

## OS TRÊS NÍVEIS DO JUÍZO MÉDICO<sup>1</sup>

O meu estudo centra-se na orientação terapêutica (clínica) da bioética enquanto ramo diferenciado do ramo orientado para a investigação. A falar verdade, ambos comportam uma dimensão prática, quer ao serviço do conhecimento, quer com o objectivo de cuidar e curar. Neste sentido, ambos levantam questões de ética, na medida em que ambos dizem respeito a intervenções deliberadas no processo da vida, humana e não humana. O que parece característico da abordagem terapêutica (clínica) é que suscita actos de juízo que relevam de vários níveis diferentes. Ao primeiro podemos chamar prudencial (sendo o termo *prudentia* a versão latina do grego *phronesis*): a faculdade de juízo (para utilizar a terminologia kantiana) é aplicada a situações singulares, em que um paciente individual se encontra numa relação interpessoal com um médico individual. Os juízos emitidos nesta ocasião exemplificam uma sabedoria prática duma natureza mais ou menos intuitiva, resultante de 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 maneiras a singularidade da relação entre um determinado paciente e um determinado médico, como aparece nos “códigos deontológicos de medicina” em uso em diversos países. Num terceiro nível, a bioética trata de juízos de tipo reflexivo aplicados à tentativa de legitimação dos juízos prudenciais e deontológicos de primeira e de segunda ordem.

Proponho para discussão as seguintes teses: primeiro, é à dimensão prudencial da ética médica que a bioética em sentido lato vai buscar a sua significação propriamente ética. Segundo, ainda que baseados nos juízos prudenciais, os juízos formulados ao nível deontológico exercem uma grande variedade de funções críticas irreduzíveis, que começam pela simples universalização das máximas prudenciais de primeira ordem e tratam, entre outras coisas, dos conflitos externos ou internos à esfera de intervenção clínica, e igualmente de toda a espécie de limites impostos às normas da deontologia, apesar da sua natureza categórica. Terceiro, ao nível reflexivo, o juízo moral faz referência a uma ou a

---

<sup>1</sup> Conferência internacional “Ethics – Codes in Medicine and Biotechnology”, Freiburg im Breisgau (Alemanha), Outubro de 1997; “Les trois niveaux du jugement médical”, *Esprit* (“Malaise dans la filiation”), Dezembro de 1996, p. 21-23. Tradução de Fernanda Branco e Fernanda Henriques. Tradução efectuada com o conhecimento *du Fonds Ricoeur*.

várias tradições éticas, elas próprias enraizadas numa antropologia filosófica: é a este nível que são postas em causa noções como saúde e felicidade e que a reflexão ética aborda problemas tão radicais como os da vida e da morte.

### O pacto de confiança

Porquê é necessário partir do nível prudencial? É a altura de lembrar a natureza das situações a que se aplica a virtude da prudência. O seu domínio é o das decisões tomadas em situações singulares. Enquanto a ciência, segundo Aristóteles, se ocupa do geral, a *technê* ocupa-se do particular. Isso é sobretudo verdadeiro na situação em que o ofício médico intervém, a saber, o sofrimento humano. O sofrimento é, como o gozo, o último retiro da singularidade. É, aliás, diga-se de passagem, a razão da distinção, no interior da bioética, entre o ramo orientado para a clínica e o ramo orientado para a investigação biomédica, tendo em conta as interferências, de que falaremos adiante. É verdade que o sofrimento não diz apenas respeito à prática médica; ele afecta e desorganiza não só a relação consigo próprio, enquanto portador duma variedade de poderes e também duma multiplicidade de relações com outros seres, no seio da família, do trabalho e duma grande variedade de instituições, mas a medicina é uma das práticas baseadas na relação social pela qual o sofrimento é a motivação fundamental e o *telos* a esperança de ser ajudado e talvez curado. Noutros termos, a prática médica é a única prática que aposta na saúde física e mental. Voltaremos, no fim deste estudo, à variedade de significações ligadas à noção de saúde. No início desta investigação, tomo como adquiridas as esperanças comuns, embora controversas, ligadas à noção de saúde como uma forma de bem-estar e de felicidade. Na base dos juízos prudenciais encontra-se, então, a estrutura relacional do acto médico: o desejo de ser libertado do fardo do sofrimento, a esperança de ser curado constituem a motivação maior da relação social que faz da medicina uma prática dum tipo particular, cuja instituição se perde na noite dos tempos.

