



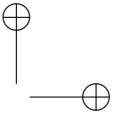
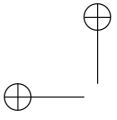
Os Três Níveis do Juízo Médico



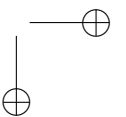
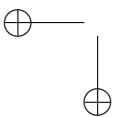
Paul Ricoeur
1996

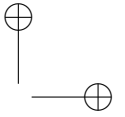
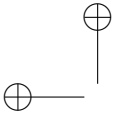
Tradutor: José M^a Silva Rosa

www.lusosofia.net



Textos de Paul Ricoeur disponíveis
On-Line: [Le Fonds Ricoeur](#)





LusoSofia:press

Covilhã, 2010

FICHA TÉCNICA

Título: *Os Três Níveis do Juízo Médico*

Autor: Paul Ricoeur

Tradutor: José Maria Silva Rosa

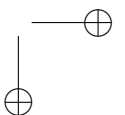
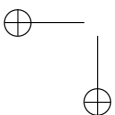
Colecção: Textos Clássicos LUSOSOFIA

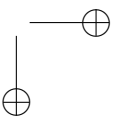
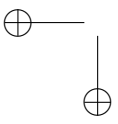
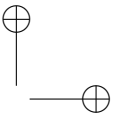
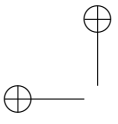
Design da Capa: António Rodrigues Tomé

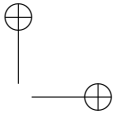
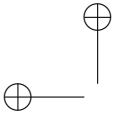
Composição & Paginação: José Maria Silva Rosa

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 2010







Os Três Níveis do Juízo Médico*

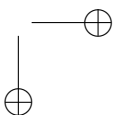
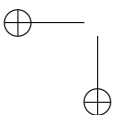
Paul Ricoeur

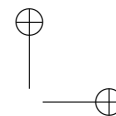
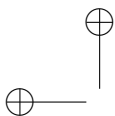
Prosseguindo a sua reflexão sobre “o acto de julgar” que, em primeiro lugar, diz respeito à instituição judiciária, Paul Ricoeur interessa-se neste artigo pelo âmbito médico. A sua análise debruça-se sobre os níveis de juízo que estão em jogo no face-a-face clínico entre o Médico e o paciente.

* * *

Este estudo põe a tónica na orientação terapêutica (clínica) da bio-ética na medida em que é distinta do ramo orientado para a investigação. Na verdade, ambos os ramos comportam uma dimensão prática seja em vista do conhecimento e da ciência seja em ordem ao cuidar e ao curar. Neste sentido, os dois suscitam questões éticas na medida em que ambos dizem respeito a intervenções deliberadas no processo da vida humana e não humana. O que parece próprio

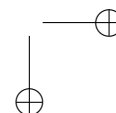
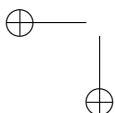
* in *Esprit* n° 227, décembre 1996, pp. 21-33 – [N. da Redacção da Revista] Paul Ricoeur publicou recentemente na *Esprit* “Le pardon peut-il guerir?” (mars-avril 1995) [Cf. tradução portuguesa: [LusoSofia: Biblioteca On-Line de Filosofia](#)]; “Le concept de responsabilité” (novembre 1994); “L’acte de Juger” (juillet 1992), e ainda conta duas obras nas Edições Esprit: *Le Juste*; e *Reflexion faite*(autobiographie intellectuelle).

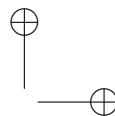
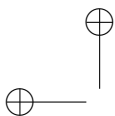




da abordagem terapêutica (clínica) é que ela suscita juízos que dependem de vários níveis diferentes. O primeiro pode ser chamado prudencial (constituindo o termo *prudentia* o equivalente latino do grego *phronesis*): a faculdade de julgar (para utilizar a terminologia kantiana) é aplicada em situações singulares nas quais um paciente individual é colocado numa relação interpessoal com um médico individual. Os juízos emitidos nesta ocasião exemplificam uma sabedoria prática de natureza mais ou menos intuitiva resultante do ensino e do exercício. O segundo nível merece ser chamado deontológico na medida em que os juízos revestem a função de normas que transcendem de diferentes formas a singularidade da relação entre um certo paciente e um certo médico, tal como aparecem nos “códigos deontológicos de Medicina” que vigoram em numerosos países. Num terceiro nível, a bioética tem de se haver com juízos de tipo reflexivo aplicados à tentativa de legitimação de juízos prudenciais e deontológicos do primeiro e segundo níveis.

