

ADILON PASSINHO KOURY

**A OBJEÇÃO DA CONSCIÊNCIA DO MÉDICO EM SUA RELAÇÃO COM O
PACIENTE**

**Dissertação apresentada ao programa de
Mestrado em Direito do CESUPA- Centro
Universitário do Pará como requisito para
obtenção do título de Mestre em Direito.
Área de concentração: Direitos, Políticas
Públicas e Desenvolvimento Regional.
Linha de Pesquisa: Direitos, Políticas
Públicas e Direitos Humanos.
Orientador: Professor Doutor Sandro Alex
Simões.**

**Belém
2015**

ADILON PASSINHO KOURY

**A OBJEÇÃO DA CONSCIÊNCIA DO MÉDICO EM SUA RELAÇÃO COM O
PACIENTE**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Direito do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA
Orientador: Prof. Dr. Sandro Alex Simões**

Banca Examinadora:

Orientador

**Prof. Dr. Sandro Alex Simões
Centro Universitário do Estado do Pará**

Avaliador interno

**Prof(a). Dr(a):
Centro Universitário do Estado do Pará**

Avaliador externo

**Prof(a). Dr(a):
Instituição**

Belém, ____ de _____ de 2015

Avaliação: _____

**Belém
2015**

Para Gisele, sem a qual, nada,
E para Bia, para quem, tudo!

Agradeço a Deus e a meus pais pela minha existência,
À Gisele por existir na minha vida e me permitir realizar,
À Bia por trazer a minha existência um novo significado,
À Professora Patrícia Blagitz pelo estímulo,
Ao Professor Sandro Alex por me mostrar o caminho,
Aos colegas de turma do Mestrado pelo carinho e apoio,
Aos colegas Bernardo Pereira e ao Fabrício Prado em especial, pela proximidade,
À Socorro pela presença e ajuda sempre,
Aos meus colegas médicos que tanto me ajudaram para poder cursar o programa de
mestrado, em especial ao Roque Cordeiro Neto e à Leila Rezegue,
E por fim, mais não menos importante, a todos os pacientes que entregaram sua
vida, seus sonhos e esperanças em minhas mãos, me fazendo, por vezes, a pessoa
certa no momento certo, me engrandecendo ao me fazer perceber minha pequenez.

“Bem está aquele que,
Por aquilo que lhe é benéfico,
Faz o Bem a outrem”
(Provérbio Árabe)

RESUMO

A objeção por motivos de consciência é uma forma de resistir a um comando legal cuja determinação agride a esfera mais íntima do indivíduo. Decorrente dos direitos fundamentais à liberdade de pensamento e à liberdade religiosa, a objeção de consciência é avaliada, neste estudo, quanto a sua aplicação pelo médico no âmbito de sua relação profissional para com o paciente. A partir dos ideais de virtude da tradição aristotélica, revitalizados por MacIntyre, a objeção do médico é discutida no contexto da tradição médica ocidental e da discussão bioética, sobretudo quanto à ética e à moralidade interna da medicina, e também em relação ao conceito de Bem, entendido aqui como o objetivo almejado pelo médico e pelo paciente na realização de um tratamento de saúde. Este trabalho analisa a figura jurídica e a aplicabilidade da objeção de consciência do médico, além de sua limitação para proteger os dois elementos da relação médico-paciente. A objeção de consciência é estudada como um direito fundamental do médico no exercício de sua profissão, capaz de proteger os agravos à sua consciência diante das obrigações profissionais e da autonomia do paciente, quando existe dissenso não conciliável entre suas convicções e as necessidades e anseios do paciente em relação ao tratamento a ser instituído.

Palavras-Chave: Objeção de Consciência. Relação Médico-Paciente. Responsabilidade Médica. Ética de Virtudes.

ABSTRACT

Conscientious objection is a form of resisting to lawful command whose determination attacks the most intimate individual sphere. Originated from the fundamental rights to freedom of thought and freedom of religion, conscientious objection is evaluated in this study as an application by the doctor within their professional relationship with the patient. From the ideal of virtue of the Aristotelian tradition, revitalized by MacIntyre, the doctor's objection is discussed in the context of Western medical tradition and bioethics discussion, particularly according to the ethics and morality of internal medicine, and also in relation to the concept of Well, understood here as the objective pursued by the doctor and the patient in performing a medical treatment. This paper analyzes the legal form and the applicability of the doctor's conscientious objection, in addition to its limitation to protect the two elements of the doctor-patient relationship. Conscientious objection is studied as a fundamental right of the physician in the exercise of their profession, which is able to protect harm to his conscience in the face of his professional obligations and patient autonomy when there is irreconcilable disagreement between their beliefs and the needs and desires of patient regarding the treatment to be established.

Keywords : Conscientious Objection . Doctor-Patient Relationship. Medical Responsibility. Ethics of Virtue..

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
I O AGIR HUMANO E A RAZÃO PRÁTICA	15
1.1 A Noção de Bem	15
1.2 A Dialética da Noção do Bem – Entre o Indivíduo e a Pólis	18
1.3 O Tólos e o Bem – Entre a Filosofia Teórica e a Filosofia Prática	20
1.4 Razão Prática Individual, o Tólos e a Ideia de Bem	24
1.5 A Tradição e a Ideia de Bem	26
1.6 A Racionalidade e a Motivação do Agir Humano	28
1.7 Variadas Racionalidades, Variadas Moralidades	34
1.8 A Bioética como Dialética à Respeito do Bem	37
1.9 Tradição Aristotélica – Um Resgate e uma Tentativa de Acordo	41
II TRADIÇÃO MÉDICA, ÉTICA, SAÚDE E BIOTECNOLOGIA	46
2.1 Responsabilidade e Ética no Agir do Médico	46
2.2 A Ética da Relação Médico-Paciente	57
2.3 Os Objetivos da Medicina na Tradição Médica Ocidental	67
2.4 Medicina, Ética e Mercado	75
2.5 A Biotecnologia e a Modernidade na Relação Médico-Paciente	82
2.6 Anomia e Pluralidade Social na Relação Médico-Paciente	92
III A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO MÉDICO	100
3.1 Consciência e Tradição	100
3.2 A Tradição e a Moralidade do Agir do Médico	109
3.3 O Encolhimento Moral da Medicina e da Ação do Médico	121
3.4 A Objeção de Consciência do Médico e o Contexto Relacional com o Paciente	126
3.5 Acolhimento e Limitações da Objeção de Consciência do Médico	141
3.6 Críticas à Objeção de Consciência	153
3.7 A Objeção de Consciência do Médico Segundo o Código de Ética Médica	160
3.8 A Objeção da Consciência do Médico como Direito	164
CONCLUSÃO	187
REFERÊNCIAS	198

INTRODUÇÃO

A atividade profissional do médico envolve sempre um raciocínio de decisões concatenadas. Estas decisões partem de uma coleta de dados, a análise do caso, com várias possibilidades de diagnósticos, as quais são refinadas, através da classificação em grandes grupos de doenças e, posteriormente, filtradas por exames complementares, os quais reforçam ou diminuem a possibilidade de um diagnóstico específico. De posse de uma hipótese de diagnóstico, cabe ao médico decidir por um tipo de abordagem terapêutica, de modo a conseguir o melhor resultado na recuperação da saúde do doente. Essa ideia de fluxograma de decisões lógicas e protocolares parece igualar a mente e o raciocínio do médico a um tipo de programa de diagnóstico e decisão que poderia ser simulado facilmente nos modernos computadores. Todavia um viés de erro assombra cada uma dessas decisões. A primeira indeterminação está relacionada à variabilidade dos sistemas biológicos, dos quais o homem é um exemplo. A segunda agressão a uma presumida certeza é a limitação do conhecimento médico, que não é completo, apesar dos passos largos e saltos que se observa na evolução biotecnocientífica do mundo contemporâneo. Uma terceira possibilidade de erro é o próprio homem.