Dito isto, podemos avançar directamente para o coração do problema. Qual é, interrogamo-nos nós, o núcleo ético deste encontro singular? É o pacto de confidencialidade que compromete um relativamente ao outro, determinado paciente com determinado médico. Neste nível prudencial, não se falará ainda de contrato e de segredo médico, mas de *pacto de cuidados baseado na confiança*. Ora este pacto conclui um processo original. No princípio, um fosso e mesmo uma dissimetria notável separam os dois protagonistas: de um lado quem sabe e sabe fazer, do outro quem sofre. Este fosso é preenchido e as condições iniciais tornam-se iguais por uma série de trâmites que partem dos dois pólos da relação. O paciente – este paciente – “traz à linguagem” o seu sofrimento, pronunciando-o como queixa, que comporta uma componente descritiva (tal sintoma...) e uma componente narrativa (um indivíduo enredado nesta e naquela história); por seu lado a queixa concretiza-se em

pedido: pedido de... (de cura e, quem sabe, de saúde e, por que não, em pano de fundo, de imortalidade) e pedido a... dirigido como um apelo a um determinado médico. Neste pedido insere-se a *promessa* de observar, logo que seja admitido, o protocolo de tratamento proposto.

Situado no outro pólo, o médico faz a outra metade do caminho da “igualização das condições”, pelo qual Tocqueville definiu o espírito da democracia, passando pelos estádios sucessivos da admissão na sua clientela, da formulação do diagnóstico, finalmente o pronunciar da prescrição. São estas 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, por uma e outra das partes, pelo compromisso do médico em “seguir” o seu paciente e o do paciente em se “conduzir” como o 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 tácita, partilhada pelos dois protagonistas, de cumprir fielmente os seus compromissos respectivos. Esta promessa tácita é constitutiva do estatuto prudencial do juízo moral implicado no “acto de linguagem” da promessa.

Não seria demais insistir, desde o início, na 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 relativamente a um potencial abuso de poder por parte de qualquer membro do corpo médico e pela suspeita que o médico, por hipótese, não corresponda à expectativa desmedida posta na sua intervenção: qualquer paciente pede demasiado (acabou de se aludir ao desejo de imortalidade), mas desconfia do excesso de poder daquele mesmo em quem deposita uma confiança excessiva. Quanto ao médico, os limites impostos ao seu compromisso, para além de qualquer negligência ou indiferença pressupostas, aparecerão mais adiante, quando falarmos da intrusão, quer das ciências biomédicas, que tendem à objectivação e à coisificação do corpo humano, quer da intrusão da problemática da saúde pública, que se atém ao aspecto já não individual mas colectivo do fenómeno geral da saúde. Esta fragilidade do pacto de confiança é uma das razões da transição do plano prudencial ao plano deontológico do juízo moral.

No entanto, gostaria de dizer que, apesar do seu carácter íntimo, o pacto de cuidados não está desprovido de recursos de generalização que justificam o próprio termo de prudência ou de sabedoria prática ligada a este nível do juízo médico. Chamámo-lhe intuitivo, porque procede do ensinamento e da prática. Mas chamar prudencial o nível de compromisso moral ligado ao pacto de cuidados não significa, por isso, entregá-lo aos acasos da benevolência. Como qualquer arte, praticada caso a caso, ele engendra, precisamente graças ao ensinamento e ao exercício, aquilo a que podemos chamar preceitos – para não falar ainda de normas – que colocam o juízo prudencial no caminho do juízo deontológico.

Considero como primeiro preceito da sabedoria prática exercida no plano médico o reconhecimento do carácter singular da situação de cuidados a começar pelo do próprio paciente. Esta singularidade implica o carácter de não substituição de uma pessoa por 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 o que se sujeita a tratamento, mas de cada vez um exemplar único do género humano. O segundo preceito sublinha a indivisibilidade da pessoa; o que se trata não são órgãos múltiplos, mas sim um doente, se assim se pode dizer, integral; este preceito opõe-se à fragmentação imposta tanto pela diversidade de doenças e das suas localizações no corpo, como pela especialização correspondente dos saberes e das competências; opõe-se, igualmente, a um outro tipo de clivagem entre o biológico, o psicológico e o social. O terceiro preceito soma às ideias de insubstituibilidade e de indivisibilidade outra, mais reflexiva, de estima de si mesmo. Este preceito diz mais do que o respeito devido ao outro; ele visa equilibrar o carácter unilateral do respeito, indo de si mesmo para o outro, pelo reconhecimento do seu valor próprio pelo próprio sujeito. É a si próprio que se dirige a estima; ora a situação de cuidados, em particular nas condições de hospitalização, encoraja demasiado a regressão, pelo lado do doente, a comportamentos de dependência e, pelo lado do pessoal que cuida, a comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente.