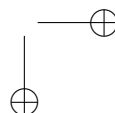
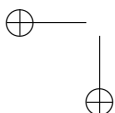
Ponho à discussão as seguintes teses: em primeiro lugar, é da dimensão prudencial da ética médica que a bioética em sentido lato toma de empréstimo a sua significação propriamente ética. Em segundo lugar, ainda que assentes em juízos prudenciais, os juízos formulados ao nível deontológico exercem uma grande variedade de funções críticas que começam pela simples universalização das máximas prudenciais de primeiro nível e tratam, entre outras coisas, dos conflitos internos ou externos à esfera da intervenção clínica, do mesmo modo que dos limites de toda a espécie impostos às normas da deontologia a despeito da sua natureza categórica. Em terceiro lugar, o nível reflexivo faz referência a uma ou a várias tradições éticas, elas mesmas enraizadas numa antropologia filosófica: é a este nível que são postas em causa noções tais como saúde e felicidade e [é nele] que a reflexão ética toca em problemas tão radicais como a vida e a morte.

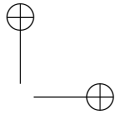
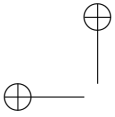




O Pacto de Confiança

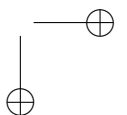
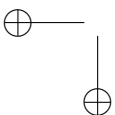
Porque é que é preciso partir do nível prudencial? É este o momento de lembrar as situações em que se aplica a virtude da prudência. O seu domínio é o das decisões tomadas em situações singulares. Enquanto a ciência, afirma Aristóteles, diz respeito ao universal, a *technê* diz respeito ao particular. Isto é eminentemente verdadeiro na situação em que a profissão médica intervé, a saber, o sofrimento humano. O sofrimento é, tal como o prazer, o último reduto da singularidade. Por outro lado, diga-se de passagem, é a razão da distinção, no interior da bioética, entre o ramo orientado para a clínica e o ramo orientado para a investigação biomédica, sem esquecer as interferências de que falaremos à frente. É verdade que o sofrimento não diz respeito apenas à prática médica; ele afecta e desorganiza não apenas a relação de si consigo próprio enquanto [cada um é] portador de uma variedade de poderes e também de uma multiplicidade de relações com os outros, no âmbito da família, do trabalho e de uma grande variedade de instituições; mas a medicina é uma das práticas baseadas numa relação social para a qual o sofrimento é a motivação fundamental e o *telos* [finalidade] é a esperança de obter ajuda e talvez ser curado. Por outras palavras, a prática médica é a única prática que tem como foco a saúde física e mental. No fim deste estudo, retornaremos à variedade de significações ligadas à noção de saúde. No início desta investigação dou por adquiridas as expectativas ordinárias, aliás discutíveis, ligadas à noção de saúde como uma forma de bem-estar e de felicidade. Na base dos juízos prudenciais encontra-se, pois, a estrutura relacional do acto médico: o desejo de ser liberto do fardo do sofrimento e a esperança de ser curado constituem a motivação maior da relação social que faz da Medicina uma prática de um género particular, cuja instituição se perde na noite dos tempos.

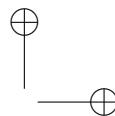
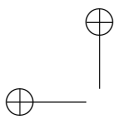




Dito isto, podemos ir directamente ao coração da problemática. Qual é, perguntamos nós, o nó ético de este encontro singular? É o pacto de confidencialidade que os compromete um com o outro, este paciente concreto com este médico concreto. Neste nível prudencial ainda não se fala de contrato nem de segredo médico, mas de *pacto de cuidados assente na confiança*. Ora este pacto conclui um processo original. No princípio, um fosso e mesmo uma dissimetria notável separa os dois protagonistas: de um lado aquele que sabe e sabe fazer, do outro aquele que sofre. Este fosso é preenchido, e as condições iniciais tornadas mais iguais, por uma série de procedimentos com origem nos dois pólos da relação. O paciente – este paciente – “traz à linguagem” o seu sofrimento pronunciando-o como lamento, o qual comporta uma componente descritiva (tal sintoma. . .) e uma componente narrativa (um indivíduo enredado nesta e naquela história. . .). Por seu turno, o lamento concretiza-se como pedido: peço qualquer coisa. . . (a cura e, quem sabe, saúde e, porque não?, em pano de fundo, a imortalidade) e peço a. . . dirigido como um apelo a tal médico. Sobre este pedido enxerta-se a *promessa* de cumprir, uma vez admitido o protocolo do tratamento proposto.

Situado no outro pólo, o médico faz a outra metade do caminho da “igualização das condições”, pelas quais Tocqueville definia o espírito da democracia, passando por estádio sucessivos de admissão da sua clientela, da formulação do diagnóstico e, enfim, do pronunciamento da prescrição. Estas são as fases canónicas do estabelecimento do pacto de cuidados que, ligando duas pessoas, ultrapassa a dissimetria inicial do encontro. A fiabilidade do acordo deverá ainda ser posta à prova de parte a parte atrás do compromisso do médico em “seguir” o seu paciente e o do paciente em se “conduzir” como agente do seu próprio tratamento. O pacto de cuidados torna-se assim uma espécie de *aliança* selada entre duas pessoas contra o inimigo comum, a doença. O acordo deve o seu carácter moral à promessa táctica partilhada pelos dois pro-

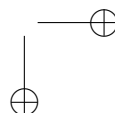
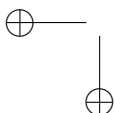


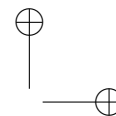
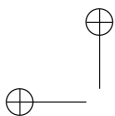


tagonistas de cumprir fielmente os respectivos compromissos. Esta promessa tácita é constitutiva do estatuto prudencial do juízo moral implícito no “acto de linguagem” da promessa.

