

FUNDAMENTAR A BIOÉTICA NA ERA PÓS MODERNA: UM EXCURSO SOBRE O PRINCÍPIO DE BENEFICÊNCIA.

Paula Oliveira e Silva - Universidade do Porto.

Resumo: O artigo pretende estudar a questão de como fundamentar, na era pós-moderna, a Bioética. Aborda o princípio de beneficência.

Palavras-chave: Bioética, Pós-modernidade, Princípio de beneficência.

Abstract: The present article aims to study how it is possible to sustain Bioethics in post modernity era. It mentions the principle of beneficence.

Keywords: Bioethics, Post modernity, Principle of beneficence.

No contacto com os temas e problemas inerentes à área de estudo designada por *bioética*, a razão humana não pode deixar de mergulhar em perplexidade. Por um lado, a urgente necessidade de fundamentação da bioética vai a par da *magna silva rerum* que recai sob esse termo, cuja ambiguidade porventura hoje se insinua sob a designação de *bioética global*. Por outro, a derrocada de todo o princípio de validação, teórico ou prático, que caracteriza o posmodernismo compromete decisivamente todo o ensaio de fundamentação. Se, na panóplia quase inesgotável de temas e problemas que a bioética teima em assumir sob sua responsabilidade, a razão se fixar numa análise, ainda que sumária, do designado *princípio de beneficência*, facilmente tomarão rosto as causas da razão perplexa. Uma abordagem ainda que necessariamente incompleta do horizonte teórico e da operatividade do princípio de beneficência no contexto de alguns dos actuais paradigmas de fundamentação da bioética tem aqui essa função: servir de instrumento para identificar algumas das dificuldades inerentes a todo o ensaio hodierno de fundamentação. Perante a frustração inerente à tarefa de fundamentar, a razão deverá, porventura, eleger entre três alternativas: ou, porque ínvia, abandonar a empresa, ou edificar modelos alternativos ou concluir, enfim, que a tarefa da fundamentação é uma *vexata quaestio*.

1. BEAUCHAMP & CHILDRESS: A BENEFICÊNCIA COMO PRINCÍPIO ÉTICO.

O conceito de beneficência salta para a arena da reflexão ética contemporânea precisamente através do *principialismo*, paradigma de fundamentação em bioética cuja constituição remonta aos finais da década de setenta. O confronto da sociedade norteamericana com o conhecimento dos

então recentes abusos na utilização de sujeitos humanos para investigação em biomedicina alertou os Estados Unidos para a necessidade de regulamentar este domínio da actividade científica¹. Na sequência destes acontecimentos é publicado o documento que ficou conhecido como Relatório Belmont, no qual se enunciam os três princípios considerados básicos no modelo ético que deverá reger a investigação em biomedicina². Dado que o Relatório se circunscreve ao âmbito da relação entre direitos e deveres no contexto da investigação biomédica, o seu horizonte de compreensão remete-se definitivamente para o foro deontológico.

O modelo desenhado por Beauchamp & Childress para a fundamentação da bioética, hoje consagrado sob a designação de *princípioalismo*, está em estreita conexão com a elaboração do Relatório Belmont³. De facto, no que se refere ao princípio da beneficência, as afirmações dos autores reiteram quase literalmente aquelas do Relatório⁴. Os autores glosam esse princípio desenvolvendo alguns aspectos daquele princípio, sem o definir directa e formalmente. De facto, tal como no referido documento, a compreensão do princípio de beneficência é dada *por comparação* com outros princípios (não-maleficência e autonomia), ou corrupções de princípios (paternalismo), ou ainda introduzindo subcategorias no interior do princípio (a diferença entre beneficência obrigatória e ideal; específica e geral). Na ausência de uma definição de beneficência, destacam-se duas características. Uma

¹ Um relato sobre os abusos praticados no âmbito do caso conhecido como *Tuskegee Study* e o impacto da sua revelação à opinião pública norteamericana pode ler-se em JONSEN, A. *A Short History of Medical Ethics*, pp. 108-109.

² *Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, April 18, 1979* (<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>; acessado em 21/02/2009). Não é dada uma nenhuma definição formal dos princípios enunciados - respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. Quanto ao princípio de beneficência indica-se apenas que o mesmo deve seguir-se para que as pessoas sejam tratadas *de modo ético*, protegendo-as de dano e assegurando o seu bem-estar.

³ Cf. BEAUCHAMP, T. – CHILDRESS, J. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford Univ. Press, 2009⁶, p. 25 [referiremos a obra pelas iniciais PBE]. Não obstante este modelo de fundamentação em bioética ter sido o primeiro que se consagrou como tal, os Autores não são os únicos representantes de uma aproximação principialista à ética, nem os únicos que apresentam uma proposta centrada na defesa e aplicação de princípios gerais à vida moral no campo da biomedicina. Nos anos 90 gerou-se um debate intenso em torno do modelo bioético designado por *princípioalismo*, tendo os seus críticos apresentado propostas alternativas ou, ao menos, complementares daquele. Um estado da questão pode ler-se DUBOSE, E. R., HAMEL, R. E O'CONNEL, L.J. (eds.), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Valley Forge (PA), *Trinity Press International*, 1994.