É mesmo por ocasião desta recaída na dependência que se fortifica a perniciosa mistura de exigência excessiva e de desconfiança larvar que corrompe o pacto de cuidados. Assim se sublinha, de uma outra maneira, a fragilidade, de que se tratou acima, do pacto de cuidados. Este implica, idealmente, uma co-responsabilidade dos dois parceiros do pacto. Ora a regressão a uma situação de dependência, assim que se entra na fase de tratamentos pesados e de situações a que podemos chamar letais, tende insidiosamente a restabelecer a situação de desigualdade de que se espera que a constituição do pacto de cuidados se afaste. É essencialmente o sentimento de estima pessoal que está ameaçado pela situação de dependência que prevalece no hospital. A dignidade do paciente não está apenas ameaçada ao nível da linguagem, mas também por todas as concessões à familiaridade, à trivialidade, à vulgaridade nas relações quotidianas entre membros do pessoal médico e as pessoas hospitalizadas. A única maneira de lutar contra estes comportamentos ofensivos é regressar à exigência de base do pacto de cuidados, ou seja à associação do paciente ao processo do seu tratamento, por outras palavras, ao pacto que faz do médico e do paciente aliados na sua luta comum contra a doença e o sofrimento. Insisto mais uma vez no conceito de estima de si mesmo, que situo ao nível prudencial, reservando o conceito de respeito para o nível deontológico. Na estima de si mesmo, a pessoa humana aprova, ela própria, o seu direito de existir e expressa a necessidade de saber aprovado pelos outros esse seu direito à existência. A estima de si mesmo dá, assim, um toque de amor-próprio, de orgulho

peçoal à relação consigo próprio: é o fundo ético daquilo a que chamamos, correntemente, dignidade.

## O contrato médico

Porquê é necessário, agora, elevarmo-nos do nível prudencial ao nível deontológico do juízo, no quadro duma bioética orientada para a clínica e para a terapia? Por diversas razões ligadas às funções múltiplas do juízo deontológico.

A primeira função é a de universalizar os preceitos que relevam do pacto de cuidados que ligam paciente e médico. Se pude falar dos preceitos de prudência num vocabulário próximo das notações gregas aplicadas às virtudes próximas dos officios, das técnicas e das práticas, é num vocabulário mais marcado pela moral kantiana que falarei das normas consideradas na sua função de universalização, no que diz respeito aos preceitos que Kant colocava na categoria de máximas de acção, à espera da prova de universalização susceptível de os levar à categoria de imperativos. Se o pacto de confiança e a promessa de manter este pacto constituem o núcleo ético da relação que liga um determinado médico a um determinado paciente, é o elevar desse pacto de confiança à categoria de norma que constitui o momento deontológico do juízo. O que se afirma é essencialmente o carácter universal da norma: esta liga qualquer médico a qualquer paciente, portanto quem quer que entre numa relação de cuidados. Mais fundamentalmente ainda, não é por acaso que a norma reveste a forma duma interdição, a de quebrar o *sigilo médico*. Ao nível prudencial, o que não passava ainda de um preceito de confidencialidade, conservava os traços de uma afinidade ligando de maneira electiva duas pessoas; neste sentido, o preceito podia ainda ser consignado à virtude da amizade. O pacto de cuidados, de que se tratou ao nível prudencial, pode agora ser expresso no vocabulário das relações contratuais. Há a considerar algumas excepções (que serão referidas mais adiante), mas estas devem, também elas, seguir uma regra: não há excepção sem uma regra para a excepção à regra. Assim, o segredo profissional pode “opor-se” a qualquer confrade que não participe no tratamento, às autoridades judiciais que esperariam ou seriam tentadas a requerer um testemunho da parte de membros do pessoal médico, aos empregadores curiosos por informações médicas relativas a eventuais assalariados, aos inquiridores de institutos de sondagem interessados em informações nominativas, aos funcionários da segurança social, não habilitados por lei a aceder aos dossiers médicos. O carácter deontológico do juízo que rege a prática médica é confirmado pela obrigação dos membros do corpo médico em geral socorrerem não apenas os seus pacientes, mas todas as pessoas doentes ou feridas, encontradas em situação de perigo. A este nível de generalidade os deveres próprios da profissão médica tendem a confundir-se com o imperativo categórico de socorrer pessoas em perigo.