Nunca insistiríamos demais, desde logo, sobre a fragilidade deste pacto. O contrário da confiança é a desconfiança ou a suspeita. Ora este contrário acompanha todas as fases da instauração do contrato. A confiança é ameaçada, do lado do paciente, por uma mistura impura entre a desconfiança a propósito do presumido abuso de poder por parte de todo o membro do corpo médico e pela suspeita de que o médico, por hipótese, não corresponderá à expectativa insensata posta na sua intervenção: ou o paciente pede demais (acabámos de fazer alusão ao desejo de imortalidade), mas desconfia do excesso de poder daquele mesmo no qual coloca uma confiança excessiva. Quanto ao médico, os limites impostos ao seu compromisso, fora de toda a negligência ou indiferença presumida, aparecerão mais à frente quando falarmos da intrusão quer das ciências biomédicas que tendem para a objectivação e reificação do corpo humano, quer da intrusão da problemática da saúde pública, que se prende com o aspecto não mais individual, mas colectivo, do fenómeno geral da saúde. Esta fragilidade do pacto de confiança é uma das razões da transição do plano prudencial para o plano deontológico do juízo moral.

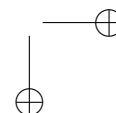
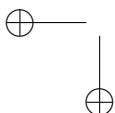
Todavia, gostaria de dizer que a despeito do seu carácter íntimo, o pacto de cuidados não é está desprovido de recursos de generalização que justificam o próprio termo de prudência ou de sabedoria prática ligado a este nível do juízo moral. Chamámos a este juízo intuitivo porque ele procede do ensino e da prática. Mas chamar prudencial o nível de compromisso moral ligado ao pacto de cuidados não é, contudo, entregá-lo aos acasos da benevolência. Assim como toda a arte, praticada caso a caso, tal juízo gera, precisamente a favor do ensino e do exercício, o que se pode chamar preceitos í para não falarmos ainda de normas í que colocam o juízo prudencial na via do juízo deontológico.

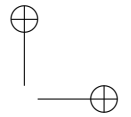
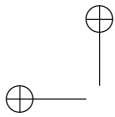




Tenho por primeiro preceito da sabedoria prática exercida do ponto de vista médico o reconhecimento do carácter singular da situação de cuidados, em primeiro lugar, da situação do próprio paciente. Esta singularidade implica o carácter insubstituível de uma pessoa em relação a outra, o que exclui, entre outras coisas, a reprodução por clonagem de um mesmo indivíduo; a diversidade das pessoas humanas faz com que não seja a espécie aquilo de que se cuida, mas sempre em cada vez um exemplar único do género humano. O segundo preceito sublinha a indivisibilidade da pessoa; não são múltiplos órgãos que são tratados, mas um doente integral, se assim se pode dizer; tal preceito opõe-se à fragmentação que tanto a diversidade das doenças e a sua localização no corpo como à especialização correspondente dos saberes e das competências; opõe-se do mesmo modo a um outro género de clivagem entre o biológico, o psicológico e o social. O terceiro preceito acrescenta às ideias de insubstituibilidade e de indivisibilidade, uma outra, já mais reflexiva: a da estima de si. Este preceito diz mais do que o respeito devido ao outro; ele procura equilibrar o carácter unilateral do respeito, ao ir do mesmo ao outro mediante o reconhecimento do seu valor próprio por parte do próprio sujeito. É para si mesmo que vai a estima; ora a situação de cuidados, em particular nas condições de hospitalização, encoraja demasiado a regressão por parte do doente a comportamentos de dependência e, do lado do pessoal cuidador, a comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente.

É precisamente na ocasião desta recaída na dependência que se fortifica a perniciosa mistura de exigência excessiva e desconfiança latente que corrompe o pacto de cuidados. Assim, é sublinhada de outra maneira a fragilidade, que tratámos acima, do pacto de cuidados. Este implica idealmente uma co-responsabilidade dos dois parceiros do pacto. Ora a regressão a uma situação de dependência, a partir do momento em que se entra na fase dos tratamentos pesados e em situações que se podem dizer letais, tende



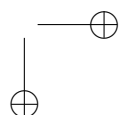
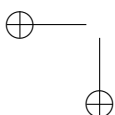