⁴ “*Morality requires not only that we treat persons autonomously and refrain from harming them, but also we contribute to their welfare*” (PBE, p. 197).

primeira, o facto de não se ultrapassar o domínio deontológico, ao qual se circunscrevia também o Relatório Belmont. A beneficência inscreve-se no contexto pragmático da relação entre direitos e deveres que emerge das práticas de biomedicina. Ela é, por isso, uma obrigação estrita, específica e direccionada⁵. Entendida como decorrente de um princípio, tal obrigação tem dois domínios de aplicabilidade: o da medicina clínica e o das políticas de saúde. Neste âmbito, a ponderação de Beauchamp & Childress baseia-se em técnicas de avaliação de custos e benefícios na programação de projectos de investigação e de políticas sanitárias, incidindo de modo particular num modelo de análise formal de raiz utilitarista. O princípio de beneficência fica subsumido numa deliberação cujos factores predominantes são essencialmente de foro económico, equacionados à luz da relação “mínimo custo, máximo benefício” para o indivíduo e para a sociedade, sendo a qualidade e a quantidade de vida ponderadas como factores de idêntico valor⁶. Uma segunda característica desta proposta é o facto de o princípio de beneficência ser essencialmente compreendido *por oposição* ao de autonomia, sendo interpretado no contexto do paternalismo, sua aplicação extrema.

De facto, o que resulta de uma leitura crítica do lugar que o princípio de beneficência ocupa no principialismo de Beauchamps & Childress é o facto de este não ser considerado um princípio fundamental em ética biomédica. Na verdade, o próprio princípio não chega sequer a ser definido, sendo traduzido de modo imediato em normas ou regras de beneficência, revelando que este modelo, mais do que numa ética, está filiado numa deontologia⁷. Este modelo de fundamentação baseia-se no princípio de autonomia e situa-se num domínio de análise onde uma reflexão sobre o bem da pessoa e o bem comum não têm efectivamente lugar. Nesta medida, contrapõe-se irremediavelmente a outras propostas de fundamentação da bioética que integrem tais noções no seu horizonte hermenêutico.

Não obstante ser necessário reconhecer a função do principialismo no desenvolvimento de uma linguagem partilhada entre os bioeticistas que

⁵ “A distinction between specific and general beneficence can eliminate some of the confusion that surrounds the distinction between obligatory beneficence and nonobligatory moral ideas. Specific beneficence is directed at specific parties, such as children, friends, and patients, whereas general beneficence is direct beyond these special relationships to all persons” (*PBE*, p. 199)

⁶ A análise baseia-se num modelo economicista, sendo o princípio da beneficência reduzido o a uma espécie de lei de cálculo. Os factores ponderados são os custos-eficácia e os custos-benefício, sendo à luz desta relação que se estabelece-se o valor da vida se pondera a qualidade dela (cf. *PBE*, pp.221-233).

⁷ Cf. *PBE*, p. 199, onde se enunciam as cinco regras ou normas de beneficência que traduzem o princípio.

tornasse possível o consenso público, verifica-se que uma reflexão sobre as normas internas e específicas da actividade médica em si mesma está ausente de um tal modelo. Ele contém porventura um método de indagação acerca de elementos que tornam possível uma decisão, mas evita todo o contexto último de sentido que contenha uma visão da vida boa, do significado do sofrimento ou dos fundamentos da dignidade humana que possa não ser partilhada por todos os cidadãos. Daí o primado que ocupa neste paradigma o princípio de autonomia, entendendo-se que ele está na base do consenso social: se não podemos estar de acordo em nada mais, ao menos estamos no respeito da autonomia uns de outros⁸. Um tal paradigma, suportado na ideia *apriorística* da existência de uma moral comum, está centrado na expressão pública da actividade biomédica e tem por objectivo o consenso político. O que causa alguma estranheza é que ele tenha sido assumido como paradigma de *fundamentação* e tenha obtido desde o início lugar de destaque neste domínio da bioética. Ora, este facto oferece-se também como objecto de reflexão.

Se atendermos ao nascimento da bioética – identificando-o com a geração do neologismo – verifica-se que ele é bicéfalo⁹. Ao mesmo tempo que vem a público o Relatório Belmont e, quase em simultâneo, a obra de Beauchamp & Childress, vários outros nomes estão em cena, apelando para o risco da intrusão da tecnociência nas formas de vida e, em particular, na vida humana. Atendamos, pelo particular interesse das suas visões do mundo, às teses de V. R. Potter e de H. Jonas. Ambos alertam para os efeitos nefastos da intervenção da tecnologia na vida humana, ameaçando a sobrevivência dos homens e, no caso de Potter de modo ainda mais evidente, da vida em geral. O ponto de partida comum para a reflexão de ambos é a ameaça de extinção da espécie humana e da vida sobre o planeta. O resultado dessa reflexão apresenta-se não já como *paradigma ético* mas como *visão do mundo*, ou seja, como uma tentativa global de compreensão dos fenómenos que intervêm no processo de ameaça à sobrevivência da vida sobre o planeta, num ensaio de busca de compreensão do processo histórico que conduziu à situação actual, numa efectiva busca de sentido para o fenómeno e de soluções para ele tanto quanto possível cabais. Obviamente, não nos propomos estabelecer uma

⁸ Apesar de Beauchamp & Childress afirmarem que o princípio de autonomia não deve prevalecer sobre os demais, é um facto que tal princípio preside a este modelo, configurando as regras de beneficência.