O médico é homem, o paciente é homem. Essa humanidade está fadada ao erro, apesar de perseguir os acertos e de consegui-los algumas vezes. Quando se fala de humanidade e de possibilidade de erros há de se entender que o ser humano tem limitações, nenhum médico detém todo o conhecimento de forma imediata para aplicá-lo a uma situação médica. Essa limitação de chegar a uma resposta correta e aplicável a determinado caso pode ser facilmente entendida pela comparação com a metáfora do juiz Hércules de Dworkin. O médico não tem todo o tempo e todo o conhecimento necessários para tomar sempre a decisão correta.

O fator humano do médico, além da limitação natural, ainda traz o fator emocional como facilitador de erros. Por mais lógico que seja o pensamento médico, as emoções do homem não são totalmente sublimadas em sua pessoa. Um médico extremamente competente e com conhecimento vasto pode não ter a capacidade de interação necessária e desejável para sua atuação como profissional que cuida de outro ser humano. Todos desejam, em situação de doença, que

o médico que nos assiste possua um bom equilíbrio entre humanidade, relação interpessoal e conhecimento da arte médica.

A capacidade de relação entre o médico e seu paciente é um dos fatores determinantes do sucesso do tratamento. A confiança depositada na pessoa do médico facilita aceitar os aspectos desconfortáveis de um tratamento e cria uma expectativa de melhora, além de permitir a aceitação da condução terapêutica em caso de doença. Essa relação médico-paciente, talvez seja um dos principais fundamentos da arte da medicina. O conhecimento científico aplicado nesse cuidar é recente na história da profissão, mas é determinante no sucesso e capacidade de resolução de problemas de saúde que a medicina oferece nos dias atuais.

Para que haja uma confiança na relação entre médico e paciente, este deve estar convencido de que o objetivo do tratamento é o seu bem. O entendimento quanto ao objetivo de tratamento deve estar, portanto, bem ajustado e determinado pelo médico e pelo paciente, com uma esperada coincidência de resultado final a ser buscado. Os fatores humanos influenciam essa percepção de objetivo e de resultado buscado, pois cada indivíduo tem suas particularidades, seus anseios, seus projetos. Os desejos ou determinações do paciente no caminho a ser percorrido pelo tratamento podem impossibilitar ao médico de trilhar o caminho mais efetivo ou mais fácil, alterando sua cadeia de decisões e ações.

O avanço do conhecimento técnico da medicina é desejado e esperado, porém com a associação de um bom relacionamento entre médico e paciente. O fato de a relação entre médico e paciente ser uma relação entre seres humanos, permeados pelas emoções e histórias de vida próprias, determinam a possibilidade de erro em que a objeção de consciência do médico pode ocorrer. Como já se falou, cada indivíduo tem a sua concepção sobre aquilo que tem por desejado na sua trajetória de vida, porém, nem sempre essa concepção, chamada neste trabalho noção de Bem, é a mesma para o médico e para o paciente.

Um determinado procedimento médico ou uma forma de tratamento podem ser desejados e necessários para aplicação ao paciente, pode ser permitida por lei, além de ser possível de realização pelas técnicas médicas disponíveis em determinado momento, todavia, pode ter sua aplicação recusada pelo médico por razões originadas em sua consciência. O sistema jurídico pode ainda determinar a obrigatoriedade de tal procedimento recusado, colocando o médico em uma situação

em que tem que decidir entre ouvir à própria consciência ou se submeter a uma obrigação profissional ou estatal.

Este trabalho tem como objetivo avaliar o direito do médico exercer a objeção da consciência no contexto de sua relação com o paciente, buscando responder ao questionamento se esse direito do médico é de natureza fundamental na sua atuação individual profissional, quando decorrente de impedimentos de consciência. Entenda-se como motivo de consciência aos aspectos relacionados à convicção religiosa, ao entendimento filosófico, às concepções pessoais de moral e ética.

A objeção de consciência do médico necessita, para seu entendimento, ser avaliada no contexto de sua aplicação, isto é, a relação entre médico e paciente de forma interpessoal. Não é possível, ressalte-se, tentar afastar as influências dos grupos sociais, sobretudo a tradição cultural e os ditames estatais. Dessa forma, estudar o contexto relacional entre médico e paciente, a tradição médica e a percepção de Bem são objetivos secundários para a resposta ao problema proposto.

No Brasil a objeção de consciência é conhecida e discutida com mais frequência em sua aplicação à recusa em prestar o serviço militar obrigatório. Também é exemplo de exercício do direito à objeção de consciência os motivos religiosos de recusa em receber derivados de sangue pelas Testemunhas de Jeová e a orientação de guardar o sábado pelos adventistas do sétimo dia. A objeção de consciência exercida pelo médico em sua relação com o paciente tem pouca discussão em nosso meio, talvez em virtude de ainda existir uma proteção muito grande da autonomia do médico em decorrência do Código de Ética Médica brasileiro, todavia o futuro pode aumentar a necessidade de aplicação desse direito em virtude do amplo horizonte de condutas médicas decorrente da inovação científica que a medicina vem experimentando.

Em relação à objeção de consciência exercida pelo médico em sua prática profissional, convém avaliar qual é a liberdade protegida quando se defende o imperativo de consciência, assim como verificar a natureza jurídica do exercício dessa objeção. O debate sobre a relação ente vontades da maioria, representada no ordenamento jurídico, e a proteção da vontade de grupos minoritários deve ser mantido em busca de preservar a dignidade da pessoa humana frente à autoridade estatal. Nesse debate devem ser verificados os aspectos de limitação do exercício do direito e a proporcionalidade justificadora de sua aplicação quando existe prejuízo

a outro indivíduo, o qual é evidentemente importante diante do aspecto relacional que permeia este trabalho.

O avanço da técnica médica coloca em questão os valores profissionais e pessoais do médico diante de um mundo de possibilidades terapêuticas que ampliam e tornam diáfanos os limites entre o possível e o impossível dentro da prática médica. Os questionamentos relacionados ao início e final de vida são frequentes e aparentemente insolúveis. A dignidade humana pode ser violada na atuação médica, seja por imposição da natureza da doença, por despreparo médico, e até pelo próprio paciente que não tem condições de aceitar as agruras de um caminho tortuoso em busca do resgate da sua saúde.

A presente dissertação tem influência da dialética inerente ao estudo da Bioética, onde a pluralidade de opiniões são discutidas com o objetivo de se chegar a um consenso ou orientação capaz de direcionar uma conduta como desejável. O enfoque a ser utilizado é centrado na ética personalista. Assim, também são objetivos secundários deste trabalho, verificar a influência da pluralidade de entendimentos sociais e outros fatores capazes de influenciar a atividade do médico em sua relação interpessoal para com o paciente.