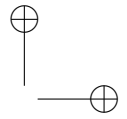
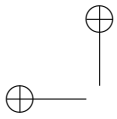
insidiosamente a restabelecer a situação de desigualdade da qual a constituição do pacto de cuidados era suposto afastar-se. É essencialmente o sentimento de estima pessoal que fica ameaçado pela situação de dependência que prevalece no hospital. A dignidade do paciente não é apenas ameaçada ao nível da linguagem, mas por todas as concessões à familiaridade, à trivialidade, à vulgaridade nas relações quotidianas entre os membros do pessoal médico e as pessoas hospitalizadas. A única maneira de lutar contra estes comportamentos ofensivos é retornar à exigência de base do pacto de cuidados, a saber, a associação do paciente à conduta do seu tratamento, em outros termos, ao pacto que faz da medicina e do paciente aliados na sua luta comum contra a doença e o sofrimento. Insisto ainda uma vez mais no conceito de estima de si, que situo ao nível prudencial, reservando para o do respeito para o nível deontológico. Na estima de si a pessoa humana aprecia ela própria existir e exprime a necessidade de se saber apreciada no seu existir pelos outros. A estima de si dá assim um toque de amor-próprio, de orgulho pessoal à relação de si a si mesmo: é o fundo ético daquilo que chamamos correntemente dignidade.

O Contrato Médico

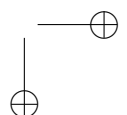
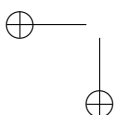
Por que razão é precisa agora elevar-nos do nível prudencial ao nível deontológico do juízo, e isto no quadro de uma bioética orientada para a clínica e a terapêutica? Por diversas razões ligadas às múltiplas funções do juízo deontológico.

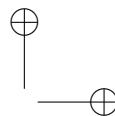
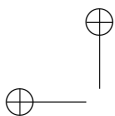
A primeira função é universalizar os preceitos que dependem do pacto de cuidados que liga o paciente e o médico. Se pude falar de preceitos de prudência num vocabulário próximo das notações gregas aplicadas às virtudes próximas dos ofícios, das técnicas, das





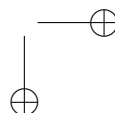
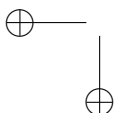
práticas, é num vocabulários mais marcado pela moral kantiana que falarei das normas consideradas na sua função de universalização por relação com os preceitos que Kant colocava sob a categoria de máximas da acção, à espera da prova de universalização susceptível de as elevar à categoria de imperativos. Se o pacto de confiança e a promessa de manter este pacto constituem o nó ético da relação que liga este médico a este paciente, é a elevação do pacto de confiança à categoria de norma que constitui o movimento deontológico do juízo. É essencialmente o carácter universal da norma que é afirmado: liga todo o médico a todo o paciente, portanto quem quer que entre na relação de cuidados. Mais fundamentalmente ainda, não é por acaso que a norma reveste a forma de uma interdição, a de quebrar o *segredo médico*. Ao nível prudencial, aquilo que ainda era apenas um preceito de confidencialidade, mantinha os traços de uma afinidade ligado de forma electiva duas pessoas; neste sentido, o preceito podia ainda ser atribuído à virtude da amizade. Sob a figura do interdito, a norma exclui *terceiros*, colocando o compromisso singular sob a regra da *justiça* e já não sob os preceitos da amizade. O pacto de cuidados, que foi tratado do ponto de vista prudencial, pode agora ser expresso no vocabulário das relações contratuais. Existem, certamente, excepções a considerar (evocá-las-emos mais adiante), mas elas mesmas devem seguir uma regra: não há excepção sem uma regra para a excepção à regra. Assim o segredo profissional pode ser “oposto” a todo o colega que não toma parte no tratamento, às autoridades judiciárias que esperariam ou seriam tentadas a requerer um testemunho por parte dos membros do pessoal médico, aos empregadores curiosos de informações médicas a respeito de eventuais assalariados, aos inquiridores de institutos de sondagens interessados em informações nominativas, aos funcionários da segurança social, não habilitados pela lei a aceder aos *dossiers* médicos. O carácter deontológico do juízo que rege a prática médica é confirmado pela obrigação, que liga os membros do corpo médico em geral, de prestar socorro não

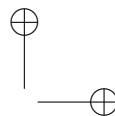
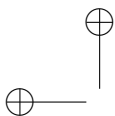




apenas aos seus pacientes mas a toda a pessoa doente ou ferida que se encontre em situação de perigo. A este nível de generalidade os deveres próprios da profissão médica tendem a confundir-se com o imperativo categórico de prestar socorro à pessoa em perigo.