⁹ Como é sabido, a criação do neologismo *bioethics* é disputada por Potter e Hellegers. Contudo, o termo assume na mundividência de Potter um sentido bastante diverso daquele que lhe é dado por Hellegers. Em Georgetown o termo *bioethics* surge como disciplina ética aplicada ao universo da biomedicina, enquanto Potter lhe dava um sentido amplo de uma sabedoria reitora das demais saberes e capaz de unificar a brecha entre conhecimento científico e humanidades, verificada na cultura contemporânea.

aproximação entre propostas tão díspares, mas apenas verificar a diversidade de posicionamentos no seio de uma mesma realidade designada por *bioética*, a qual, afinal, na enorme variedade de conteúdos e abordagens, se torna numa realidade algo prometaica, cuja identidade dificilmente se deixa definir. Este facto corrobora que o estilhaçamento é efectivamente um vício da razão contemporânea, ao mesmo tempo que estabelece a diferença entre propostas de carácter pragmático e particularmente sensíveis ao domínio público da actuação da biomedicina e outras, de âmbito mais global, que se constituem como visões do mundo¹⁰. As primeiras têm uma eficácia mais imediata e um âmbito delimitado, quer quanto ao objecto sobre o qual versam, quer quanto ao próprio domínio socio-político de intervenção, no caso a sociedade ocidental e mais em particular a norte-americana. As segundas, mais estruturantes, visam contribuir para o estabelecimento de uma *forma mentis*, apelando para horizontes de sentido mais globais.

Do ponto de vista da fundamentação da bioética, a questão que se coloca é a seguinte: há, ou não, um modelo de vida moral, subjacente a cada uma destas propostas? Se sim, qual deles é mais amplo de sentido? De facto, o principialismo, na proposta de Beauchamp & Childress, esquiva uma reflexão sobre a estrutura da acção humana, sua essência e finalidade. É um facto que os autores reflectem sobre o que é a vida moral, mas desligando-a de uma proposta ética de fundo, cuja relação com os princípios estabelecidos viesse a evidenciar-se. Inversamente, partem para a aplicação de princípios gerais neutrais, enraizados na existência de uma suposta moral comum, para a dedução de regras específicas de acção, a fim de tornar possível a regulamentação da actividade humana, na sua dimensão biomédica. Deste modo, a reflexão sobre a dimensão ética da actividade biomédica *restringe-se* às regras que poderão tornar exequível as relações entre indivíduos e sociedade no que se refere às políticas de saúde e à investigação em biomedicina. Num tal contexto, não há lugar para uma reflexão sobre as noções implicadas nos princípios: bem, mal, justiça, dignidade da pessoa, vida humana, qualidade de vida, vida moral. Ora, uma compreensão de tais noções parece útil para a fundamentação em bioética. Importa, por isso, verificar se existem modelos alternativos ou mesmo visões do mundo que a disponibilizem.

¹⁰ O conceito de *Bioética Global* faz todo o sentido na mundividência Potteriana, para quem a bioética se apresenta unida a uma proposta cabal de compreensão da relação do homem com o mundo (cf. POTTER, V. R. *Global Bioethics*. Michigan State Univ. Press, 1988). Contudo, se tal conceito for sinónimo de um desiderato de intervenção da bioética em todos os domínios e áreas do saber, esta corre o risco de perder identidade, na sua já frágil constituição, esvaziando-se de conteúdo e de sentido.

2. UMA ÉTICA DAS VIRTUDES: TOMISMO REVISITADO?

A par do principialismo de Beauchamp & Childress e no interior da mesma Instituição, o Kennedy Institute, desenvolve-se uma outra proposta cujo objectivo é precisamente o mesmo do daqueles autores: constituir uma ética aplicada aos problemas da biomedicina. Não obstante esta afinidade de objectivos, de contexto institucional e de referente paradigmático, a proposta de Pellegrino & Thomasma opõe-se diametralmente àquela primeira¹¹. A convicção destes autores é a de que uma ética para a medicina não pode basear-se *apenas* em princípios. Não que não os deva assumir no seu horizonte, mas exige a integração destes num contexto mais amplo, a saber, o de uma filosofia da medicina e o de uma ética das virtudes. Esta necessidade ocorre por dois motivos essenciais. Um primeiro, de carácter extrínseco, deriva da verificação de uma debilitação do principialismo enquanto modelo de fundamentação da bioética. Um segundo, de carácter intrínseco, deriva do facto de uma ética baseada em princípios não ter em conta de modo suficiente o carácter do agente e a diversidade e complexidade da vida real, factores que situam e definem as encruzilhadas morais¹².