A formação e atuação do autor como médico, em situações de decisões de grande importância e de gravidade extrema, relacionadas à doença e ao manejo de pacientes críticos, permite uma visão especial decorrente do envolvimento com o problema proposto, mas ele tenta manter uma posição de observador privilegiado, ainda que participante ativo do teatro da arte de tratar. Há que se entender que uma postura crítica e imparcial é extremamente difícil em uma discussão como essa, mas este trabalho tem uma orientação e intenção científicas de buscar um exame imparcial do problema da objeção de consciência do médico, mesmo admitindo não ser possível, aqui, o completo afastamento entre pesquisador e objeto.

Não será feita uma avaliação das motivações de foro íntimo que possam justificar a objeção de consciência do médico no trato de seu paciente, posto que tal avaliação é demasiado ampla e incompatível com a finalidade desta dissertação. Essas motivações internas relacionadas com a consciência podem se vestir de convicções religiosas ou de ditames de ordem filosófica moral e ética pessoal, mas, independentemente da origem dessa motivação, representam o foro mais interno do indivíduo que deve ser resguardado da invasão do poder estatal. Neste trabalho abordaremos os motivos de consciência de forma ampla segundo essa orientação.

O capítulo inicial tem como norte a investigação da noção de Bem a partir da concepção de uma ética de virtudes proposta por Aristóteles e rediscutida por MacIntyre. A ideia de um mundo atual sem uma tradição única e intacta como causa de dissensos éticos e morais também é comentada. O aspecto de confronto entre aplicação técnica, teórica e aplicação prática real também é avaliado. A noção de Bem, segundo Aristóteles, voltada para a pessoa, e conforme Platão, direcionada à *pólis*, conforme discussão de Gadamer, serve como contraponto na discussão entre a liberdade individual e as imposições realizadas pelo Estado.

O segundo capítulo discute os aspectos que envolvem e influenciam a relação entre médico e paciente. Inicialmente, o aspecto da tradição histórica da atividade médica, originada no juramento de Hipócrates, serve como localizador do conteúdo relacional entre medicina, médico e doente. A responsabilidade médica, a partir do entendimento de Hans Jonas é discutida para que seja possível antagonizar o dever do médico e seus direitos. O objetivo inerente à prática médica é discutido, assim como sua aplicação no mundo atual, em que interesses econômicos e individualistas se associam ao desenvolvimento técnico para confrontar a antiga tradição médica. A teoria sociológica da anomia é discutida para avaliar a situação atual do médico que tem diante de si obrigações profissionais e determinações de ordem interna na condução de sua ação.

O terceiro capítulo tratará da objeção de consciência do médico em sua relação com o paciente de forma mais evidente. A definição de objeção de consciência aplicada à essa relação é buscada. A noção de consciência, sob aspectos religioso e secular, se faz importante para o entendimento do problema. A tradição moral da medicina é explorada como forma de justificar certos padrões de conduta de prática profissional. Também são avaliadas as críticas e formas de acolhimento da objeção do médico por imperativos de consciência. Uma revisão dos aspectos jurídicos do direito em objetar exercido pelo médico, sobretudo em relação ao seu entendimento como direito fundamental constitucionalmente protegido, além do aspecto ético representado pelo Código de Ética Médica brasileiro, finalizam esse capítulo.

O autor tece, finalmente, suas conclusões e questionamentos próprios quanto à recusa do médico, com base em ditames internos de consciência, na prestação de tratamentos e procedimentos ao seu paciente, tentando responder aos questionamentos a que se propõe.

I O AGIR HUMANO E A RAZÃO PRÁTICA

Para que seja possível discutir qual a motivação do agir humano é necessário que se faça algumas considerações sobre os interesses pessoais e do grupo em que se vive. O objetivo de toda ação que passa por um processo racional de decisão deve ser alinhado com esses interesses.

O interesse intencionado por uma pessoa, ou por um grupo, pode ser chamado de Bem em um sentido ampliado e valorado de um simples objetivo. Por vezes, uma tomada de decisão não traz consequências importantes, sendo mera escolha, mas, em outros casos, o resultado da ação escolhida pode afetar de forma indelével a história de vida de um indivíduo e daqueles que o cercam.

Na prática profissional médica, um Bem é perseguido em cada decisão tomada no fluxo do tratamento, as consequências extrapolam a pessoa do médico e atingem diretamente o paciente. O Bem buscado no exercício da medicina deve ser avaliado em um contexto ancestral e em outro atualizado. É importante questionar se é possível uma concepção temporal diferente desse Bem da arte médica. A noção de Bem deve ser discutida para que seja possível tentar responder a essa pergunta.

1.1 A Noção de Bem

A noção ancestral de Bem nos remete à filosofia antiga, mais especificamente Platão e Aristóteles. Platão buscava um conceito idealizado e transcendente, enquanto Aristóteles tinha uma noção mais prática na aplicação da ideia do Bem.

Gadamer (2009, p. 20), comentando Platão, a respeito dos fenômenos morais, diferenciando idealismo de realismo, defende que a abstração de um conceito difere da consciência prática, o comportamento verdadeiro e considerado correto no ser humano não deve ser orientado pelos conceitos e parâmetros convencionais ligados à opinião pública, mas atrelado à consciência moral decorrente do que se considera como verdadeiro e inalterável para si. Não é uma abstração vazia fazer uma distinção entre o que vale como justo e a própria justiça.

O conhecimento do Bem não pode ser compreendido nos moldes da *tékhne*, de um conhecimento técnico, pois ele deve ser compreendido como um conhecimento prático, aproximando-se do conceito da *phrónesis* socrática, da

prática do bem. A ideia Aristotélica de *phrónesis*, a virtude da prudência prática, por vezes utilizada como sinônimo tanto de *tékhne* como de *epistéme*, não configura o conhecimento de Bem como um conhecimento do tipo *tékhne*, não sendo possível considerar como algo que se aprende. (GADAMER, 2009, p. 35-7).

Deve ser ressaltado que, nesse aspecto, o Bem deve ser experimentado e não apenas aprendido. O Bem representa uma experiência para o indivíduo, não sendo definido de forma precisa e distinta no transcorrer da existência dos ser, podendo ser discutido a cada momento de forma dialética.

Na área de atuação médica, a técnica é de extrema importância para a aplicação do conhecimento científico no tratamento e prevenção de doenças. Esse conhecimento pode ter uma abordagem impositiva e com pouco espaço para discussão. Nessa forma de imposição se compreende o posicionamento paternalista verificado na relação entre médico e paciente. Essa relação médico-paciente decorre de séculos de prática médica, mas, nos dias atuais, vem sofrendo uma ressignificação, voltada para uma valorização do indivíduo que se torna o paciente. O discurso médico de escolher condutas de forma paternalista está sendo substituído por uma discussão entre médico e seu paciente, de modo a substituir um discurso impositivo por uma relação dialética. Essa mudança de paradigma relacional é verificada com a importância da Bioética no mundo atual, o que será discutido mais adiante.

