmente, alguém pode confessar que comete abusos contra menores ou confessar a séria intenção de ferir ou matar alguém. Portanto, ocorrem casos em que a não exigibilidade ética da confidencialidade torna a revelação da informação *permissível* – uma opção moral; porém, há outras situações em que os profissionais teriam até obrigação *legal* de romper a confidencialidade. Em outras circunstâncias, o contrário pode ser verdadeiro, e o profissional pode se ver na condição de desacatar a lei para preservar, até mesmo, todos os princípios aqui estudados, tendo em vista o paciente como fim em si mesmo.

Num sistema político justo, há uma obrigação moral de obedecer à lei, mas esta obrigação, assim como a de guardar confidencialidade, é *prima facie*; e, às vezes, o profissional está justificado em infringir a lei para cumprir uma responsabilidade para com o paciente. A obediência à lei por parte do profissional às vezes resulta em negligência médica e, para o paciente, em perseguição ou perda de emprego por razões moralmente irrelevantes ou moralmente injustificáveis. Isso ocorre frequentemente quando informações psiquiátricas são reveladas em contextos tais como o serviço

³²⁵ Apud GOLDIM, J. R. *Bioética e Ética na Ciência*. op. cit. (grifos meus, procurando apontar para as referências éticas principialista e kantiana).

³²⁶ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 460.

militar, onde o conhecimento de uma preferência sexual já levou a perseguição e dispensa.³²⁷

Beauchamp e Childress destacam que se deva avaliar a relação dos riscos oferecidos pelo paciente a outras pessoas – caso ele ofereça algum risco –, riscos estes que poderiam suplantar a “regra de confidencialidade”. A obrigação de guardar a regra e a probabilidade de que possíveis danos venham a se concretizar *devem* ser ponderados em contraposição à magnitude desse dano, conforme sugerem Beauchamp e Childress no quadro abaixo:

Quadro de Avaliação de Riscos			
		<i>Magnitude do Dano</i>	
		Grande	Pequena
<i>Probabilidade de Concretização</i>	Alta	1	2
	Baixa	3	4

Evidentemente que, antes de optar por revelar informações confidenciais, os profissionais de saúde devem procurar alternativas para realizar um benefício, prevenir um dano ou atender ao princípio de justiça.

Beauchamp e Childress destacam que a fidelidade, na relação profissional de saúde e paciente, priorizam dois aspectos: (1) “o profissional elimina o interesse próprio em qualquer conflito com os interesses do paciente” e (2) “os interesses do paciente têm prioridade sobre os interesses de outros”.³²⁸

Restam ainda os conflitos oriundos de “lealdades divididas”, onde duas ou mais práticas e lealdades a elas associadas se tornam incompatíveis ou irreconciliáveis. Pode ser o caso quando a fidelidade devida a pacientes entra em conflito com a lealdade para com colegas, instituições, Estado, etc. Na impossibilidade de se manter eticamente ativo, no seu exercício profissional, quando em uma relação problemática com o paciente, o profissional de saúde *deve*, conforme orientam os seus respectivos códigos deontológicos e de acordo com o que frisam Beauchamp e Childress, baseados no *Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association*, “comunicar o paciente, os parentes ou amigos responsáveis com antecedência suficiente para que se possa garantir um outro atendente”.³²⁹

³²⁷ Idem, pp. 460-461.

³²⁸ BEAUCHAMP e CHILDRESS, op. cit., p. 468.

³²⁹ Idem, p. 467.

CONCLUSÃO

Procurei durante as sessões desta dissertação fazer um resgate das principais influências do principlismo com o fim de melhor situá-lo na atualidade das discussões bioéticas e, particularmente, biomédicas. Iniciei a presente argumentação ressaltando pontos-chave da ética kantiana e as principais características da ética utilitarista e rawlsiana, além de considerações acerca da ética de virtudes.

Após haver recordado o conceito de bioética e suas transformações, assumi uma posição quanto ao significado de ética biomédica e, para efeitos dessa dissertação, considerei uma noção de biomedicina que incluiu, somente, as profissões ligadas à saúde humana. Ainda que, ao meu ver, nada impeça a inclusão de profissionais ligados à saúde animal, ainda mais quando vemos, hoje, sistemas de saúde pública incluírem secretarias de *bem-estar do animal*, que usam recursos do SUS (Sistema Único de Saúde). Evidentemente que programas desta natureza recebem muitas críticas, várias delas bem justificadas, que passam pela priorização em se educar a população para com os cuidados e reprodução animal ao invés de, simplesmente, utilizar recursos escassos do SUS – que não são destinados a setores historicamente reivindicantes, como o caso de se ofertar serviços de prótese dentária (cujos fins antes de serem estéticos são primordialmente funcionais) – para se promover cirurgias de esterilização de animais e fornecimentos de medicação, para estes, com critérios mais facilitados do que para grupos de diabéticos e cardíacos, por exemplo.