Estes autores propõem-se, de facto, construir um sistema que sirva de fundamentação à bioética contemporânea a partir de uma filosofia da medicina. A proposta é assaz interessante, entre outros aspectos porque enfrenta, superando-as, algumas debilidade da razão pós moderna, tais como a redução do saber ao saber científico e tecnológico, e a descrença na capacidade de elaborar um discurso sobre o bem e os fins. Dada a impossibilidade de uma análise cabal desta proposta, evidenciaremos alguns aspectos dela que consideramos uma efectiva mais-valia nos itinerários de fundamentação da bioética. Antes de mais, a análise levada a efeito acerca da natureza da medicina. Estes autores consideram que esta não é apenas, nem

¹¹ Ao contrário de Beauchamp and Childress, cujo modelo se desenvolve em torno da publicação de uma mesma obra com sucessivas edições, a proposta de Pellegrino-Thomasma configura-se ao longo de quatro obras principais, publicadas ao longo de mais de uma década: *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy of Ethics of the Healing Professions*. Oxford University Press, 1981; *For the Patient's Good. The Restorations of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press, 1988 (citamos esta obra pela ed. italiana: *Per il bene del paziente* [BP]. Milão: Paoline, 1992); *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993 [referiremos esta obra com *Virtues*]; *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, 1996.

¹² Cf. *Virtues*, xi. O texto prossegue: "Standards and guidelines against which individuals, institutions, and society can measure their actions are necessary. But they must be linked to a virtue-based ethic if a more complete picture of the moral life is to be obtained".

essencialmente, um saber de carácter científico, que se completaria com o domínio de algumas tecnologias.

Claramente distinta da ciência médica, a medicina é uma actividade que intervém numa vida humana individual para alterar a condição dela. É esta finalidade específica que faz dela uma teoria prática da realidade humana, uma actividade moral que opera através da relação interpessoal entre médico e paciente, ambos colaboradores no objectivo a atingir, isto é, a cura da doença, ou a promoção da saúde¹³. Ambos são intervenientes na relação e aportam para ela uma situação socio-histórica específica. A intercessão dos valores deles, dos da medicina, da ciência e da sociedade é o que cria um nexos de escolhas e prioridades. Ora é esse nexos, em toda a sua complexidade, que estes autores identificam com o termo *medicina*. Esta actividade humana é concebida de uma forma holística, não se reduzindo à ciência médica, nem ao somatório dos saberes científicos e tecnológicos supostos naquela relação¹⁴.

Dado que a medicina, enquanto tal, implica a intervenção efectiva na vida de pessoas concretas e das sociedades, considera-se decisiva e essencial uma concepção de medicina como prática médica. É a partir desta visão específica da medicina que a necessidade de uma filosofia da medicina é sentida¹⁵. Esta, assumindo como ponto de partida o acontecimento humano que constitui a relação médico-paciente, constitui-se como ontologia prática, onde se procura o sentido da prática da medicina, das suas aplicações específicas e dos resultados desta procura¹⁶. Com efeito, esta proposta acaba por se constituir como uma verdadeira proposta filosófica, à qual vai inerente uma reflexão sobre a própria filosofia, o seu objecto e o seu método, compreendida à luz da história da filosofia e dos desafios do mundo contemporâneo. Este facto é surpreendente, mais ainda quando uma tal proposta faz apelo à constituição de uma ontologia e mesmo de uma metafísica, num momento histórico em que a própria filosofia se encontra em crise, como estes autores também reconhecem¹⁷. Constituindo-se como uma ontologia prática, os autores determinam como ponto de partida da sua

¹³ “Medical science, therefore, become medicine only when it is modulated and constrained in unique ways by the humanity of physician and patient. Its telos takes it out of the realm of *theoria* and puts it into the realm of *praxis*.” (*PhBMP*, p. 24-25).

¹⁴ “Medicine clearly is a domain of activity which is distinctive and distinguishable as science, art and *praxis*. It comprise a set of legitimate philosophical issues and questions, which derive from the unique nature if the clinical encounter.” (*PhBMP*, p. 27).

¹⁵ Os autores distinguem com acuidade três âmbitos da relação entre filosofia e medicina: *philosophy and medicine*; *philosophy in medicine*; *philosophy of medicine*, sendo este último o que lhes merece atenção (*PhBMP*, p. 28-30).

¹⁶ Cf. *PhBMP*, p. 50.

¹⁷ Cf. *PhBMP*, p. 19-22.

reflexão o acontecimento humano que constitui a relação médico-paciente, e estabelecem como metodologia uma conjugação de elementos recolhidos em três famílias filosóficas: o realismo, o empirismo e a fenomenologia¹⁸.