Conhecer, no sentido de conhecimento profundo, tem aplicação para qualquer indivíduo que tenha uma ciência ou arte, como no caso do médico e do matemático. Entretanto, existe uma diferença essencial que distingue a prudência prática da prudência técnico-teorética. No exercício prático da razão não se pode apoiar em conhecimento geral pré-adquirido, contudo é possível reivindicar um direito a partir de conjecturas próprias sobre os benefícios e malefícios em determinado caso, de modo a se fazer um juízo e tomar a decisão racional. A virtude da prudência ou da boa orientação está em buscar em si mesmo e junto a outros indivíduos sobre a maneira correta de agir em determinada situação usando as boas razões, um comportamento racional prudente. (GADAMER, 2009, p. 37-8).

A decisão racional advém da associação de um conhecimento prévio com o exercício prático, moldados pelo juízo, de modo a chegar a uma decisão tomada com prudência. As variações de conhecimento e experiências permitem que as mais variadas decisões possam ser tomadas de forma racional por pessoas diferentes. O

conhecimento prévio determina uma influência nessa tomada de decisão. Por vezes esse conhecimento faz parte de um corpo de informações conjugadas que determina decisões que devem seguir uma linha de raciocínio, como acontece com a ciência.

As ciências, assim como o agir de um simples artesão, estão baseadas em um conhecimento prévio, adquirido e aplicado, cuja racionalidade de ação depende deste conhecimento, o qual se revela na capacidade de saber ensinar seu ofício. O saber médico tem limitações e impossibilidade de determinar os êxitos de forma exata, parece não se constituir em uma ciência *de per sí*, mas na aplicação prática de conhecimento científico. A dialética é um processo de dar e exigir esclarecimentos, não se constituindo em uma forma de conhecimento prévio, e não poderia ser considerada como uma forma pré-determinada, ou deixaria pairando a ameaça de uma possível confusão relacionada com o discurso. (GADAMER, 2009, p. 40-1).

A dialética e o discurso são pouco usados quando a decisão deve ser baseada em um conhecimento concreto e verificável, que não é manipulado pela vontade humana, como o conhecimento médico, todavia, a aplicação do conhecimento médico encontra um viés de variação relacionada aos sistemas biológicos em geral. Na ciência natural, objetiva, a dialética tem menor importância, pois o espaço de discussão é menor. A prática médica tem especial característica de envolver a aplicação de uma ciência biomédica que busca a objetividade e um indivíduo pensante com sua subjetividade.

Para Aristóteles, a natureza humana, com sua capacidade linguística, torna o homem capaz de registrar prazer e dor, certo e errado, justo e injusto. Dessa forma, a faculdade essencialmente humana da linguagem é exercida por meio de associação política, justificando a *pólis* com uma natureza que antecede o indivíduo, uma vez que o ser humano não é autossuficiente. (SANDEL, 2014, p. 243).

A capacidade de linguagem, como diz Aristóteles, é o que permite ao homem registrar, no tecido social, as suas experiências. O homem cresce em um ambiente previamente formado, com o qual ele vai interagir e onde deve se desenvolver. Surge aqui a dualidade entre um mundo individual interno e o mundo exterior representado pela *pólis*. A relação do indivíduo com a *pólis* em que vive sofre a influência da moralidade que permeia essa relação para com cada um dos

indivíduos do grupo político. É a prática dessa relação que pode originar a virtude moral.

Em Aristóteles, a vida moral tem a felicidade como principal objetivo, mas sem o aspecto utilitarista de maximizar o peso do prazer sobre a dor. O indivíduo virtuoso sente prazer e dor com as coisas certas. A excelência moral alinha prazeres e sofrimentos, tornando a felicidade em uma maneira de ser, uma sintonia entre alma e virtude. Essa virtude moral decorre do hábito e é aprendida com a prática. (SANDEL, 2014, p. 244).

1.2 A Dialética da Noção do Bem – Entre o Indivíduo e a *Pólis*

A noção aristotélica de Bem tem um aspecto individual e outro exterior. A expressão racional para a ação pode ser baseada unicamente em anseios interiores, de forma egocêntrica, ou levar em consideração os anseios do grupo. Como não é possível uma determinação absoluta e inequívoca do Bem relacionado a cada decisão a ser tomada, é a prática e a experiência na *pólis* que realiza a noção teorizada desse Bem.

Quando, em determinada situação, não existe um conhecimento especializado nem especialista, e todos podem reivindicar para si o direito de ter um entendimento próprio, cada indivíduo fala com os outros e tenta convencê-los a respeito da justeza de sua opinião, sobretudo em se tratando de deliberações políticas e sociais, todavia, esse entendimento afeta, também, a vida pessoal. A questão do Bem reúne ao seu redor um conflito de ação, em que cada indivíduo faz valer suas razões. Em relação ao Bem, cada indivíduo deve indagar a si próprio e interagir com os outros, estabelecendo um diálogo interno e externo. (GADAMER, 2009, p. 42-3).

Ressalta-se, novamente, que o conhecimento especializado se impõe sobre o entendimento individual leigo, mas é necessário entender que a aplicação desse conhecimento especializado pode trazer consequências que não são previstas pelo especialista. Dessa falta de previsão de riscos, surge uma necessidade de ampliar a discussão com a participação de médico, paciente, outros especialistas além de abertura de debate com a sociedade em geral. Esse diálogo externo da aplicação do poder científico da técnica biomédica fez surgir a Bioética.

A dialética a respeito do Bem não parte de pressupostos provados cientificamente, mas que surgem de uma familiaridade anterior com a questão em discussão, o que Aristóteles afirma ser uma relação entre uma previsão e uma visão voltada para a questão abordada no discurso. (GADAMER, 2009, p. 43-4).

Em A República, Platão introduz o conhecimento do Bem em um segundo momento, depois de discutir os estamentos da *pólis* e as virtudes da alma em suas analogias, após a discussão do caráter cognitivo da *areté*. O Livro IV da referida obra deseja definir a pergunta acerca da justiça. A busca da justiça engloba, de forma abrangente, e por caminhos sinuosos, a ideia do Bem segundo Platão. (GADAMER, 2009, p. 68).

Platão acredita que a noção de Bem está voltada à *pólis*, pois, como o homem dependo da vida em grupo, rapidamente deveria perceber que seus desejos não são os únicos existentes. Dessa forma, o homem se vê levado a satisfazer os desejos do grupo do qual depende para sua sobrevivência. Platão considera que a reflexão filosófica é capaz de retirar o indivíduo das amarras dos desejos particulares e levá-lo ao mundo real da vida em grupo. Em um estado ideal, em que todos atenderiam aos interesses do grupo de forma natural, os filósofos seriam os guardiões e a política seria ideal e sem corrupções decorrentes de interesses particulares e individuais.

Dessa forma, para Platão, a educação teórica ideal dos guardiões do estado ideal tornava os indivíduos livres da caverna, deixando de sentir um impulso espontâneo de retornar a essa caverna, representada pela política, cheia de conhecimentos inexatos e equivocados. Da mesma forma, Sócrates está de acordo com essa objeção do indivíduo retornar à caverna de sensações e desejos humanos, pois, no Estado ideal socrático não há espaço para uma esfera privada, individual, não há nenhum questionamento quanto à felicidade individual. Para Sócrates, o que importa é a felicidade coletiva. Nesse entendimento, em uma *pólis* ideal, os indivíduos não seriam considerados coagidos pelos outros, e se submeteriam às tarefas políticas propostas por uma consciência sã e própria. (GADAMER, 2009, p. 69-70).