A segunda função do juízo deontológico é uma função de *conexão*. Na medida em que a norma que rege o sigilo médico faz parte de um código profissional como o *Código deontológico da profissão médica*, é preciso que esteja ligada a todas as outras normas que regem o corpo médico no interior dum determinado corpo político. Tal código deontológico opera como um subsistema no interior do domínio mais vasto da ética médica. Por exemplo, o *Código francês de deontologia médica*, no seu título I, coloca os deveres gerais de qualquer médico em relação a regras propriamente profissionais que conferem um estatuto social a estas regras. Deste modo, um artigo do código francês dispõe que a medicina não é um comércio. Porquê? Porque o paciente, enquanto pessoa, não é uma mercadoria, ainda que se deva falar adiante no que respeita ao custo financeiro dos cuidados, o que sai da relação de contrato e põe em jogo a dimensão social da medicina. Devem colocar-se sob a mesma rubrica de universalidade num quadro profissional os artigos que colocam a liberdade de prescrição por parte do médico e a livre escolha do médico por parte do paciente. Estes artigos não caracterizam apenas uma dada forma de medicina, a medicina liberal, eles reafirmam a distinção de base entre o contrato médico e qualquer outro contrato que reja a troca entre bens comerciais. Mas a função de conexão do juízo deontológico não termina nas regras que constituem o corpo médico enquanto corpo social e profissional. No interior deste subsistema bem delimitado, os direitos e os deveres de qualquer membro do corpo médico são coordenados com os dos pacientes. Assim, às normas que definem o sigilo médico correspondem 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 *sigilo médico* a que apenas o médico está obrigado. Segredo por um lado, verdade pelo outro. Enunciada em termos deontológicos, a interdição de romper o segredo profissional não pode “opor-se” ao paciente. Assim se juntam as duas normas que constituem a unidade do contrato que se situa no centro da deontologia, da mesma maneira que a confiança recíproca constituía o pressuposto prudencial máximo do pacto de cuidados. Aqui também tiveram que ser incorporadas no código algumas restrições, tendo em conta a capacidade do doente em compreender, aceitar, interiorizar e, se assim se pode dizer, de partilhar a informação com o médico que o trata. A descoberta da verdade, sobretudo se ela significa sentença de morte, equivale a uma prova iniciática, com os seus episódios traumáticos afectando a compreensão de si e o conjunto das relações com o outro. É o horizonte de vida, no seu todo, que bascula. Esta ligação estabelecida pelo código entre o segredo profissional e o direito à verdade permite atribuir aos códigos de deontologia uma função muito particular na arquitectura do juízo deontológico, a saber, a de fazer a permuta entre os dois níveis deontológico e prudencial do juízo médico e da sua ética. É fazendo do lugar de cada norma no interior do código de deontologia uma parte do seu significado, 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 acerca das fronteiras de uma prática médica de orientação “humanista”. A dizer a verdade, a arbitragem entre conflitos constituiu sempre a *parte crítica* de qualquer deontologia. Ultrapassamos aqui a letra dos códigos, que, tal como surgem à leitura, tendem, senão a dissimular os conflitos de que iremos falar, pelo menos a formularem apenas alguns compromissos saídos de debates levados a cabo em diferentes níveis do corpo médico, da opinião pública e do poder político. O que está escrito no código e aquilo que aí lemos é muitas vezes a solução que esconde o problema.