Uma ontologia prática, que apela para uma restauração das noções de bem e de finalidade implicadas na medicina, tem como consequência lógica o desenvolvimento do primado do princípio de beneficência¹⁹. Para reabilitar este princípio ético, os autores começam por depurá-lo do ónus da história que o associa, na consciência colectiva, ao exercício do modelo hipocrático, de cunho marcadamente paternalista. Seguidamente, analisam os elementos do princípio de beneficência, articulando-os com a finalidade específica da actividade médica. Tal análise implica necessariamente uma reflexão sobre a noção de *Bem*. Ao contrário de outros autores que, confrontados com a dificuldade de estabelecer para tal noção, um conteúdo substantivo de alcance universal, desistem da tarefa, Pellegrino & Thomasma consideram-na urgente, pois de outro modo a actividade médica perde o seu sentido²⁰. Ao mesmo tempo, é uma análise da noção de bem aplicada ao fim da medicina – o bem do paciente – que permitirá resgatar a ética médica ao domínio da deontologia²¹. Trata-se de analisar o bem do paciente e de encontrar processos para tratar as diferenças de modo moralmente sustentável²².

A concepção de Pellegrino & Thomasma baseia-se na convicção de que existe uma natureza humana comum, acerca da qual se podem formular

¹⁸ Cf. *PhBMP* 54-55.

¹⁹ Consequência natural da *Lebenswelt* inaugurada pelos Autores em *PhBMP*, a obra que se lhe segue é *For the Patient's Good. The Restorations of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press, 1988.

²⁰ “Medicine can prolong or terminate life, control conception and fertility elevate our moods, or blunt our pain and anxieties. To apply these measures is to challenge traditional meanings of the value and dignity of individual life, of the family of suffering and dying or of individual versus social good. The ancient metaphysical question “What is ‘the good?’” has resurfaced with an unprecedented urgency. We cannot use medicine for the attainment of health or the “good life” unless we clarify these conceptions in light of our technological possibilities” (*PhBMP*, p. 32-33).

²¹ Cf. *BP*, p. 160. Sem uma análise deste género, a ética clínica fica reduzido à relação direitos-deveres, e as escolhas morais ficam limitadas a uma estrutura demasiado legalista que, pretendendo salvaguardar os direitos do paciente, não promove o seu bem.

²² O capítulo VI de *BP* contém uma análise detalhada e profícua do conceito específico de “bem do paciente”, recuperando a doutrina aristotélica-tomista acerca do bem. Estabelecendo uma hierarquia para esta noção - bem supremo, bem biomédico, o melhor interesse do paciente, o bem do paciente enquanto pessoa -, os autores evidenciam o elemento fundamental dos processos de decisão em ética clínica, em geral e em caso de conflito: a capacidade de estabelecer uma ordem entre os bens envolvidos na decisão. Daí a função decisiva da virtude da prudência na prática médica.

proposições gerais, embora se reconheça que o estabelecimento de fins genéricos e a determinação da natureza do bem seja problemático²³. Esta dificuldade decorre da dissociação entre antropologia e metafísica, operada na história da filosofia e incontornável no contexto da sociedade pluralista pós moderna. Deste modo, perde-se o fundamento sob o qual se poderia constituir uma ideia de “bem para os humanos”, tornando imprecisa a identificação de um fim para o qual as virtudes dispõem o agente. O resultado desta situação é a relativização dos fins morais, que se tornam subjectivos e dependentes das exigências do momento²⁴.

Porém, se este é o panorama para o estabelecimento de uma ética geral das virtudes, a dificuldade parece superável quando observada a partir de uma profissão determinada, como é a medicina²⁵. Se o principialismo, no modelo antes considerado, tem uma forte componente deontológica, aqui parte-se da análise de um domínio da actividade humana, que é a medicina, para detectar os fundamentos da própria actividade. Não se parte para um aspecto específico da consideração do tecido social enquanto determina um dado modelo de relação entre direitos-deveres, como convém a uma deontologia. Aqui o ponto de partida é a análise da própria actividade médica, para elaborar uma filosofia da medicina, ponderando a definição dos seus fins e a análise da natureza das relações humanas que se geram no exercício dessa profissão.

O exercício da medicina é entendido como constitutivo de uma comunidade moral, a qual deve ser suportada por uma teoria moral²⁶. Esta, para ser completa, deverá articular ao menos algumas conexões entre deveres, princípios e virtudes²⁷. Na análise dos factores que fazem da medicina uma empresa moral – a natureza da doença, a índole comunitária dos conhecimentos médicos e o juramento profissional – evidencia-se a dimensão claramente teleológica desta concepção da ética médica. Nesta proposta, os princípios estabelecem-se como fins e a execução deles implica o exercício de um conjunto de virtudes.

Pellegrino & Thomasma distinguem duas vias pelas quais uma ética de princípios pode permanecer essencial para a ética biomédica. Uma, aplicando um sistema filosófico já existente à ética biomédica. Outra, analisando a realidade da relação médico-paciente a partir do método filosófico, sem se ater

²³ “(...) we tend to accept the notion that there is a human nature, and that this nature, while developing physically and socially, transcends time and place sufficiently so that propositions can be made about it” (*Virtues*, xiii).

²⁴ Cf. *Virtues*, p. 18.

²⁵ Cf. *Virtues*, p. 52.

²⁶ Cf. *Virtues*, p. 35-36, onde se descreve o fundamento filosófico da medicina como comunidade moral.