1.3 O *Télos* e o Bem – Entre a Filosofia Teórica e a Filosofia Prática

Para Aristóteles, o objetivo do ser ou da ação, ou seja, o *télos*, é importante na determinação da justiça. Conhecer o *télos* permite entender as concepções de cada indivíduo e as razões da prática. Conhecer o *télos* permite entender a noção de justiça e de aplicação do Direito.

Para se definir os direitos, portanto, é necessário saber qual é o *télos* (propósito, finalidade, objetivo) da prática social em questão, visto que, para a filosofia política de Aristóteles, a justiça é teleológica. Deve ser considerada ainda a condição honorífica da justiça, em que se discute e busca compreender as virtudes a serem honradas e recomendadas pela justiça. (SANDEL, 2014, p. 233).

A noção de justiça aristotélica, partindo dessa concepção teleológica, pode ser discutida em termos de discutir o *télos*, mas não deve ser compreendida como mera opinião. Há que se tentar determinar, de forma mais correta possível, o *télos* de uma ação para que seja possível determinar de forma precisa sobre o que se discute e a justiça de determinado ato.

É importante que em uma ação em que haja dois indivíduos interessados com o seu resultado, que este seja compatível com a noção de Bem, com o objetivo da ação. Na ação médica, se faz necessário que os fins desejados pelo médico e pelo paciente sejam os mesmos, ou não será possível adequar o tratamento de forma a satisfazer os dois lados da relação.

Para Aristóteles, segundo Sandel (2014, p. 234-5), a justiça não pode ser neutra, pois, em sua opinião, os debates sobre a justiça são debates sobre a honra, a virtude e a natureza de uma vida boa. O entendimento aristotélico de que justiça significa das às pessoas o que elas merecem e aquilo que lhe é devido suscita questionar o que uma pessoa merece e quais as justificativas relevantes para o mérito. Deve ser considerado aquilo que se distribui e as pessoas a que se distribui. O raciocínio teleológico orienta que se procure determinar o propósito o fim de um bem para que se possa distribuí-lo com justiça.

Muitas vezes as discussões sobre justiça são discussões sobre o *télos*, sobre o propósito de uma instituição social. Para Aristóteles a natureza essencial de uma instituição não é definida e estabelecida de forma definitiva, mas não é, também, uma simples questão de opinião. (SANDEL, 2014, p. 238). Em relação à política, Aristóteles acredita que seu propósito não é ser uma estrutura de direitos neutra,

mas ter uma finalidade, qual seja, a de formar bons cidadãos e cultivar o bom caráter, pois a associação política não pode ser mera aliança, um mero pacto, tornando-se uma regra de vida para tornar seus membros bons e justos. (SANDEL, 2014, p. 240).

Aristóteles é lembrado como o primeiro filósofo a discutir a filosofia teórica e prática, fazendo uma diferenciação entre elas. (KNIGHT, 2007, posição 113). A noção de Bem que origina o *télos* parece advir de uma relação prática e teórica. A filosofia prática de Aristóteles, envolvendo ética, política e economia, tem dois pontos de atração. O primeiro é a imagem da excelência humana que é apresentada, o segundo é que essa imagem é uma projeção da filosofia teórica, que envolve a natureza, a lógica e o ser, com toda sua grandeza e influência. (KNIGHT, 2007, posição 54).

Em um retorno à tradição aristotélica, MacIntyre diminui a distinção conceitual e a disputa entre as implicações éticas e políticas. Em vez disso, MacIntyre separa o que ele chama práticas e instituições, bem de excelência e bem de efetividade. (KNIGHT, 2007, posição 92). Assim, MacIntyre revê a tradição aristotélica e posiciona o Bem como decorrente da prática da excelência moral. Esses bens de excelência estão voltados para o aspecto interno, enquanto os bens de efetividade, voltados para a esfera externa ao indivíduo.

A conduta ética, conforme Sócrates, tem, como integrantes, o esclarecimento e a responsabilidade. Dessa forma, o esclarecimento não se restringe a uma ou outra manifestação ética, nem a uma conduta ética determinada, nem a um saber determinado. A noção de Bem e da virtude única, desta feita, se discutem e definem por meio da dialética. Há um eco dessa concepção em Aristóteles quando refuta as diferentes formas de excelência moral (*areté*). Assim, tanto Sócrates quanto Aristóteles acreditam ser problemático unificar todas as virtudes. (GADAMER, 2009, p. 65-6). Aristóteles, portanto, não acredita existir uma virtude única, como pensava Platão, que buscava um conceito uno de Bem.

O médico é o profissional que tem o esclarecimento e o conhecimento técnico para a condução de tratamentos e de agravos à saúde. Do poder decorrente desse saber técnico e esclarecido resulta na responsabilidade que o médico tem para com aquele que se submete a esse saber para buscar sua cura ou recuperação. Agindo com ética, o médico deve usar seu conhecimento técnico associado à responsabilidade exigida de sua atividade.

Platão, no Livro IV, de A República, tem a mesma intenção do Protógoras socrático, qual seja, discutir a unidade das virtudes, neste caso, em uma temática de uma *pólis* ideal. Platão discute uma unidade na multiplicidade, uma multiplicidade de estamentos, semelhante às várias partes da alma, buscando uma unidade e uma harmonia. Platão, paralelamente, organiza o Estado em estamentos e a alma em virtudes. (GADAMER, 2009, p. 66).

Esses vários estamentos e várias virtudes estão mais próximos da ideia de várias concepções de Bem que os indivíduos podem apresentar, como defendido por Aristóteles. Em havendo seres humanos com percepções diferentes sobre o Bem, haveria, conseqüentemente, uma discussão e uma sobreposição da concepção de um indivíduo sobre a de outro, originando uma forma de influência e poder decorrente dessa disputa. Essa noção de Bem individual, apenas uma aparência do Bem verdadeiro, torna a *pólis* corruptível e imperfeita, longe da *pólis* idealizada por Platão.

A coexistência da teoria em um mundo de aparências, de onde surge o poder social, envolve algo ideal com algo que se distancia do ideal. No conceito platônico demonstrado na Politéia, os problemas que surgiriam e causariam distorção na vida sócio-estatal seriam resolvidos de uma forma ideal, objetivando um crescimento do bem estar coletivo. Qualquer conflito é negado. Todavia, parece que a intenção de Platão é demonstrar o conflito existente no indivíduo pensante de forma indireta. Para Platão, todas as cidades e todo o ente estatal estavam extremamente corrompidos e irreparáveis, a menos que uma reforma gigantesca ocorresse, segundo seu auto-testemunho na Sétima Carta, denotando, quiçá, uma incompatibilidade entre a filosofia e a política, entre a teoria existencial e a própria política. É óbvio que essa *pólis* ideal não é factível, sendo considerada como uma crítica ao sistema que se apresentava na realidade histórica de Platão. (GADAMER, 2009, p. 70-1).