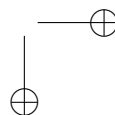
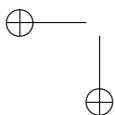
A segunda função do juízo deontológico é uma função de *conexão*. Na medida em que a norma que rege o segredo médico faz parte de um código profissional a exemplo do *Código deontológico da profissão médica*, importa que o mesmo seja ligado a todas as outras normas que governam o corpo médico no interior de um dado corpo político. Um tal código deontológico opera como um subsistema no interior do domínio mais vasto da ética médica. Por exemplo, o código francês de deontologia médica, sob o seu título I, põe os deveres gerais de todo o médico em relação a regras propriamente profissionais que conferem um estatuto social a estas regras. Deste modo, um artigo do código francês determina que a medicina não é um comércio. Porquê? Porque o paciente, enquanto pessoa, não é uma mercadoria, seja o que for que tenha de ser dito mais adiante acerca do custo financeiro dos cuidados, o qual excede a relação de contrato e põe em jogo a dimensão social da medicina. Sob a mesma rubrica de universalidade num quadro profissional são colocados os artigos que determinam a liberdade de prescrição por parte do médico e a livre escolha do médico por parte do paciente. Estes artigos não caracterizam apenas uma certa espécie de medicina, a medicina liberal, mas reafirmam a distinção de base entre o contrato médico e qualquer outro contrato que rege a troca entre bens vendáveis. Mas a função de conexão do juízo deontológico não se fica pelas regras que constituem o corpo médico enquanto corpo social e profissional. No interior deste subsistema bem delimitado, os direitos e os deveres de todo o membro do corpo médico estão coordenados com os dos pacientes. Deste modo, às normas que definem o segredo médico correspondem as normas que regem os direitos dos pacientes a serem informados sobre o seu estado de saúde. A questão da *verdade partilhada* vem





assim equilibrar a do *segredo médico* que apenas obriga este. Segredo de um lado, verdade do outro. Enunciado em termos deontológicos, a proibição de quebrar o segredo profissional não pode ser “oposta” ao paciente. Desta maneira, reaproximam-se as duas normas que constituem a unidade do contrato que está no centro da deontologia, da mesma forma que a confiança recíproca constituía o pressuposto prudencial maior do pacto de cuidados. Aqui também tiveram de ser incorporadas restrições ao código, considerando a capacidade do doente para compreender, para aceitar, para interiorizar e, se se pode dizer, para partilhar a informação com o médico que o trata. A descoberta da verdade, sobretudo se ela significa pena de morte, equivale a uma prova iniciática, com os seus episódios traumáticos que afectam a compreensão de si e o conjunto das relações com o outro. É o horizonte da vida inteira que perde o equilíbrio e cai. Esta ligação fixada pelo código entre o segredo profissional e o direito à verdade permite atribuir aos códigos de deontologia uma função bem precisa na arquitectura do juízo deontológico, a saber, o papel de comutador entre os dois níveis, deontológico e prudencial, do juízo médico e da sua ética. É dando ao lugar que cada norma ocupa no interior do código deontológico uma parte da significação deste, que o código profissional exerce a sua função de conexão no interior do campo deontológico.

Uma terceira função do juízo deontológico é a de *arbitrar* uma multiplicidade de conflitos que surgem nas fronteiras de uma prática médica de orientação “humanista”. Para dizer a verdade, a arbitragem entre conflitos constituiu sempre a *parte crítica* de toda a deontologia. Ultrapassamos aqui a letra dos códigos, os quais, tal como se dão a ler, tendem, se não a dissimular os conflitos de que vamos falar, pelo menos tão-só a formular certos compromissos, decorrentes dos debates havidos nos diferentes níveis do corpo médico, da opinião pública e do poder político. O que está escrito no código e o que aí lemos é muitas vezes mais a solução que o problema.



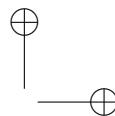
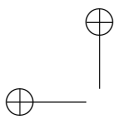
Ora os conflitos surgem nas duas frentes em que a orientação, da prática médica que acabámos de chamar “humanista”, se encontra hoje cada vez mais ameaçada.

A primeira frente é aquela onde a ética médica orientada para a clínica é a única que aqui é tomada em consideração é encontra a ética médica orientada para a investigação. Estes dois ramos tomados em conjunto constituem, de facto, o que se chama hoje bioética, a qual comporta além disso uma dimensão legal fortemente acentuada no meio anglo-saxão, o que dá lugar à formação do conceito relativamente recente de ‘bio-lei’ (*biolaw*). Deixarei totalmente de lado as controvérsias internas próprias da ética da investigação e as relativas à sua relação com a instância legal superior. Todavia, não obstante a sua diferente orientação é melhorar os cuidados e/ou fazer avançar a ciência é a clínica e a investigação têm uma fronteira comum ao longo da qual, inelutavelmente, os conflitos surgem. Os progressos da medicina, com efeito, dependem largamente dos das ciências biológicas e médicas. A razão última disso é que o corpo humano é ao mesmo tempo carne de um ser pessoal e objecto de investigação observável na natureza. É principalmente por ocasião das modalidades de exploração do corpo humano, onde intervém a experimentação, que podem surgir conflitos, na medida em que a participação voluntária e consciente dos pacientes está em jogo. A este propósito, o desenvolvimento da medicina predictiva fez aumentar a pressão das técnicas objectivantes sobre a medicina praticada como uma arte. É aqui que intervém a regra do “consentimento informado” (*consentement éclairé; informed consent*). Esta regra implica que o paciente seja não apenas informado, mas associado a título de parceiro voluntário da experimentação, ainda que unicamente consagrada à investigação. Todos conhecem os inumeráveis obstáculos opostos ao respeito integral desta norma; as soluções de compromisso oscilam entre uma tentativa honesta para pôr limites ao poder médico (conceito que, evidentemente, está ausente nos códigos) e as pre-