²⁷ Cf. *Virtues*, p. 21.

ao conteúdo específico de um sistema filosófico. No primeiro caso situar-se-iam as éticas que postulam o primado do princípio de autonomia. No segundo encontrar-se-ia a análise através da moralidade intrínseca da medicina. É esta segunda via que é adoptada, assumindo-se claramente a sua dimensão teleológica, pois a medicina é definida na sua essência como uma actividade dirigida a fins explícitos e determinados²⁸. Estes fins, próximos ou últimos, resumem-se num só: o bem do paciente. Um tal bem, por seu turno, é uma realidade complexa, em torno da qual se estrutura a relação médico-paciente. Por isso, o princípio da beneficência assume aqui um lugar axial e os demais – autonomia, não maleficência e justiça – estruturam-se na estreita dependência dele²⁹. A panóplia de direitos e deveres que constituiria uma ética normativa para a medicina não decorre, para Pellegrino & Thomasma, de quatro princípios predeterminados. Inversamente, é das obrigações previamente contraídas pelo médico como membro de uma particular comunidade moral que tais princípios derivam. Ora, a primeira obrigação que unifica a teoria da ética médica é a beneficência, esta entendida como princípio integral, cujo enunciado é adjectivado: *beneficence in trust*. Uma tal beneficência ordena os demais princípios de acção, os quais se lhe devem subordinar. Se assim não fosse, tais princípios não serviriam o bem do paciente, nem este seria obtido cabalmente³⁰.

Todavia, um modelo ético que se baseie no bem do paciente enfrenta não poucas dificuldades. Entre elas, o facto de não haver consenso, nos agentes que intervêm na decisão clínica, sobre o significado do que é justo e bom, e portanto, na decisão do melhor bem do paciente³¹. Um diagnóstico da

²⁸ “Rather than look solely to moral principles, one should also examine the virtues that have spanned the history of medicine to this day. (...) Although with new technologies and new methods of delivery the ends are constantly being reinterpreted, the bond of healing in the doctor-patient relationship is still the ultimate goal of the profession. If it is not, something is askew. Its purpose is lost. By definition it is no longer medicine.” (*Virtues*, p. 60).

²⁹ “If this ends are to be achieved, the good of the patient provides the architectonic of the relationship. Beneficence becomes a requirement not of a system of philosophy applied to medicine, but of the nature of medical activity.” (*Virtues*, p. 53).

³⁰ Cf. *Virtues*, p.166-167. Os Autores optam por uma visão moderna do bem do paciente, definida na concepção de *beneficence in trust*. A obrigação de agir pelo bem do paciente implica agir em favor do bem *tal como o paciente o concebe* no momento e nas circunstâncias particulares da decisão clínica. Esse é o melhor interesse do paciente, o qual inclui o respeito pelo bem fundamental da pessoa: a sua capacidade de escolha, que deve prevalecer na relação clínica. Se o médico não o poder fazer, por tal facto entrar em conflito com os seus próprios valores morais, deve abandonar o caso.

³¹ Cf. *BP*, p. 259-263. Evidenciam-se os dilemas de decisão em ética clínica, numa sociedade eticamente fragilizada onde, apesar dos avanços tecnológicos permitirem uma cada vez

hodierna situação de fragilidade no domínio da ética é feito por estes autores. Também eles colocam o dedo na ferida: Como garantir se possam cumprir, de modo moralmente justificável, escolhas entre pessoas cujos sistemas e valores morais variam notavelmente? Como manter a responsabilidade moral individual numa sociedade pluralista e garantir simultaneamente o respeito pelas potencialidades morais dos pacientes? É possível reconstruir uma ética médica nestas condições? A resposta de Pellegrino & Thomasma é afirmativa e coerente com a visão do mundo elaborada. A reconstrução da ética clínica passa pela reconstrução do único fundamento de toda a medicina: a relação entre quem procura a saúde e o profissional que ajuda e cura. Esta, em larga medida, levar-se-á a cabo mediante o aperfeiçoamento moral dos intervenientes no processo, em particular, do médico e dos profissionais de saúde³².

Estes autores denunciam abertamente os limites de uma ética fundada em princípios e deveres. De facto, tais modelos dispensam os indivíduos de aceitar a verdade das regras ou princípios, apenas devendo obedecer a eles. Dessa forma, o acordo social realiza-se, mas à custa de uma degradação das pessoas³³. Uma ética baseada em princípios e regras é relativista, pois depende da hierarquia que se estabeleça entre eles, a qual tem tendência a mudar. Inversamente, uma ética de virtudes é menos susceptível de mudança. Se os princípios e as regras são a letra da moralidade, as virtudes são o espírito da ética médica, focada no bem da pessoa enferma³⁴. Por isso, os autores propõem uma ética das virtudes desenvolvida segundo o modelo aristotélico-tomista, por o considerarem o mais completo na análise do acto humano e da complexidade da vida moral, mostrando como o carácter moral do médico que opta por uma vida de excelência influencia, efectivamente, a prática clínica.

Apontando para uma excelência da prática médica, os autores vão ainda mais longe, interpelando a relação entre a vida moral do profissional de saúde

maior capacidade de cura e de prevenção da vida e da saúde humanas, o bem do paciente é avaliado em termos economicistas e as questões-limite sobre o princípio e fim da vida humana não obtêm consenso moral.