Um estadista verdadeiro não pode se ater apenas ao conhecimento teórico, deve ter a habilidade de perceber o mundo real, não pode buscar um Bem ideal quando sabe que existem diversas noções individualizadas de Bem, relacionadas aos indivíduos, e uma concepção de Bem ligado ao aspecto geral da *pólis*. Mais uma vez se percebe a necessidade de técnica e discussão pragmática.

O Estado utópico da *pólis* ideal de Platão mostra-se, pois, impossível. A sua proposta, de defesa de um domínio da *pólis* pelos filósofos, não representa o

caminho para realizar o Estado ideal. Nenhuma *pólis* estaria pronta para se deixar reger por esses filósofos. Um estadista verdadeiro não pode ser um nefelibata, deve estar ciente da existência verdadeira, deve, portanto, ter foco direcionado para o Bem e para a própria realidade. (GADAMER, 2009, p. 72-3).

Segundo Platão, a sabedoria e a razão não são características apenas da utopia, podem promover a previsão e entendimento, podem adentrar um mundo de regularidades vagas e a desordem, formando as margens de um universo ordenado de forma prática. (GADAMER, 2009, p. 76).

O morador da caverna, desta forma, sabe como ocorrem as coisas na vida social e política, sabe as práticas que conduzem a êxitos. O que falta a esse homem, que ainda não viu o sol, é conceber ou questionar a finalidade de tudo, o Bem. Essa oposição entre o conhecimento teórico e a prática política não é a mesma oposição entre a teoria e a prática no sentido moderno. Nossa noção atual de teoria e prática constitui aquilo que Aristóteles considera como área da *tékhne*. (GADAMER, 2009, p. 80).

A relação médico-paciente é uma relação entre indivíduos que buscam um objetivo comum. A intromissão política nessa relação deve existir apenas como forma de proteção contra abusos de uma das partes, pouco tendo a acrescentar às decisões comuns, desde que não sejam legalmente proibidas.

O conhecimento na área de experiência geral e a aplicação de regras gerais dizem respeito aos fins e meios relacionados nas ações político-práticas. Uma aplicação baseada em conhecimento geral de regras, pode não representar uma aplicação justa se avaliadas do ponto de vista do conhecimento. Aristóteles observa que um prático ou curandeiro poderia ser mais bem sucedido que um médico com formação científico-acadêmica. (GADAMER, 2009, p. 80-1).

Conhecer regras e ter a experiência para aplicá-las, permite a um estadista racionalizar a melhor ação prática a ser tomada em determinado momento, desta forma, o melhor conhecimento teórico, destituído de experiência prática, não traz a melhor resposta de ação para resolver problemas. A teoria e a prática devem ser consideradas como critérios de razão prática. Deve ser feito um questionamento: aplicar critérios de decisão prática significa escolher um *télos* baseado apenas no conhecimento teórico e prático, ou envolve a escolha entre a noção de um *télos* particular e o *télos* definido pela *pólis*?

1.4 Razão Prática Individual, o *Télos* e a Ideia de Bem

Para que se relacione um ideal teórico com um ideal prático é necessário interpretar a aplicação do conhecimento teórico e técnico com a experiência. Para Gadamer, nosso problema hermenêutico atual entre a teoria e a prática não está relacionado com a tensão entre filosofia e política, entre um ideal de vida teórico e um ideal de vida político. A *tékhne* deve ser aplicada com exercício e experiência ou em uma criteriosa aplicação das bases que se põem em prática. (GADAMER, 2009, p. 82).

Platão parece entender que as disputas internas de uma *pólis* está entre as ações voltadas para os desejos e vontades individuais, egocêntricas, e a necessidade e vontade geral da *pólis*. Afirma Platão que uma *pólis* ideal seria sábia e ponderada como uma alma que utiliza a *sophía*, o verdadeiro saber, e não estaria baseada em um conhecimento técnico especial. O Bem é definido “como todo o conhecimento de tudo o que é vantajoso para todos e para o todo”. No Livro VI de A República, Platão deixa de lado o questionamento do conhecimento do Bem e se utiliza da vida em *dóxa*, uma vida regida por meras convenções, para criar uma analogia entre o conhecimento do bem e o conhecimento acerca da própria vantagem e, nesse conflito, infelizmente, as aparências podem ser escolhidas em detrimento do justo. (GADAMER, 2009, p. 83).

Gadamer acredita que aos olhos de Platão o “conhecimento do Bem” era uma forma de conhecimento para além das ciências, porém de uma forma não cognitiva e estruturada derivada de pré-condições como a *tékhne*, mas como uma prestação de esclarecimentos sobre o *télos* maior no sentido de uma penetração dialética (2009, p. 132).

Gadamer afirma que, para Aristóteles, o Bem permanece restrito à prática humana, está totalmente dissociado de uma teleologia universal. A filosofia prática não é um conhecimento em torno do oportuno em uma dada situação. A filosofia prática tem semelhança com a ciência terapêutica, teria mais um caráter de teoria, porém não uma teoria neutra capaz de responder aos mais variados interesses e aplicações. Esse conceito de teoria neutra da filosofia prática não pertence nem a Aristóteles nem a Platão. (2009, p. 156-7).

Entende-se que Platão toma a noção de Bem como algo idealizado, enquanto Aristóteles toma o Bem como algo inicialmente individual e, portanto, sem

neutralidade. O ideário platônico do que seria o Bem parece justificar uma noção acima de discussões, permitindo a imposição paternalista de ações voltadas para o Bem indiscutível. A tradição aristotélica leva a considerar a variação pessoal do conceito de Bem, dando espaço para a discussão.

Na relação médico-paciente, embora o interesse do paciente seja o principal objetivo da ação do médico, seus interesses mais imediatos podem não ser compatíveis com o Bem maior da cura, por exemplo, um paciente recusa um tratamento contra uma infecção potencialmente curável por recusar receber medicação injetável. O Bem pretendido pelo médico, qual seja a cura, não pode ser comparável com o Bem conforto e ausência de dor desejado pelo paciente. A visão mais ampla do médico, antecipando as consequências danosas de uma recusa do paciente não permite que o profissional seja neutro, mas que tenha um comportamento proativo na busca do Bem que sua consciência determina como mais importante e valorado.

Aristóteles crê num exercício prático da razão apoiado na lógica do silogismo teórico, que determina como conclusão não uma sentença, mas uma resolução. Diferindo da esfera técnica, em que a razão prática não é outra coisa que não a correta seleção dos meios para atingir objetivos predeterminados, na filosofia prática de resoluções morais não existe uma simples subsunção do especial sob o geral, deve haver a busca dos meios justos atendo-se a objetivos justos. Na prática de resoluções morais não há possibilidade de ensino como existe na ciência e no conhecimento técnico. Em suma, a promessa da filosofia prática não é saber alcançar o correto, isso é tarefa da própria prática da virtude e da racionalidade prática. (GADAMER, 2009. p. 160-1).

Na prática humana, segundo Aristóteles, o *télos* tem importância fundamental. A estrutura especial da prática deve evitar um mal entendido técnico e o indivíduo deve dominar suas emoções para que possa dar ouvidos ao *logos*. (GADAMER, 2009, p. 162).

Aqui, compreende-se que o *logos* decorre dos aspectos técnicos e teóricos, quando é bem aplicado com o domínio da emoção sobre a razão, através de uma forma de discurso e dialética interna. Esse combate interno entre os interesses não busca determinar uma conceituação de Bem definitiva, apenas determinaria a forma mais importante de Bem a ser buscado naquele momento.