Destaquei como as mudanças biotecnocientíficas estão a colocar questões cada vez mais desafiadoras e, algumas, inéditas para a sociedade. Paralelamente, o contexto inaugurado pela modernidade é marcado pela afirmação da valorização da identidade pessoal e da responsabilidade moral do indivíduo em construir a sua própria história, individual e social, o que afeta, na forma de “mão dupla”, o relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes. Algo que foi discutido na última sessão.

Tendo em conta a complexidade dos problemas que demandam a rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, penso ser recomendável a organização, o desenvolvimento e a administração de ações baseadas em considerações que levem em conta argumentos eticamente defensáveis. Nesse sentido, me dediquei a analisar e justificar o por que de uma política de cuidados com a saúde.

A ética principialista me parece ter uma boa abrangência na cobertura da maioria das questões bioéticas ou biomédicas. Mas, devido ao seu pouco tempo de existência, evidentemente carece de complementos teóricos na medida que o território da ação nos cobra, de forma mais complexa e desafiadora, difíceis decisões morais, principalmente, acerca de dilemas.

Dall'Agnol propôs ser acrescentado aos quatro princípios fundamentais da ética principialista um *quinto princípio*. Tal princípio foi denominado *princípio de reverência à vida*.³³⁰

De modo geral, a consideração e a reverência à vida parecem gozar de um *locus* privilegiado junto ao senso comum, como foi visto. O princípio de *reverência à vida* parte do pressuposto que a vida é um *bem*, em si mesma, e *deve* ser “reverenciada”.

Foi visto que existem diversas concepções do que seja “vida”. Engelhardt destaca duas “dimensões” acerca da mesma, quanto ao seu “aspecto” ético: (1) o secular, “que procura não ter essência e, portanto, tem a capacidade de alcançar diversas comunidades morais divergentes”, e (2) as “morais particulares, dentro das quais é possível alcançar uma interpretação essencial sobre (...) obrigações morais essenciais”.³³¹

Entendo o princípio proposto por Dall'Agnol como o respeito à “dignidade” da vida, tal como foi exposto na última sessão, o que implica, por exemplo, no sentido físico, o respeito ao interesse da pessoa em não desejar mais viver sob uma situação aviltante, sofrível e irreversível de condições de saúde biológica. Outra situação é forçar nascimentos de seres que terão sobrevida de, no máximo, poucas horas, como no caso de anencefálicos.

Evidentemente que, apesar de existir o risco, não se pode incorrer em argumentações falaciosas, ao molde da “ladeira escorregadia” (*slippery slope*), que poderiam pretender justificar, com bases racistas, que certos tipos de vida não sejam suficientemente valiosas para serem mantidas.

Como destaca Dall'Agnol, no *princípio de reverência à vida*, “o ponto central é que a vida só tem sentido se a pessoa possuir condições de viver bem, com dignidade e sem sofrimento”.³³²

Penso que pude demonstrar que o *principialismo* é um modelo ético abrangente e cuja característica “ecclética” o torna o suficiente “flexível” a partir, principalmente do emprego da noção de *prima facie*, para as demandas rotineiras e dilemáticas em saúde. Seus

³³⁰ DALL'AGNOL, op. cit., p. 157.

³³¹ ENGELHARDT JR., H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p. 122.

³³² DALL'AGNOL, *Bioética*, op. cit., p. 168.

princípios de *beneficência* e *não-maleficência*, bem como a possibilidade de inclusão do princípio de *reverência à vida*, têm fortes vínculos com as origens e a evolução histórica das profissões de saúde.

A importância dada ao conceito de *liberdade* e o posterior “deslocamento” da eticidade para o âmbito da responsabilidade pessoal, levando à passagem aprimorada do reconhecimento da *autonomia* – uma constatação que ainda se estabelece no ambiente profissional de saúde –, implicou em discussões e a um “reposicionamento” dos profissionais de saúde quanto ao compartilhamento do seu saber junto aos usuários dos seus serviços.

Códigos deontológicos profissionais e legislações foram e ainda vêm sendo modificados e/ou adaptados a partir dos debates bioéticos e principalmente biomédicos, onde a influência principialista é notória.

Os quatro princípios bioéticos que aqui foram estudados se encontram presentes, mais ou menos explicitamente e sem uma hierarquia definida, na maioria das reivindicações de associações de enfermos específicos, como portadores da doença celíaca, hanseníase, diabéticos, cardiopatas, portadores do vírus HIV, etc., bem como de Conselhos Comunitários e Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde.