³² Cf. *Virtues*, xii. Nesta obra, explanam-se as 4 virtudes cardeais, dando particular atenção à *phronesis*, pela implicação no processo de decisão, e à justiça, dado o actual contexto social no qual se exerce a medicina e os conflitos derivados dele. Algumas outras virtudes específicas do contexto da prática médica são também explanadas – *fidelity in trust, integrity, compassion, self-effacement*.

³³ Cf. *Virtues*, p. 165.

³⁴ Cf. *Virtues*, p. 168-172. A partir de algumas circunstâncias da prática clínica mostra-se como o profissional de saúde que opta por uma ética de virtudes consegue alcançar um maior bem em cada caso.

e a fé por ele praticada. A questão tem toda a pertinência. De facto, a ênfase colocada no princípio de autonomia das éticas contemporâneas, a particular situação de vulnerabilidade do paciente inerente à relação médica, o facto de vivermos numa sociedade secular e pluralista, são elementos que contribuem a favor do abandono ou, ao menos, da suspensão dos valores religiosos, por parte do profissional de saúde. Mas, uma vez mais à luz do fim da medicina, os autores interrogam-se acerca da legitimidade de suspender, ou rejeitar, a luz que brota do Evangelho, da Tora, ou do Corão, para apenas referenciar as três principais religiões monoteístas – no exercício da actividade médica. A proposta destes autores, para uma plena realização do bem do paciente, envolve uma teologia das virtudes, na qual se mostra como as virtudes naturais, desenvolvidas na ética, se potenciam quando elevadas à ordem sobrenatural e assumidas pelas virtudes teológicas da caridade, fé, esperança. Estas duas últimas são, de facto, virtudes inerentes à relação de cura e por isso faz todo o sentido desenvolvê-las no interior da actividade médica³⁵.

A estrutura sobre a qual assenta esta proposta fundamentação da bioética é o realismo tomista, aplicado ao domínio da prática clínica. Mais do que um paradigma, ela constitui-se como visão do mundo, elaborando uma filosofia aplicada ao domínio da medicina, que se revela particularmente fecunda na cultura hodierna, pois recupera a confiança na razão e na capacidade humana de aperfeiçoamento moral dos indivíduos e instituições. De facto, o realismo tomista e a sua aplicação à ética tem aqui um amplo domínio de acção, o qual constituirá certamente um contributo valioso na urgente recuperação da vitalidade da razão³⁶.

3. FUNDAMENTAR A BIOÉTICA?

De facto, ante a decadência do principialismo e a tomada de consciência de um vazio ético para fazer face à complexidade de problemas inerentes ao progresso da tecnociência, a década de 90 é marcada por uma

³⁵ Em *Christian Virtues in Medical Practice (CbVMP)* mostra-se como o exercício das três virtudes teológicas potencia o fim da medicina: a cura, como bem do paciente. Os autores assumem claramente a filiação desta proposta na doutrina tomista exposta na *Suma Teológica*, II-II (cf. *CbVMP*, p. 3-5).

³⁶ Uma revalidação do tomismo manifesta sinais positivos em algumas áreas de saber desenvolvidas actualmente nos Estados Unidos. No domínio da bioética verifica-se um renovado interesse por um discurso acerca das noções de bem e de finalidade. Veja-se, por exemplo, o estudo de âmbito internacional promovido pelo Hasting Center sobre o tema dos fins da medicina (Cf. *The Hasting Center Report*, Nov-Dez, 1996, Suplemento Especial; V. também HANSON, M. J.; CALLAHAN, D. *The goals of medicine, The forgotten issue in health care reform*. Georgetown Univ. Press, 1999).

proliferação de paradigmas de fundamentação. Neste contexto, destaca-se a obra de T. Engelhardt, acima de tudo pelo modo como analisa a crise da razão pós moderna e os consequentes impasses em todo o ensaio de fundamentação. Ao contrário de Pellegrino e Thomasma, Engelhardt é profundamente céptico quanto à possibilidade de erigir um discurso de fundamentação em bioética. Nestas circunstâncias, propõe-se encontrar *um mínimo denominador comum* entre os humanos sobre o qual erigir uma ética. De facto, aqueles autores, perante o descalabro de valores, aceitam o desafio de construir uma ética de máximos. Sabendo tratar-se de um ideal, consideram preferível apontar para ele. Inversamente, Engelhardt considera impossível um contributo efectivo dos valores morais adquiridos em comunidades específicas – religiosas ou ideológicas – e aposta na cisão entre o secular e o sagrado. Na ética secular, apenas sobrevivem dois princípios - permissão e beneficência - ficando esta sujeita àquela e dependente dela. Em todo o caso, trata-se de princípios desprovidos de qualquer conteúdo substantivo, sendo a determinação deste definida em cada caso pelo acordo entre as partes envolvidas numa determinada decisão, no seio de uma dada comunidade moral.

Uma vez abalados os fundamentos, que lugar para a fundamentação? Engelhardt possui, neste aspecto, uma visão certa. A bioética, afirma, não é apenas um substantivo plural realizado numa multiplicidade de paradigmas. O carácter fragmentário destes indica que ela se encontra, de facto, em ruínas³⁷. Ora, o que não deixa de causar enorme perplexidade, é que este saber em ruínas se erija hoje como saber total, com pretensões de globalidade.