O que Aristóteles propõe é que cada ser tem sua própria forma de atividade, relacionada com aquilo que constitui o que é bom para cada tipo de ser. (KNIGHT, 2007, posição 160).

Para Aristóteles, o conceito de excelência ou virtude envolve aquilo que há de melhor na forma do ser, especificando e atualizando seu potencial. O *télos* para Aristóteles, se realiza ao atingir essa condição de excelência alcançada pelo ser em sua melhor função na natureza. (KNIGHT, 2007. posições 290-5). A virtude seria, assim, a melhor aplicação do potencial do ser.

A filosofia prática aristotélica considera que o *télos* do ser humano é viver uma boa vida com trabalho e atividade humanos específicos. (KNIGHT, 2007, posição 321). Nesse entendimento, pode-se crer que o homem tem como *télos* a prática de uma boa vida, mas a noção de uma boa vida pode estar associada com aquilo determinado pela cultura e pela tradição.

1.5 A Tradição e a Ideia de Bem

O aristotelianismo de MacIntyre é frequentemente comparado com o de Gadamer, em virtude da importância que ambos demonstram em relação à tradição. A tradição comumente denota ser algo unitário e cultural, e esse é o conceito que se percebe em Gadamer. A crítica de Gadamer aos enganos teóricos não alcança a prática do dia-a-dia, pois para ele a teoria, diferindo da cultura e da tradição, existe fora do âmbito prático. (KNIGHT, 2007, posições 2173-6).

A separação gadameriana entre prática e teoria o impediu de verificar que o entendimento da prática, por si só, torna essa prática em uma espécie de transformação teórica dessa compreensão, a qual pode se tornar parte da transformação da própria prática. Para MacIntyre, o conceito de tradição é bem diferente daquele entendido por Gadamer. Segundo MacIntyre, a tradição é algo plural, ao mesmo tempo prática e teórica. As tradições se definem por suas mútuas rivalidades. De acordo com MacIntyre, a tradição é definida pelas relações sociais, mas essas relações sociais decorrem de interesses rivais, e esses interesses decorrem de outras tradições intelectuais prévias. (KNIGHT, 2007, posições 2177-80).

Segundo MacIntyre (1998, posições 1234-6), para Aristóteles, o bem é definido como o resultado de um objetivo, um propósito ou desejo que direciona a

forma como alguém age. Dizer que algo é bom é o mesmo que dizer que é procurado ou desejado. Existem várias atividades, vários objetivos e, portanto, vários bens. A tradição aristotélica está baseada em virtudes, logo, nessa tradição, o Bem não é qualquer desejo ou vontade, mas o resultado de objetivos virtuosos.

Assim, parece que o homem concebe sua ideia de Bem a partir dos elementos que o influenciam por meio da cultura e da tradição. A noção individual do bem pode direcionar as ações. Contudo, em havendo uma tradição plural, os diversos fragmentos de tradições poderiam conceber ideias plurais de Bem no mesmo indivíduo?

MacIntyre (1998, posições 1289-96) comenta que a noção de Bem de Platão, desvinculada e independente do mundo real, é uma concepção atacada por Aristóteles. A noção única e idealizada de Bem por Platão poderia ser objeto de uma ciência própria, mas isso não ocorre na realidade, pois a noção de bem permeia várias ciências, desde a medicina até a estratégia. Aristóteles argumenta, desta feita, que a noção idealizada de Platão para o Bem não consegue quantificar e se empregar a todos os usos de bem que se pode pretender.

MacIntyre concorda com Aristóteles quando este estabelece a relação entre ser bom e ser aquilo a que se tem por objetivo, e leva em consideração três pontos. Inicialmente, quando se intenciona algo, isto gera um estado de interesse que não é suficiente para justificar aquilo que desejo como sendo bom, mas é possível chamar algo que se intenciona de bom. Chamar algo de bom e não permitir que outros também considerem esse algo, como algo bom não é um discurso inteligível. O Bem supremo, para Aristóteles, tem uma definição em aberto para o momento em que esse Bem existir ou outro Bem deixar de ser tão bom. (MACINTYRE, 1998, posições 1238-51).

MacIntyre (1998, posições 1281-4) propõe a questão que, quando se tenta quantificar o Bem, aquilo que é tido como bom, quando relacionado a um homem que sofre algum grau de degradação ou tortura e injustiça, toda a perspectiva da ética se modifica, sobretudo em relação a uma eventual vida em que fazer o bem e se distanciar dele pudessem ser conciliáveis. Tal forma de viver deveria ser criada, pois não é natural. Na escolha entre essas duas formas de agir deve-se pensar na ética e no engajamento social de evitar que o homem justo seja crucificado, ou que, pelo menos, isso não mais ocorra.

Dessa forma, ressalte-se que a noção do bem pode ser influenciada pela situação em que o homem se encontra. Um homem obrigado injustamente a realizar algo contrário ao seu entendimento de Bem, pode vir a considerar como Bem a simples retirada dessa obrigação. O Bem não é algo idealizado, mas discutido permanentemente a partir da vida prática e real.

Em uma situação de morte iminente, como uma doença terminal, a ética pode assumir uma nova perspectiva, sobretudo frente a direitos que não são mais capazes de ser fruídos por incapacidade decorrente da doença. Para alguém que se encontra à morte, alguns minutos em companhia de seus entes queridos pode ser mais importante do que várias horas em solidão. Um prolongamento de tempo de vida nem sempre traz dignidade e qualidade, podendo se transformar em sofrimento desnecessário.

É possível depreender que o conceito de Bem é o senso que decorre da linguagem humana, é aquilo que o homem busca, e não um objeto transcendente como idealizado por Platão. A noção de Bem de Aristóteles trata de algo que é predicado da virtude, mas que não se confunde com ela, existem de forma separada, não é algo a ser feito ou perseguido pelo homem, mas é apenas o algo que se procura neste momento. (MACINTYRE, 1998, posições 1301-3).

1.6 A Racionalidade e a Motivação do Agir Humano

Na visão aristotélica, a felicidade é o fim último ou meta a ser alcançada. Para que algo seja essa meta final, ela deve ter uma propriedade crucial. Deve ser algo que seja sempre escolhida por seu próprio valor e não por alguma outra motivação. A felicidade é um fim em si mesma, diferente de qualquer outro Bem que serve como meio para atingi-la, como a inteligência, por exemplo. Não se pode exigir felicidade para que se tenha inteligência, mas a inteligência, quando existente, pode facilitar a se adquirir a felicidade. A felicidade é, portanto, um Bem autossuficiente. (MACINTYRE, 1998, posição 1361).

A motivação a agir de uma forma não obriga o indivíduo a agir daquela forma, pois outras razões podem interferir na tomada de conduta, além das razões próprias e internas. Aristóteles toma cuidado em destacar que estar motivado em agir de determinada forma não é nunca uma vinculação a estar compelido a realizar tal ação. Se fosse permitido que os homens agissem apenas pelo prazer e por fins

nobres, poder-se-ia dizer que o homem agiria por compulsão. Torna-se difícil encontrar situações em que o homem age de forma a não realizar seu desejo e compulsão. Mas, de uma forma mais ampla, o que Aristóteles faz ver é que existem ações realizadas com base em critérios próprios e internos, além daquelas que devem ser realizadas sem que os próprios critérios tenham tomado parte no processo de decisão, dessa forma as decisões de ações a serem tomadas não são de todo decorrentes da compulsão pessoal. (MACINTYRE, 1998, posição 1436).