Há uma certa diferença de abordagem quanto àqueles princípios entre os países latinos americanos e os anglo-saxões. Neste últimos prevalecem atenções mais voltadas ao princípio da autonomia, enquanto que nos primeiros o foco dos debates se volta mais para o princípio de justiça. Guillén sugere que os quatro princípios propostos pelo principialismo deveriam ser ordenados em dois níveis: “o privado, concernente aos princípios de autonomia e beneficência; e o público, aos princípios de não-maleficência e justiça”.³³³ De fato, parece ter ficado destacada a necessidade de se priorizar, mais do que qualquer outro princípio, em uma fundamentação ética, para uma teoria de cuidados e políticas de saúde, a observância do princípio da justiça e o empreendimento de esforços no sentido de reduzir os malefícios oriundos das loterias *natural* e *social*, aludidas por Rawls.

Ainda que veja com simpatia a agregação de contribuições oriundas de uma ética de virtudes, não creio que estas sejam suficientes, por si sós, para justificar escolhas entre princípios a serem adotados em caso de dilemas. Entretanto, direcionei um olhar também à teoria kantiana, no sentido de que a presente proposta possa ter um alcance universalizante, a partir do consenso alcançado no âmbito do agir comunicativo habermasiano.

³³³ Apud ALMEIDA, José Luiz Telles, op. cit., p. 119.

O modelo principialista tem, de forma bastante significativa, dado sustentação para as práticas em saúde mas, para posições sobre questões bioéticas em geral, algumas críticas têm sido feitas a essa concepção. Por exemplo, no que diz respeito ao *princípio da beneficência*, observa-se que este se relaciona, quase que diretamente, com a promoção do *bem-estar* e, mais especificamente, com a *maximização* deste. Aqui, evidentemente, o *Utilitarismo* faz valer, de modo significativo, a sua influência, que – criticável, como qualquer outro modelo ético – tem, no entanto, uma forte argumentação teórica, que foi se estabelecendo e aprimorando no decorrer de sua história. De semelhante argumentação carece o *Principialismo*, o que pode dever-se, entre tantas possíveis alegações, até mesmo à limitação temporal de sua evolução.

Críticas têm sido dirigidas à teoria, principalmente, quanto à questão de “como poder o agente moral saber optar, *prima facie*, entre os seus princípios constitutivos”. De fato, não há critérios que afirmem qual princípio deve ser escolhido, nem avaliar qual deles é o melhor, numa situação em que concorram. O próprio recurso *prima facie* parece estar à mercê de um posicionamento intuicionista, ficando a meio caminho entre a moralidade comum e as diversas teorias éticas que o principialismo busca conciliar. Deste modo, segundo alguns críticos, em última instância é o *caráter moral* do agente que determina a moralidade das ações, e não seriam os *princípios* a *principal* orientação de sua conduta. Edmund D. Pellegrino³³⁴ é um dos principais representantes dessa corrente em bioética.

Entre outras críticas ao principialismo, aquela cujos argumentos parecem ter sido “melhor” desenvolvidos, para Almeida, foi levada a cabo por K. Danner Clouser e Bernard Gert no artigo "A Critique of Principlism", publicado em 1990. São deles as seguintes palavras:

Em toda parte da terra, pode ser ouvido, em meio à multidão, de convertidos em vigilantes da bioética, um mantra ‘...beneficência ... autonomia ... justiça ...’. Este é o ritual de encantamento que, diante de dilemas biomédicos, exerce forte atração às nossas interrogações.³³⁵

Daniels destaca que aqueles princípios têm sido referidos como “Georgetown mantra”.³³⁶

³³⁴ PELLEGRINO, Edmund D. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

³³⁵ Apud ALMEIDA, op. cit., p. 64.

³³⁶ DANIELS, Norman. *Justice and Justification*, op. cit., p. 335.

Conforme Almeida, as argumentações de Clouser e Gert centram-se, em três questões inter-relacionadas:

a) os quatro princípios não passariam de *checklists*, ou de listas de valores a serem memorizadas, sem profundidade moral e não servindo de guia para uma conduta moral frente a dilemas; b) a análise por princípios falharia em prover uma teoria de justificação moral ou um vínculo entre as regras (claras, coerentes e específicas); por conseguinte, os princípios e as regras derivadas do método principialista não passariam de construções *ad hoc* sem qualquer ordem sistematizada; e c) os quatro princípios *prima facie*, com frequência, competiriam e, no entanto, sua justificação teórica seria insuficiente para se chegar a algum acordo entre os princípios em conflito.³³⁷

Em que pesem essas e outras críticas, é incontestável a boa aceitação do *principialismo* em ética biomédica. Essa *aceitabilidade* foi o que procurei “testar” na última sessão desta dissertação. Ao que parece, o principialismo conseguiu suportar a “prova”, apesar de que seu ecletismo teórico muitas vezes pareça nos conduzir a outras teorias éticas diante de certos problemas específicos; foi o caso, especialmente, da *assistência à saúde*, em particular no que diz respeito a políticas de saúde, discutida na quarta sessão. Isso se deve, principalmente, a que esse problema se relaciona diretamente com a questão da justiça; um dos princípios mais problematicamente trabalhados por Beauchamp e Childress, onde não há uma formulação precisa, em meio às diversas concepções citadas, de qual seja, entre os diferentes critérios que, aparentemente, integram a formulação do *princípio de justiça*, aquele que seria adotado para que, de forma precisa, dele se possam derivar regras complementares, como na teoria de Rawls, por exemplo.