cauções mais ou menos confessáveis tomadas pelo corpo médico para se precaverem contra as acções judiciais intentadas pelos seus pacientes, tornados adversários em caso de presunção de abuso dissimulado, ou, mais frequentemente, face a fracassos considerados faltas profissionais (*malpractice*) por parte de pacientes furiosos, prontos a confundir o dever de prestar cuidados, isto é, de fornecer meios, com um dever de cura, isto é, de resultados. Sabemos bem os prejuízos que, nos Estados Unidos, o ardor processualista das partes em conflito gera, danos cujo efeito é a substituição do pacto de confidencialidade, coração vivo da ética prudencial, por um pacto de desconfiança (*mistrust vs. trust*).

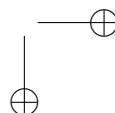
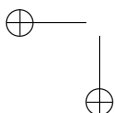
Mas nem tudo é enviesado, ou até mesmo perverso, nos compromissos que as inultrapassáveis situações de conflito levantam. Que dizer, por exemplo, do caso limite suscitado pela medicina preditiva, do *duplo vínculo* (*double bind, double aveugle*), no qual não apenas o paciente fica excluído da informação, mas também o próprio investigador experimentador? E *quid* então do consentimento informado? Neste ponto a função arbitral da deontologia assume os traços não apenas da jurisprudência, mas da casuística.

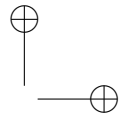
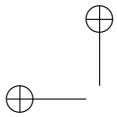
A segunda frente segue a incerta linha de partilha entre o cuidado do bem-estar pessoal do paciente e a presumida pedra angular da medicina liberal e o ter em linha de conta a saúde pública. Ora um conflito latente tende a opor o cuidado pela pessoa e pela sua dignidade com o cuidado pela saúde como fenómeno social. Eis aqui o tipo de conflito que um código, como, por exemplo, o *Código francês de Deontologia Médica*, tende, se não a dissimular, pelo menos a minimizar. Deste modo, o seu artigo 2º determina que “o médico, ao serviço do indivíduo e da saúde pública, exerce a sua missão no respeito pela vida humana, pela pessoa e pela sua dignidade”. Este artigo é o exemplo do compromisso. Certamente, a tónica está posta sobre a pessoa e a sua dignidade; mas a vida humana pode ser entendida no sentido da maior extensão das populações, e até mesmo do género humano no seu conjunto. Esta con-



sideração pela saúde pública afecta todas as regras referidas acima, e em primeiro lugar a do segredo médico. É um problema saber, por exemplo, se um médico tem o dever de exigir do seu paciente que informe o seu parceiro sexual acerca do seu estado seropositivo, ou até mesmo saber se não deve ser feita uma despistagem sistemática, a qual não pode deixar de afectar a prática do segredo médico. É aqui, com toda a certeza, que a lei deve intervir e que a bioética se deve tornar ética legal. Depende das instâncias legislativas de uma sociedade (o Parlamento em certos países, as altas instituições judiciárias noutros países) prescrever os deveres de cada um e de definir as excepções à regra. Mas o dever de verdade devido ao paciente não é menos maltratado a partir do momento em que várias terceiras pessoas estão implicadas no tratamento. No caso da medicina hospitalar, o face-a-face com o doente tende a transformar-se na própria instituição hospitalar, com o preço de uma incontrolável fuga de responsabilidade. Esta assunção administrativa da saúde pública não afecta menos o terceiro pilar da ética normativa, a par do segredo médico e do direito à verdade, a saber, o consentimento informado. Já fizemos alusão acima à dificuldade crescente de dar um conteúdo concreto a esta última noção, em particular na prática da medicina preditiva, em que são equipas ou instituições de biologia médica situadas no outro lado do planeta quem assume a responsabilidade pelos protocolos de investigação ou por experimentar novos tratamentos.