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

A primeira frente é aquela em que a ética médica orientada para a clínica – a única a ser aqui tomada em consideração – se encontra com a ética médica orientada para a investigação. Estes dois ramos tomados em conjunto constituem, com efeito, o que hoje se chama bioética, que comporta, entre outros aspectos, uma dimensão legal, fortemente acentuada no meio anglo-saxónico, que dá lugar à formação do conceito relativamente recente de biolei (*biolaw*). Deixarei totalmente de parte as controvérsias internas à ética da investigação e as relativas às suas relações com a instância legal superior. Apesar, no entanto, das suas orientações diferentes – melhorar os cuidados e/ou fazer avançar a ciência – a clínica e a investigação têm uma fronteira comum, ao longo da qual surgem inelutavelmente conflitos. Os progressos da medicina dependem, com efeito, largamente dos das ciências biológicas e médicas. A razão última desta dependência é que o corpo humano é, simultaneamente, carne dum ser pessoal e objecto de investigação observável na natureza. É principalmente por ocasião das modalidades de exploração do corpo humano em que a experimentação intervém, que podem surgir os conflitos, na medida em que a participação consciente e voluntária dos pacientes está em jogo; a este respeito, o desenvolvimento da medicina preditiva aumentou a pressão das técnicas objectivantes sobre a medicina praticada como uma arte. É aqui que intervém a regra do “consentimento informado” (*informed consent*). Esta regra implica que o paciente seja não somente informado, mas associado à experimentação a título de parceiro voluntário, mesmo que esta seja consagrada unicamente à investigação. Todos conhecemos os inumeráveis obstáculos que se opõem ao respeito integral por esta norma; as soluções de compromisso oscilam entre uma honesta tentativa para colocar limites ao poder médico (conceito evidentemente ausente dos códigos) e as precauções mais ou menos inconfessáveis tomadas pelo corpo médico para se precaver contra as acções judiciais desenvolvidas pelos seus pacientes, transformados em adversários em caso de presunção de abuso dissimulado ou, mais frequentemente, face a fracassos encarados como faltas profissionais (*malpractice*) por pacientes encolerizados, prontos a confundir o dever de cuidados, isto é de meios, com um dever de cura, isto é de resultados. Sabem-se as razias que produzem, nos Estados

Unidos, o ardor processual das partes em conflito, razias cujo efeito é substituir o pacto de confidencialidade, coração vivo da ética prudencial, por um pacto de desconfiança (*mistrust vs. trust*).

Mas nem tudo é enviesado, ou mesmo perverso, nos compromissos que as situações inultrapassáveis de conflito impõem. Que dizer, por exemplo, do caso limite, suscitado pela medicina preditiva, da dupla cegueira (*double blind*), em que o paciente não é o único excluído da informação, mas também o é o investigador experimentador? E que dizer relativamente ao consentimento informado? Neste ponto, a função arbitral da deontologia reveste não só os traços da jurisprudência como os da casuística.

A segunda frente segue a linha incerta de partilha entre a preocupação do bem-estar pessoal do paciente – pedra angular pressuposta da medicina liberal – e o tomar em consideração a saúde pública. Ora o conflito latente tende a opor a preocupação da pessoa e da sua dignidade e a preocupação da saúde como fenómeno social. É este o tipo de conflito que um código, tal como o *Código francês de deontologia médica*<sup>2</sup>, tende, se não a dissimular, pelo menos a minimizar. Assim, no seu artigo 2 determina que “o médico, ao serviço do indivíduo e da saúde pública, exerce a sua missão no respeito da vida humana, da pessoa e da sua dignidade”. Este artigo é o modelo do compromisso. É verdade que se põe a tónica sobre o indivíduo e a sua dignidade; mas a vida humana pode também ser entendida no sentido da maior extensão das populações, mesmo do género humano na sua totalidade. Este tomar em consideração a saúde pública afecta todas as regras consideradas acima, e antes de mais a do sigilo médico. É uma questão de saber, por exemplo, se um médico tem o dever de exigir do seu paciente que informe o seu parceiro sexual do seu estado de seropositivo, ou mesmo se não deve ser feita uma despistagem sistemática, o que não pode deixar de afectar a prática do sigilo médico. É aqui, seguramente, que a lei deve intervir e que a bioética deve tornar-se ética legal. Depende das instâncias legisladoras de uma sociedade (o Parlamento em alguns países, as altas instituições judiciais em outros) prescreverem os deveres de cada qual e definir as excepções à regra. Mas o dever de verdade devido ao paciente não é menos maltratado, assim que numerosos terceiros ficam implicados no tratamento. No caso da medicina hospitalar, o interlocutor do doente tende a tornar-se a própria instituição hospitalar, ao preço duma fuga incontrolável de responsabilidade. Este tomar encargo administrativo da saúde pública não afecta menos o terceiro pilar da ética normativa, ao lado do sigilo médico e do direito à verdade, a saber o consentimento informado. Já se aludiu acima à crescente dificuldade 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

---

<sup>2</sup> Louis René, *Code français de deontologie médicale*, introduit et commenté par Louis René avec une préface de Paul Ricoeur, Paris, Le Seuil, 1996, pp. 9-25.

planeta que se encarregam dos protocolos de investigação ou de verificação de novos tratamentos.