Por conta destas últimas colocações, a teoria de Beauchamp e Childress parece carecer da elaboração de um *meta-princípio*. Infelizmente, o estabelecimento do *meta-princípio* não é uma tarefa que se leve a cabo sem exaustivas pesquisas e uma forte justificação.

O encerramento do presente texto, portanto, aponta para o desafio de desenvolver, o mais brevemente possível, justificativas plausíveis para a sustentação daquela proposta pois, como se sabe, nem todo ato moralmente bom tem necessariamente um único efeito. Pode-se praticar um ato moralmente bom que tenha, inclusive, efeitos antagônicos, mas que não propriamente inviabilizem o ato em si. Esta colateralidade refere-se a um efeito *bom* e outro

³³⁷ Apud ALMEIDA, op. cit., p. 64.

mau, dependendo dos princípios que defendamos. Efeito *bom* será, portanto, o que estiver em consonância com o princípio eleito, a partir do *meta-princípio* proposto, e efeito *mau* será o contrário.

Assim, no ato, devemos reivindicar e não medir esforços para:

- a. que a intenção do agente seja em obter o efeito *bom*, e não o *mau*.
- b. que o efeito *bom* seja obtido *diretamente* da ação, e não através do efeito *mau*;
- c. que, se não houver *meio* de se evitar o efeito *mal*, este seja “resultado” da prática de uma ação *boa* (aquela que intenciona o efeito *bom*), que produz tal efeito de forma secundária;
- d. que o efeito *mau* seja proporcionalmente *inferior e nunca superior* ao efeito bom, para a maior parte dos indivíduos atingidos.

Uma última palavra refere-se à já citada “ladeira escorregadia”; ou seja: a crença de que uma vez tendo-se uma suposta *liberdade de opção* - por conta da noção *prima facie* entre os diversos princípios -, profissionais e governos inescrupulosos aproveitem a “brecha” para dar vazão a interesses pessoais, classistas, a planos menos escrupulosos em políticas de saúde ou a projetos profissionais particulares, em detrimento dos atingidos por suas ações. A “solução”, ao menos para a prática biomédica, seria o máximo de empenho para manter nossos governos democráticos, centrando suas preocupações, com as políticas de saúde, principalmente no princípio da justiça e, de algum modo, se preservar na cultura dos profissionais de saúde a tradição de alívio da dor do próximo, que já incorpora, originalmente, dois dos princípios da teoria de Beauchamp e Childress, associada ao respeito à autonomia do paciente, e não perdendo de vista discussões que aprofundem o entendimento, o desenvolvimento e a aceitação do *princípio de reverência à vida*. Devem, outrossim, os profissionais de saúde se inteirar ao máximo e buscar promover junto a governos e mesmo em sua prática privada a promoção da justiça, baseando-a sempre em argumentos cada vez mais sólidos e universais, os quais poderão ser obtidos a partir de uma formação acadêmica que priorize e forneça uma sólida noção em ética e política aos referidos profissionais.

Enfim, devemos ter em conta que, na prática biomédica, sempre que ousemos nos afastar dos princípios aqui defendidos para a vida e o viver humanos, podemos estar incrementando os riscos de conseqüências indesejáveis. Proponho que confrontemos esses riscos com os danos que poderão ocorrer para centenas, milhares ou, até mesmo, milhões de seres humanos, aos quais novos sofrimentos poderão ser somados e outros desnecessariamente

prolongados, pelo *embate* pouco produtivo entre modelos éticos concorrentes e mesmo o agir profissional individual, oriundo de motivações irrefletidas e apaixonadas que, não raro, têm lugar no cotidiano dos profissionais de saúde e, muitas e muitas vezes, com a anuência da sociedade, tanto em seu ordenamento jurídico como nas manifestações triviais de sua moralidade vulgar.