Em última análise, este conflito na frente da saúde pública nada tem de espantoso. Poderíamos reescrever o contrato médico nos termos de uma série de paradoxos. O primeiro paradoxo: a pessoa humana não é uma coisa e, todavia, o seu corpo é uma parte da natureza física observável. Segundo paradoxo: a pessoa não é uma mercadoria, nem a medicina um comércio; mas a medicina tem um preço e tem custos para a sociedade. Último paradoxo, que recobre os dois precedentes: o sofrimento é privado, mas a saúde é pública. Não é preciso, pois, espantar-se se o conflito na frente da saúde

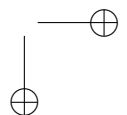
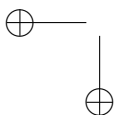


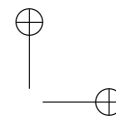
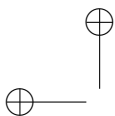


pública não cessa de se agravar considerando o custo cada vez mais elevado da investigação em biologia médica, o das explorações do corpo humano e de intervenções cirúrgicas altamente sofisticadas, tudo isto agravado pelo prolongamento da vida humana, para nem sequer falar das insensatas esperanças de uma opinião pública que pede demais a um corpo médico do qual, por outro lado, teme o abuso de poder. Numa palavra, o fosso apenas pode aprofundar-se entre a reivindicação de uma liberdade individual ilimitada e a preservação da igualdade na prestação pública de cuidados sob o signo da regra da solidariedade.

O Não-dito dos Códigos

Chego agora àquilo que na introdução chamei a função *reflexiva* do juízo deontológico. Desta função depende um novo ciclo de considerações que dizem menos respeito às normas susceptíveis de serem inscritas num código deontológico médico, do que à *legitimação* da própria deontologia enquanto codificação de normas. Neste sentido, poder-se-ia denunciar o não-dito de toda a tentativa de codificação. Partamos do que acabou de ser dito a respeito do conflito potencial implicado pela dualidade de interesses que é suposto a arte médica servir, o interesse da pessoa e do da sociedade. Está aqui subjacente um conflito entre vários filósofos, o qual traz à cena o que se poderia chamar *a história completa da solicitude*. Deste modo, o juízo prudencial retém o melhor da reflexão grega acerca das virtudes ligadas a práticas determinadas; dizer o que é um médico é definir as excelências, as “virtudes” que fazem um *bom* médico. O juramento de Hipócrates continua a obrigar o médico de hoje. E é a *phronesis* dos Trágicos gregos e a ética de Aristóteles que se perpetua na concepção latina e medieval

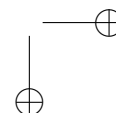
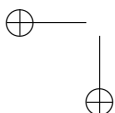




da prudência. É depois ao cristianismo e a Agostinho que devemos o sentido da pessoa insubstituível. Mas eis que o espírito das Luzes retoma o mesmo tema no discurso da autonomia. E como não reconhecer um lugar à história da casuística, saída da tradição talmúdica, antes de ela ter solicitado a subtileza dos Jesuítas? Pensai apenas nos nossos sofisticados debates sobre o embrião, “pessoa potencial”, e sobre as situações-limite nas quais o tratamento de doentes em fase terminal oscila entre o encarniçamento terapêutico, a eutanásia passiva ou activa e o suicídio assistido!

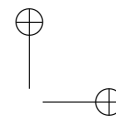
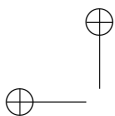
O condensado histórico das ideias morais resumido nas fórmulas lapidares e por vezes ambíguas dos nossos códigos não fica por aí. A pressão exercida pelas ciências biomédicas e as neurociências procede de uma abordagem racionalista, e até mesmo materialista, cujo *pedigree* remonta a Bacon, Hobbes, Diderot e Aembert. E como ignorar a influência particularmente perceptível no meio anglo-saxónico, das variadas formas de utilitarismo exemplificadas por máximas tais como a maximização dos QUALYS (*Quality / Adjusted / Life / Years*)? Chegamos ao ponto em que a ética médica se funda na bioética com a sua dimensão legal. De facto, os compromissos que visam apaziguar os conflitos evocados acima acerca das duas fronteiras das ciências biomédicas e da socialização da saúde em nome da solidariedade exprimem eles próprios compromissos em acto, não já entre *normas*, mas entre *fontes* morais no sentido de Charles Taylor em *Sources of the Self*. Ora não poderíamos reprovar os códigos de deontologia por nada dizerem sobre estas fontes morais. Certamente, estas não estão mudas; mas já não é no campo da deontologia que elas se exprimem. O não-dito aqui assinalado é, em vez disso, suprimido.

O que está em jogo, em última instância, é a própria noção de saúde, seja ela privada ou pública. Ora esta não é separável do que pensamos í ou tentamos não pensar í a propósito das relações entre a vida e a morte, o nascimento e o sofrimento, a sexualidade e a identidade, o si-mesmo e o outro. É aqui ultrapassado um lim-



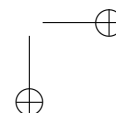
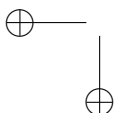
iar no qual a deontologia se enxerta numa antropologia filosófica, a qual não pode escapar ao pluralismo das convicções nas sociedades democráticas. Se, contudo, os nossos códigos, sem declararem as suas fontes, podem dar crédito ao espírito de compromisso é porque as próprias sociedades democráticas não sobrevivem, no plano moral, senão na base do que John Rawls chama “consenso por comparação” [ou “consenso por cotejo”] e que Rawls completa através do conceito de “desacordos razoáveis”.