Em última análise, este conflito sobre a frente da saúde pública não tem nada de espantar. Poder-se-ia reescrever o contrato médico em termos de uma série de paradoxos. Primeiro paradoxo: a pessoa humana não é uma coisa, e no entanto 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 pois de espantar que este conflito na frente da saúde pública não cesse de se agravar, dado o custo cada vez mais elevado da investigação em biologia médica, o de explorações do corpo humano e de intervenções cirúrgicas altamente sofisticadas, tudo isto agravado pelo prolongamento da vida humana, para já não falar das expectativas irracionais de uma opinião pública que pede demasiado a um corpo médico de quem, por outro lado, teme os abusos de poder. Ou seja, entre a reivindicação de uma liberdade individual ilimitada e a preservação da igualdade na distribuição pública de cuidados sob o signo da regra de solidariedade só pode instituir-se um fosso.

### O não dito dos códigos

Chego agora àquilo a que chamei na introdução a função reflexiva do juízo deontológico. Desta função releva um novo ciclo de considerações que têm menos a ver com normas susceptíveis de ser inscritas num código de deontologia médica do que com a legitimação da própria deontologia, enquanto codificação de normas. Neste sentido poder-se-ia denunciar o não-dito de qualquer tarefa de codificação. Partamos do que se acaba de dizer acerca do conflito potencial implicado na dualidade dos interesses que se presume que sirvam a arte médica, o interesse da pessoa e o da sociedade. Um conflito entre várias filosofias subjaz aqui, conflito que põe em cena o que poderíamos chamar *toda a história da solitudine*. Assim, o juízo prudencial retém o melhor da reflexão grega sobre as 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 comprometer o médico de hoje. E é a *phronesis* dos Trágicos gregos e da ética de Aristóteles que se perpetua na concepção latina e medieval da prudência. É, em seguida, ao cristianismo e a Santo Agostinho que devemos o sentido da pessoa insubstituível. Mas lá vem o espírito das Luzes que retoma o mesmo tema no discurso da autonomia. E como não dar um lugar à história da casuística proveniente da tradição talmúdica, antes de solicitar a subtilidade dos Jesuítas? Pensemos, tão somente, nos nossos debates sofisticados sobre o embrião, “pessoa potencial”, e sobre as situações-limite em que o tratamento das doenças em fase terminal

oscila entre a obstinação terapêutica, a eutanásia passiva ou activa e o suicídio assistido!

O resumo da história das ideias morais que se reduz nas fórmulas lapidares e por vezes ambíguas dos nossos códigos não para aqui. A pressão exercida pela ciência biomédica e pelas neurociências provém duma abordagem racionalista, materialista mesmo, cujo *pedigree* remonta a Bacon, Hobbes, Diderot e d'Alembert. E como ignorar a influência, particularmente evidente nos meios anglo-saxónicos, das formas variadas de utilitarismo, exemplificadas por máximas do tipo da maximização dos QUALYs (*Quality/Adjusted/Life/Years*)? Tocamos o ponto em que a ética médica se funde na bioética com a sua dimensão legal. Com efeito, os compromissos que visam pacificar os conflitos evocados acima sobre as duas fronteiras das ciências biomédicas e da socialização da saúde, em nome da solidariedade, exprimem eles próprios compromissos, operando já não entre *normas*, mas entre *fontes* morais, no sentido de Charles Taylor em *Sources of the Self*. Ora não saberíamos censurar os códigos de deontologia por não dizerem nada acerca das fontes morais. É um facto que estas não estão mudas; mas já não é no campo da deontologia que se exprimem. O não-dito, aqui apontado, está mais entrincheirado.