Bibliografia

- 01 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 2003. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/comentario.pdf>. 19 de junho de 2006.
- 02 AÇORES.COM. http://www.acores.com/a/psi_britanica.html. Acessado em 22 de maio de 2006.
- 03 ALMEIDA, Marcos de, MUNOZ, Daniel Romero, *Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS*, <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v1/relacao.html>. Acessado em 11 de dezembro de 2005.
- 04 ALMEIDA, José Luiz Telles de. *Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlista da Relação Médico-Paciente*. Tese para obtenção de título de Doutor em Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- 05 ANDRADE, Fernando Dias. *Sobre Ética e Ética Jurídica*. <http://sites.uol.com.br/grus/ej.htm>
- 06 ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- 07 ARMSTRONG, Walter Sinnott. *O que é um Dilema Moral?* Tradução de Desidério Murcho. Artigo extraído de *The Cambridge Dictionary of Philosophy*, org. por Robert Audi (Cambridge University Press, segunda edição, 1999). http://www.criticarede.com/fil_dilemamoral.html
- 08 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA UNB: <http://www.unb.br/acs/especiais/bioetica-08.htm>. Acessado em 11 de junho de 2005.
- 09 AZAMBUJA, J. L.; CLOTET, J.; GOLDIM, J. R. “Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários”. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.53, n.3. São Paulo, maio/jun. 2007.
- 10 BBC Brasil. http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020718_bebeml.shtml. Acessado em 20 de maio de 2006.
- 11 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- 12 BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- 13 BENTHAM, Jeremy. *Uma introdução aos Princípios da Moral e da Legislação*. In: *Bentham / Mill*. São Paulo: Abril Cultural (col. Os Pensadores), 1979.
- 14 BIRMAN, J. *Apresentação, Interpretação e Representação na Saúde Coletiva*, 1991, Rio de Janeiro, Phisis – Ver. Sd. Colet., v.1, n.2.
- 15 BIZARRO, Sara. *Utilitarismo Moral e Utilitarismo Político*. <http://www.geocities.com/revistaintelecto/utilitar>. Acessado em 27 de setembro de 2005.
- 16 CRAMPE-CASNABET, Michèle. *Kant - Uma Revolução Filosófica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994
- 17 CARVALHO, M.C.M. “Hare e os Limites da Discriminabilidade Racional”, 1992, in revista *Reflexão*, PUCCAMP, Campinas, n^{os}. 51/62, (abril).
- 18 CALDEIRA, Inês. *Valores? Ética? Porquê?*, http://www.josedemello.pt/gjm_tdf_01.asp?lang=pt&artigo=299. Acessado em 16 de agosto de 2007.
- 19 Centro de Informação e de Reclamação dos Cuidados de Saúde - Informação Sobre os Direitos do Paciente / Cliente. <http://www.klachtenopvangzorg.nl/pdf/Portugees.pdf>. Acessado em 9 de agosto de 2005.
- 20 CENTRO INTERAMERICANO DE INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE FORMACIÓN PROFESIONAL (CINTERFOR), <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro60/iii/>
- 21 CHAÚÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Editora Ática, 1996

- 22 COMTE-SPONVILLE, André. *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- 23 COMTE-SPONVILLE, A. *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- 24 COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO (CCR), <http://www.ccr.org.br/index.html>
- 25 COSTA, Cláudio F. *Razões para o Utilitarismo: Uma avaliação comparativa de pontos de vista éticos*. Florianópolis: *Ethic@*, vol.1, n2. Dez. 2002
- 26 COSTA JÚNIOR, João Batista de O. e. *Por quê, ainda, o aborto terapêutico*, Preleção inaugural dos Cursos Jurídicos da Faculdade de Direito da USP de 1965, Revista da Faculdade de Direito da USP, São Paulo, 1965, volume IX.
- 27 COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel & GARRAFA, Volnei (coordenadores). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- 28 CRUZ, André Luiz Vinhas da. *A noção de justiça formal em Chaïm Perelman: Igualdade e Categorias Essenciais*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7607>. Acessado em 12 de agosto de 2006.
- 29 DALL'AGNOL, Darlei, *Bioética*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004
- 30 DALL'AGNOL, Darlei, *Utilitarismo Kantiano?*, Filosofia - Pré-publicações, Ano VI, Número 49, Maio 2001, http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/util_kant.pdf. Acessado em 11 de agosto de 2005.
- 31 DALL'AGNOL, Darlei, *Valor Intrínseco*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
- 32 DANIELS, Norman. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- 33 DANIELS, Norman. *Justice and Justification*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- 34 DAVISON, Aidan. *Technology and the Contested Meanings of Sustainability*. Albany: State University of New York Press, 2001
- 35 DECLARAÇÃO DE LISBOA - SOBRE OS DIREITOS DO PACIENTE. <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>, 22 de março de 2006.
- 36 DIAS, Maria Clara. *Considerações Acerca do Conceito de Pessoa*. <http://www.ifcs.ufrj.br/cefm/textos/MCDIAS1.DOC>, 05 de dezembro de 2006.
- 37 DRUMOND, José Geraldo de Freitas. *O Princípio Da Beneficência Na Responsabilidade Civil Do Médico* http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/BIOETICA_DIREITO_MEDICO.htm. Acessado em 03 de agosto de 2005.
- 38 DUTRA, Delamar José Volpato, *Razão e Consenso em Habermas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
- 39 DUTRA, Lucas Vieira. *Filosofia Moral e Teorias Éticas*. http://www.suigeneris.pro.br/filo_socied02.htm. Acessado em 20 de abril de 2006.
- 40 DWORKIN, Ronald. *Life's Dominion, An Argument about abortion, euthanasia and individual freedom*, New York: Alfred A. Knopf, 1993
- 41 ENGELHARDT JR., H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- 42 FELIPE, Sônia T. *Justiça Como Equidade*. Florianópolis: Insular, 1998.
- 43 FELIPE, Sônia T. *Por Uma Questão de Princípios*. Florianópolis: Boiteux, 2003.
- 44 FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1986.
- 45 FORTES, Paulo A.C., ZOBOLI, Elma L.C.P., *Bioética e a Saúde Pública*, São Paulo: Edições Loyola, 2003
- 46 FREUD, Sigmund. *O Mal-Estar da Civilização*. <http://www.ateus.net/ebooks/index.php>. Acessado em 19 de setembro de 2006.
- 47 GALLIAN, Dante M. C. *A (Re)humanização da Medicina*, <http://www.hottopos.com/convenit2/rehuman.htm>. Acessado em 23 de novembro de 2005.
- 48 GOLDIM, José Roberto. *A Evolução da Definição de Bioética na Visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998*, <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioetev.htm>. Acessado em 17 de setembro de 2005
- 49 GOLDIM, J. R. *Bioética e Ética na Ciência*. <http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm>. Acessado em 17 de agosto de 2006.