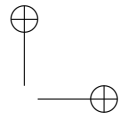
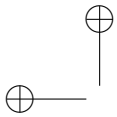
Gostaria de concluir este estudo com duas notas. A primeira diz respeito à arquitectura em três níveis da ética médica e o percurso que aqui proponho de passagem de um nível ao outro. Acontece que, sem o ter deliberadamente procurado, redescubro a estrutura fundamental do juízo moral tal como a expus na “pequena ética” de *Soi-même comme un autre*. Este reencontro não é fortuito na medida em que a ética médica se inscreve na ética geral do viver bem e do viver em conjunto. Mas é numa ordem inversa que aqui percorro os três níveis teleológico, deontológico e sapiencial da ética. Esta inversão da ordem não é fortuita. O que especifica a ética médica no campo de uma ética geral é a circunstância inicial que suscita a estruturação própria da ética médica, a saber, o sofrimento humano. É o facto do sofrimento humano e o desejo de dele ser liberto que motiva o acto médico de base, a saber, a terapêutica e a sua ética de base, o pacto de cuidados e a confidencialidade que este implica. E é assim que, partindo do terceiro nível da ética de *Soi-même comme un autre*, que defini como sabedoria prática, volto a subir do nível sapiencial para o nível normativo ou deontológico aqui caracterizado pelas três regras do segredo médico, do direito do paciente ao conhecimento da verdade e do consentimento informado. E são as dificuldades próprias deste nível deontológico da ética médica que suscitam o movimento reflexivo que reconduz a ética ao seu nível teleológico. O que então recupero é a estrutura de base de toda a ética, tal como a defini em *Soi-même comme un autre*, na seguinte formulação canónica: o desejo de viver bem, com e para os out-



ros, em instituições justas. As perplexidades que acima evoquei a propósito da significação associada à ideia de saúde inscrevem-se precisamente no quadro de uma reflexão sobre o desejo de viver bem. A saúde é a modalidade própria do viver bem nos limites que o sofrimento fixa à reflexão moral. E mais ainda, o pacto de cuidados reenvia, através da fase deontológica do juízo, para a estrutura triádica da ética ao nível teleológico. Se o desejo de saúde é a figura que o desejo de viver bem reveste sob a pressão do sofrimento, o pacto de cuidados, e a confidencialidade que requer, implica uma relação com o outro sobre a figura do médico assistente, mas no interior de uma instituição de base, a profissão médica. É assim que o presente estudo propõe um percurso inverso de três níveis sobrepostos da ética fundamental.

A segunda observação diz respeito à fragilidade específica da ética médica. Tal fragilidade exprime-se em termos diferentes, mas convergentes, nos três níveis da ética médica. No plano prudencial, esta fragilidade é expressa pela dialéctica da confiança e da desconfiança que fragiliza o pacto de cuidados e o seu preceito de confidencialidade. Uma fragilidade comparável, na charneira do juízo prudencial e do juízo deontológico, afecta os três preceitos que concluem a primeira fase da nossa investigação. Quer se trate da insubstituibilidade das pessoas, da sua indivisibilidade (ou, como proponho que se diga, da sua integralidade), ou, enfim, da estima de si, cada um destes requisitos designa uma vulnerabilidade cumulativa do juízo médico ao nível prudencial. É a uma fragilidade de outra espécie que a ética médica está exposta no plano deontológico. Encontrámo-la expressa acima na dupla ameaça que pesa sobre a prática “humanista” do contrato médico, quer se trate da inevitável objectivação do corpo humano resultante da interferência entre o projecto terapêutico e o projecto epistémico associado à investigação biomédica, quer se trate de tensões entre a solicitude para com o doente enquanto pessoa e a protecção da saúde pública. A função de arbitragem que reconhecemos ao juízo





médico na sua fase deontológica encontra-se, deste modo, fundamentalmente motivada pelas fragilidades próprias deste nível normativo do juízo. Mas, evidentemente, é no plano reflexivo do juízo moral que se revelam as modalidades mais intratáveis da fragilidade própria da ética médica. Que relação estabelecemos nós entre o desejo de saúde e o desejo de viver bem? Como é que integramos o sofrimento e a aceitação da mortalidade com a ideia que fazemos de felicidade? Como é que uma sociedade integra na sua concepção de bem comum os estratos heterogéneos depositados na cultura actual pela história sedimentada da solicitude? A última fragilidade da ética médica resulta da estrutura consensual / conflitual das “fontes” da moralidade comum. Os compromissos que colocámos sob o signo das duas noções de “consenso por comparação” e de “desacordos razoáveis” constituem as únicas réplicas de que dispõem as sociedades democráticas confrontadas com a heterogeneidade das fontes da moral comum.