Com efeito, um olhar ainda que de soslaio aos rumos tomados pela história da filosofia ocidental nos últimos três séculos permite verificar a falência de uma compreensão unitária do real baseada na disposição hierárquica das três instâncias que lhe serviram de referência ao longo de dois milénios: Deus, Homem, Mundo. À decadência deste modelo de compreensão do mundo corresponde, efectivamente, uma mudança de paradigma racional, associado uma nova hermenêutica acerca do lugar que o ser humano ocupa no universo. Se a análise da extrema complexidade deste fenómeno e as metamorfoses da razão que estão associadas a esta mudança de paradigma não tem aqui cabimento, a referência a ele parece desejável para contextualizar os paradoxos inerentes à fundamentação da bioética. De facto, a perda de uma razão unitária é causa, na cultura hodierna, da presença de uma quase ilimitada de paradigmas racionais, os quais se querem, a um tempo, absolutos e auto-explicativos das questões consideradas essenciais para a vida humana. A heterogeneidade dos modelos, a par da anulação de qualquer

³⁷ ENGELHARDT, T. *The Foundations of Bioethics*, Oxford Univ. Press, 1996, pp. 13-14.

princípio de ordenação além da razão conduz, paradoxalmente, a uma crise da própria racionalidade identificada, entre outros factores, pela impossibilidade de atribuir valor aos sistemas.

Tendo colocado fora do seu alcance o horizonte do ser, e dissociando-o do pensar, a razão ocidental auto-limitou o seu domínio epistemológico. Este facto, denota uma outra debilidade da razão hodierna, a saber, o estilhaçamento dos objecto do pensar, dado que não apenas o ser e o pensar divergem enquanto itinerários, sendo aquele inviável à razão, mas esta ainda surge irremediavelmente fragmentada nas múltiplas construções do pensar. Por seu turno, tendo-se colocado à margem de todo o referente real sobre o qual erigir uma ordem, todas as construções racionais serão igualmente válidas, mesmo se plurais e antagónica. Este facto evidencia mais duas enfermidades da razão hodierna: a emergência da indiferença epistemológica e a fragmentação de paradigmas, sendo esta última apelidada de *pluralismo*, designação de recurso de uma sociedade global reduzida, por necessidade de sobrevivência, ao critério da tolerância. De uma forma sumária, poder-se-ia reduzir a um só o conceito chave sobrevivente no itinerário de auto-limitação a que a razão ocidental a si própria se conduziu: *autonomia*. De facto, não é difícil verificar que é o princípio de autonomia que está na base de conceitos aparentemente díspares, como os de “sociedade liberal”, “pluralismo ético”, “multiculturalismo”, “tecnociência”, “qualidade de vida”, entre outros. *Autonomia* é ainda o conceito que está na base da rejeição de toda a forma de autoridade e herança cultural, como também do esforço cada vez maior, por parte da razão científica, de superação de toda a contingência humana.

Esta é a civilização hodierna, baseada num modelo de humanidade que centra o indivíduo sobre si próprio, mesmo se um tal narcisismo vem camuflado sob o véu da apreensão pela sobrevivência do cosmos e pela coexistência pacífica dos homens entre si e com o meio. Esta mesma civilização e cultura, fundada numa razão estilhaçada e enfermando de uma voluntária redução do seu horizonte epistémico, assiste hoje a uma evolução científica e tecnológica nunca vista. Um tal modelo de racionalidade só pode ter, como resposta aos inúmeros e inopinados problemas que hoje se lhe colocam, respostas fracturadas, expressas na infinita multiplicação de “ismos”, recurso hermenêutico que hoje emerge como maximamente explicativo: situacionismo, principialismo, intuicionismo, contextualismo, casuismo, comunitarismo, feminismo...

A questão premente é a de encontrar uma via para o impasse inerente a estas patologias da razão. Perante tão desfavorável diagnóstico, a panaceia não será nem única, nem imediatamente eficaz. Contudo, algumas atitudes poderão contribuir para um lento restabelecimento. De entre elas, destacamos

as seguintes: 1. a consideração da historicidade da razão e a redescoberta e revalidação de um património multissecular solidamente adquirido; 2. a substituição da procura de paradigmas pela constituição de visões do mundo. Menos mediáticas, elas são contudo mais eficazes na constituição de estruturas racionais de longa duração; 3. a recuperação da confiança nas possibilidades da razão para que, restituindo-lhe a amplitude do seu horizonte, supere a falsa convicção da identidade entre *razão e tecnociência*; 4. a consideração dos limites da razão bioética. De facto, esta não pode erigir-se em saber global sem se converter num absoluto. Incorre, então, no risco premente de confundir fundamentação e fundamentalismo. Inversamente, o seu contributo será eficaz e terá cumprido a sua função orientadora, na medida em que elabore propostas dotadas de verticalidade, em cada uma das áreas específicas da actividade humana que caem sob seu objecto.