- 50 GOLDIM, José Roberto. *Dever Prima Facie*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/primafd.htm>. Acessado em 7 de novembro de 2005.
- 51 GOLDIM, José Roberto. *Princípio da Não-Maleficência*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/naomalef.htm>. Acessado em 17 de julho de 2005.
- 52 GOLDIM, José Roberto. *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>. Acessado em 29 de novembro de 2005.
- 53 GOLDIM, José Roberto. *Privacidade*. <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>. Acessado em 23 de dezembro de 2005.
- 54 GOMES, Hélio. *Medicina legal*, Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1981.
- 55 GRAMSTRUP, Erik Frederico. *O Princípio de Igualdade*. <http://www.hottopos.com/videtur17/erik.htm>. Acessado em 29 de abril de 2006.
- 56 GRINBERG, Max. *Falo ou não falo*. http://www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.vx?pub?id=41849. Acessado em 17 de julho de 2005.
- 57 GUILLÉN, D.G. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
- 58 HABERMAS, Jürgen, *Direito e Democracia – Entre facticidade e validade* Vol.1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.
- 59 HANNA, Arendt. *Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.
- 60 HARE, R. M. *Moral Thinking*. Its levels, method and point. Oxford: Oxford University Press, 1981
- 61 HARMAN, Gilbert. *Ética das Virtudes sem Traços de Caráter*. http://www.trolei.net/tr01_harman.htm. Acessado em 20 de abril de 2006.
- 62 HEGENBERG, Leonidas. *Doença um Estudo Filosófico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- 63 HEIDEGGER, Martin. *El Final De La Filosofía Y La Tarea Del Pensar*. http://www.heideggeriana.com.ar/textos/tarea_pensar.htm. Acessado em 04 de dezembro de 2006.
- 64 HEIDEGGER, Martin. *La Pregunta por la Técnica*. <http://www.heideggeriana.com.ar/textos/tecnica.htm>. Acessado em 04 de dezembro de 2006.
- 65 HERRERO, F. J. *Religião e História em Kant*. São Paulo: Edições Loyola, 1991.
- 66 HOBBS, Thomas. *Leviatã*. São Paulo: Nova Cultural (Coleção Os Pensadores), 1988.
- 67 HOGEMANN, Edna Raquel R. S. *O Princípio do Respeito à Pessoa e a Polêmica da Identidade Pessoal e Genética do Ser Clonado*. <http://www.monografias.com/trabajos10/oprinc/oprinc.shtml>. Acessado em 05 de dezembro de 2006.
- 68 HULL, Richard T. *The Varieties of Ethical Theories*. <http://www.richard-t-hull.com/publications/varieties.pdf>. Acessado em 27 de abril de 2006
- 69 HUMAN NEEDS AND HUMAN-SCALE DEVELOPMENT. <http://www.rainforestinfo.org.au/background/maxneef.htm>. Acessado em 03 de maio de 2006.
- 70 IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/comentario.pdf>. Acessado em 19 de junho de 2006.
- 71 KANT, E. *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70.
- 72 KANT, E. *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Nova Cultural (col. Os Pensadores), 1991.
- 73 KANT, E. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Abril cultural (col. Os Pensadores), 1980.
- 74 KANT, E. *Sobre a Discordância entre a Moral e a Política a Propósito da Paz Perpétua*, in *Immanuel Kant - Textos Seletos*. Petrópolis: Editora Vozes, 1985.
- 75 Kennedy Institute of Ethics. *Bioethics Thesaurus*. Washington: Annotated Alphabetic List of Keywords. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Literatur/bioths99.htm#p>. Acessado em 23 de dezembro de 2005.
- 76 KIPPER, Délio José & CLOTET, Joaquim. *Princípios da Beneficência e Não-maleficência*. <http://www.cfm.org.br/bancotxt/bioetica/ParteIprincípios.htm>. Acessado em 29 de julho de 2005.