O que está em jogo, em última análise, é a própria noção de saúde, seja ela privada ou pública. Ora esta não é separável do que pensamos – ou tentamos não pensar – no que diz respeito às relações entre a vida e a morte, o nascimento e o sofrimento, a sexualidade e a identidade, o si-mesmo e o outro. Aqui transpõe-se um limiar onde a deontologia se implanta numa antropologia filosófica, que não consegue escapar ao pluralismo das convicções nas sociedades democráticas. Se os nossos códigos podem, no entanto, sem declarar as suas origens, dar crédito ao espírito de compromisso, é porque as próprias sociedades democráticas só sobrevivem, no plano moral, na base daquilo que John Rawls denomina “consenso por comparação” e que ele completa com o conceito de “desacordos razoáveis”.

Gostaria de terminar este estudo com duas observações. A primeira diz respeito à arquitectura em três níveis da ética médica e ao percurso que aqui proponho de um nível para outro. Acontece que, sem o ter procurado deliberadamente, reencontro a estrutura fundamental do juízo moral que exponho 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 comum. Mas é numa ordem inversa que percorro aqui os três níveis teleológico, deontológico e sapiencial da ética. Esta alteração da ordem também não é fortuita. O que especifica a ética médica no campo de uma ética geral é a circunstância inicial que suscita a estruturação própria à ética médica, a saber, o sofrimento humano. É o sofrimento e o desejo de nos livrarmos dele que motivam o acto médico de base, com a sua terapêutica e a sua ética de base, ou seja o pacto de cuidados e a confidencialidade que ele implica. É assim que, partindo do terceiro nível da ética de *Soi-même comme un Autre*, que defino como sabedoria prática, vou subindo do nível sapiencial

ao nível normativo ou deontológico caracterizado aqui pelas três regras do sigilo 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 conduz de novo a ética ao seu nível teleológico. O que volto então a encontrar é a estrutura de base de qualquer ética, tal como a defino em *Soi-même comme un Autre*, na formulação canónica seguinte: desejo de viver bem, com e para os outros, em instituições justas. As perplexidades que evoco mais acima relativas ao significado ligado à ideia de saúde inscrevem-se precisamente no quadro duma reflexão sobre o desejo de viver bem. A saúde é a modalidade própria do viver bem, nos limites que o sofrimento consigna à reflexão moral. Muito mais, o pacto de saúde reenvia, através da fase deontológica do juízo, para a estrutura triádica da ética ao nível teleológico. Se o desejo de saúde é a figura em que se apresenta o desejo de viver bem sob a coacção do sofrimento, o pacto de cuidados e a confidencialidade que requer implicam uma relação com os outros, sob a figura do médico que trata e no interior de uma instituição de base, a profissão médica. É assim que o presente estudo propõe um percurso inverso dos níveis escalonados da ética fundamental.

A segunda observação diz respeito à fragilidade específica da ética médica. Esta fragilidade exprime-se em termos diferentes mas convergentes dos três níveis de ética médica. No plano prudencial esta fragilidade exprime-se pela dialéctica da confiança e da desconfiança, que fragiliza o pacto de cuidados e o seu preceito de confidencialidade. Uma fragilidade comparável, no ponto de charneira entre o juízo prudencial e o juízo deontológico, afecta os três preceitos que concluem a primeira fase da nossa investigação. Quer se trate do carácter insubstituível das pessoas, da sua indivisibilidade (ou, como proponho chamar, da sua integralidade), ou, finalmente, da estima de si mesmo, cada um destes requisitos designa uma vulnerabilidade cumulativa do juízo médico ao nível prudencial. No plano deontológico a ética médica está exposta a uma fragilidade de outro tipo. Encontra-se apresentada mais acima pela 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 ligado à investigação biomédica, quer se trate das tensões entre a solicitude dirigida ao doente enquanto pessoa e a protecção da saúde pública. A função de arbitragem que reconhecemos ao juízo médico na sua fase deontológica encontra-se, assim, fundamentalmente motivada pelas fragilidades próprias deste nível normativo de juízo. Mas é muito óbvio que é no plano reflexivo do juízo moral que se revelam as modalidades mais difíceis de tratar da fragilidade própria da ética médica. Que laço estabelecemos entre a procura de saúde e o desejo de viver bem? Como é que integramos o sofrimento e a aceitação da mortalidade na ideia que fazemos da felicidade? Como é que uma sociedade integra na sua concepção de bem comum os estratos heterogéneos depositados na cultura presente 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.