- 77 KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.
- 78 LEPERGNEUR, Hubert in ANDRADE FILHO, Francisco Antônio de, *Do Biopoder à Ética do Cuidado com a Saúde Integral do Homem*, <http://users.hotlink.com.br/fico/refl0095.htm>. Acessado em 07 de dezembro de 2005.
- 79 LOCKE, John. *Segundo Tratado sobre o Governo*. São Paulo: Abril Cultural (col. Os Pensadores, 1978).
- 80 LUCIONI, M. C. “La Medicina Cristiana, Árabe y de la Edad Media”. AD. LIZARRAGA, A. A. y LEMUS, J. D. (eds.) *Introducción a la Historia de la Medicina Universal y Argentina*. Buenos Aires: Escuela de Salud Pública - Facultad de Medicina - Universidad del Salvador, s/d.
- 81 M. COX, Paul, *Biomedical Ethics*, <http://www.leaderu.com/isot/docs/bioethic.html>. Acessado em 29 de julho de 2005.
- 82 MARCHI, Maria Mathilde & SZTAJN, Rachel. *Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde*. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/autoheter.htm> Acessado em 11 de julho de 2005.
- 83 MARITAIN, J. *A Filosofia Moral*. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1973.
- 84 MEDEIROS, Marcelo. *Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.
- 85 MELO, Frederico Alcântara de. *John Rawls: Uma Noção de Justiça*, <http://www.fd.unl.pt/web/Anexos/Downloads/226.pdf>. Acessado em 20 de setembro de 2006.
- 86 MILL, John Stuart. *Utilitarismo*. Coimbra: Atlântida Editora, 1976.
- 87 MOORE, George Edward, *Principia Ethica*. São Paulo: Ícone, 1998
- 88 MORAIS, R. de. *Filosofia, Educação e Sociedade - Ensaio Filosófico*, Campinas: Papirus, 1989.
- 89 MOREIRA FILHO, José Roberto. *Relação Médico-Paciente*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2745>. Acessado em 19 de maio de 2006.
- 90 MÜLLER, Mônica. *Comunicação em Saúde: Binômio Assistente e Assistido*. http://www.hub.unb.br/ensino/comunicacaoemsaude_200909.pdf. Acessado em 24 de maio de 2006.
- 91 NODDINGS, N., GORDON, S., BENNER, P., *Caregiving: readings in knowledge, practice, ethics and politics*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1996
- 92 NOVAES, Adauto (organizador). *A Crise da Razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- 93 OLIVEIRA, Nythamar Fernandes de, *Rawls, Procedimentalismo e Contratualismo*. <http://www.geocities.com/nythamar/rawls1.html>. Acessado em 09 de agosto de 2005.
- 94 OLIVIERI D.P. *O "Ser Doente": Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde*. São Paulo: Moraes, 1985.
- 95 O'NEILL, Onora, “Kantian Ethics” in SINGER, Peter (edited by). *A Companion to Ethics*. Oxford: Blackwell Publishing, 1993
- 96 PAMPLONA, Marco A. “A Revolta Era da Vacina?” In SCLIAR, Moacyr. *Saúde Pública: Histórias, Políticas e Revolta*. São Paulo: Scipione, 2002.
- 97 PASCAL, G. *O Pensamento de Kant*. Petrópolis: Editora Vozes, 1990.
- 98 PELLEGRINO, Edmund D. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 99 PELUSO, Luis Alberto (organizador). *Ética e Utilitarismo*. Campinas: Editora Alínea, 1998.
- 100 PEREIRA, João. “Justiça social no domínio da saúde.” *Cad. Saúde Pública*, Out./Dez. 1990, vol.6, no.4, p.400-421.
- 101 PERELMAN, Chaim. *Ética e Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- 102 PESSINI, Leo & BARCHIFONTAINE, Paul de (organizadores). *Fundamentos da Bioética*, 1996, São Paulo, Paulus
- 103 PIAGET, J. *A Equilíbrio das Estruturas Cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- 104 PIAGET, J. *O Julgamento Moral da Criança*. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1977.

- 105 *Psicóloga Britânica Vai Dar à Luz com 63 Anos*. http://www.acores.com/a/psi_britanica.html. 22/05/2006
- 106 QUEIRÓZ, Regina. *Véu de Ignorância*. http://www.ifl.pt/dfmp_files/veu_da_ignorancia.pdf. Acessado em 9 de abril de 2006.
- 107 RIBEIRO, Carlos Dimas Martins e SCHRAMM, Fermin Roland, *A Necessária Frugalidade dos Idosos*, Cad. Saúde Pública vol.20 no.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2004.
- 108 RIOS, André Rangel et al. *Bioética no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1999.
- 109 ROHDEN, V., *Interesse da Razão e Liberdade*. São Paulo: Editora Ática, 1981.
- 110 RYLE, Gilbert, *Dilemas*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- 111 RORTY, Richard, *Objetividade, Relativismo y Verdad*, Barcelona: Ediciones Paidós, 1986
- 112 ROSS, W.D. *The Right and The Good*. Oxford: Oxford University Press, 1930.
- 113 SALGADO, Maria das Graças de Santana. *Subjetividade, Gênero e Poder: a expressão cultural da emoção na integração médico paciente*. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27130205.pdf>. Acessado em 24 de maio de 2006.
- 114 SAVATER, Fernando. *Ética Como Amor Próprio*, SP: Martins Fontes, 2000.
- 115 SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs.). *Bioética*. São Paulo: Editora da USP, 1995.
- 116 SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. *The health's concept*. Rev. Saúde Pública., São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. pp 538-542
- 117 SCHNEEWIND, J. B. *A Invenção da Autonomia*, S. Leopoldo: Unisinos, 2001.
- 118 SCHRAMM, Fermin Roland. 2002. *Bioética para quê?* Revista Camiliana da Saúde, ano 1, vol. 1, n. 2 – jul/dez de 2002 – ISSN 1677-9029
- 119 SCHRAMM, Fermin Roland, e BRAZ, Marlene, *Introdução à Bioética*. <http://www.ghente.org/bioetica/>. Acessado em 10 de dezembro de 2005.
- 120 SCHRAMM, Fermin Roland e SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen*. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf> . Acessado em 02 de julho de 2006.
- 121 SCHRAMM, F.R.. “Paradigma Biotecnocientífico e Paradigma Bioético”. In: ODA, L.M. (org.). *Biosafety of Transgenic Organisms in Human Health Products*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- 122 SCLIAR, Moacyr. *Saúde Pública: Histórias, Políticas e Revolta*. São Paulo: Scipione, 2002.
- 123 SERRANO, Daniel Portillo. “Teoria de Maslow - A Hierarquia das Necessidades.” <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>. Acessado em 3 de maio de 2006.
- 124 SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética*. I – Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002
- 125 SILVA, R. A., *Liberdade Ainda que Restrita*, <http://www.geocities.com/discursus/textos/liberal.html>. Acessado em 05 de outubro de 2005.
- 126 SILVEIRA, Denis C. A Ética Aristotélica das Virtudes e a Educação: complementaridade entre o universalismo e o particularismo. In: TREVISAN; ROSSATO (Org.). *Filosofia e Educação: Confluências*. Santa Maria/RS: FACOS, 2004.
- 127 SILVEIRA, Denis C. “Relação de Pertença Entre Ética e Educação: O Significado Contemporâneo da Ética Aristotélica das Virtudes”. *Revista de Ciências Humanas*, Frederico Westphalen / RS, 2004 (Prelo).
- 128 SINGER, Peter. *Ética Prática*, SP: Martins Fontes, 1994.
- 129 SOTO, Luís G. *Princípioalismo*. http://www.ifl.pt/dfmp_files/principialismo.pdf. Acessado em 3 de maio de 2006.
- 130 TAYLOR, Charles. *As Fontes do Self*, SP: Loyola, 1997.
- 131 *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.
- 132 VELASCO, Sírio Lopez. *Fundamentos Lógico-lingüísticos da Ética Argumentativa*, São Leopoldo: Nova Harmonia, 2003.

- 133 VIDAL, Marciano. *Moral de Atitudes*, vol. I Moral fundamental. Aparecida: Santuário, 1986.
- 134 VIEIRA, Tereza Rodrigues, *Bioética e Direito*, SP: Editora Jurídica Brasileira, 1999.
- 135 WALLACE, Gerry. *Dilemas Morais e Responsabilidade*.
http://www.didacticaeditora.pt/arte_de_pensar/leit_dilemas.html. Acessado em 22 de abril de 2006.
- 136 WHITE, Thomas. *Resolving an Ethical Dilemma*. <http://www.ethicsandbusiness.org/pdf/strategy.pdf>.
Acessado em 20 de abril de 2006.
- 137 WILLIAMS, Bernard. *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973