A filosofia moral de MacIntyre tem um aspecto teleológico de uma ética da virtude, a partir de uma concepção que se incorpora em um mundo social, originando um conceito central de virtude, voltado para a sociedade, sendo verificado através de um esquema em três facetas, de forma não silogística. As três facetas da filosofia moral de MacIntyre são a prática, a ordem narrativa de uma vida humana simples e a tradição. Esses três conceitos formam o arcabouço lógico do conceito de virtude em um contexto social. Tomados em conjunto, esses conceitos tentam substituir o *télos* metafísico aristotélico, ou seja, o objetivo do homem relacionado à sua natureza essencial. Observam-se evidências desta finalidade humana quando se observa que as virtudes morais podem ser entendidas como virtudes internas ou virtudes de significância constitutiva. MacIntyre propõe que esses conceitos não tem nada a ver com a manipulação, mas está diretamente relacionada com a atividade pessoal e com a cooperação interpessoal na busca de objetivos e finalidades que se depositam no próprio ser, a partir da internalização das intenções e posterior prática de virtudes. Essas virtudes decorrem do aprendizado social que transforma e atualiza o *télos* do indivíduo, inicialmente não tutorado, em um *télos* alinhado com a sociedade. (KNIGHT, 2007, posição 3011).

A relevância que alguém dá à existência do outro revela a esfera moral do indivíduo, e a coerência teleológica do que é Bem para todos revela a noção de ética. Dessa forma, o aprendizado social e a percepção do *télos* do grupo social permite ao indivíduo perceber aspectos morais e éticos.

Tanto Aristóteles como MacIntyre eram filhos de médicos. MacIntyre foi profundamente influenciado pela racionalidade da prática médica em suas reflexões iniciais. De sua parte, Aristóteles acreditava que a medicina era uma prática de habilidades que se valorava com a produção da saúde do paciente, mas que não tinha outra finalidade para o médico além de prover renda e estima. (KNIGHT, 2007, posição 3136).

MacIntyre discorda de Aristóteles, pois, para aquele, a prática da medicina com seus próprios padrões de excelência serve como algo a ser alcançado pelo médico, tanto quanto se considera bom alcançar um resultado em política e mesmo em uma teorização intelectual. Mesmo quando o resultado de cura não é alcançado, e o paciente vem a falecer, se o médico fez o melhor que podia no tratamento do paciente, então ele realizou um excelente trabalho como médico, separadamente do resultado ou produto conseguido por esse trabalho. É claro que os padrões de excelência internos da medicina são padrões que devem estar alinhados com os objetivos da prática médica, assim como os objetivos internos do esporte, da política ou de uma disciplina teórica devem estar em acordo com a prática. Dessa forma, atuar buscando a excelência a partir de padrões internos, é atuar e praticar a excelência. (KNIGHT, 2007, posição 3139).

Convém ressaltar que a prática médica não depende exclusivamente da teorização científica e técnica, pois sofre influência de aspectos individuais de cada paciente. Talvez por isso MacIntyre conceba como *télos* e excelência moral do médico empregar os meios disponíveis da melhor forma de modo a conseguir a cura do paciente. Observa-se que a cura como resultado do tratamento é uma concepção de Bem coincidente a MacIntyre e Aristóteles, mas as ações serão direcionadas a um objeto diferente, qual seja, MacIntyre busca a excelência do tratamento, enquanto Aristóteles busca a cura final. Essa diferença de objetivo é importante ser percebida, pois ela decorre da diferença temporal existente e do avanço técnico e teórico observado na medicina.

A importância dada ao agir do médico com um objetivo voltado para o Bem do paciente não obriga que esse objetivo seja atingido. Isso é percebido mesmo no direito consumerista, em que a atividade médica tem uma responsabilidade de meio e não de resultado. A ação médica não se caracteriza, repita-se, por usar o conhecimento técnico com resultado exato previsto. As condições particulares do paciente tem influência capital na forma com que reage ao tratamento em direção ao objetivo de cura ou melhora. Aqui se percebe que o Bem idealizado pelo médico e pelo paciente pode não ser alcançado por razões que não são de controle do médico. Também é necessário ressaltar que, como toda ação médica envolve um diagnóstico, um desenho de plano terapêutico, e a devida condução ao resultado desejado, pode ocorrer que as intempéries de percorrer esse caminho não sejam aceitas, pelo paciente ou pelo médico, na busca desse objetivo.

A noção de mundo, a história de vida, a tradição cultural de cada pessoa e os seus planos de futuro são os determinantes em sua concepção de Bem. Essa concepção de bem pode estar voltada para objetivos diferentes que variam de pessoa para pessoa. Os desejos particulares internos podem ser determinantes, ou os aspectos externos, relacionados aos familiares e sociedade podem ser prevalentes, como já se discutiu. Cada indivíduo tem uma ação racional voltada para os objetivos pretendidos, e essa racionalidade é plural no mundo contemporâneo.

MacIntyre demonstra haver racionalidades práticas rivais na sociedade, algumas voltadas para o Bem interno de uma atividade prática, outra para os bens externados por essa mesma prática. O Bem externo, em contraponto ao Bem interno de excelência, ele chama de Bem de efetividade. Essa efetividade está em consonância com aquilo que Aristóteles chama habilidades, e que significam meios potenciais para resultados bons ou ruins. Da mesma forma como Aristóteles afirma que o exercício das habilidades leva ao impedimento do exercício de excelência, MacIntyre defende que perseguir o Bem da efetividade leva a uma substituição a perseguição do Bem da excelência. (KNIGHT, 2007, posição 3484).

Sob aspecto moral, o Bem pode não ser possível de existir na realidade, e, existindo, pode não ser efetivo. Dessa forma a efetividade prática pode existir deixando de considerar a moral e o *télos* teórico. Os resultados devem estar alinhados com meios morais e defensáveis. Considerar apenas o Bem efetivo, isto é, o fim alcançado e desejado, pode destruir toda a construção moral que o torna uma concepção de Bem. Imagine-se como finalidade de um tratamento de transplante renal a cura da insuficiência renal. Realizar um transplante e obter sucesso efetivo pode não considerar aspectos morais na obtenção do rim a ser transplantado, o qual pode ser fruto de violência ou venda por parte de um indivíduo em penúria. Nesse aspecto prático médico, o modo de alcançar o fim também deve ser considerado.

Knight (2007, posição 4714) argumenta que as ideias de Aristóteles foram mais uma vez revitalizadas por MacIntyre. Para o autor a tradição aristotélica de promover uma ética de excelência pode ter legitimado o elitismo e a opressão, mas MacIntyre leva em conta a sociedade e suas práticas no entendimento da ética da excelência, o que preenche o espaço existente entre a filosofia teórica universalista de Aristóteles e uma prática filosófica particular. Para Knight, as práticas são os meios sociais por intermédio das quais os indivíduos podem atualizar seu potencial

natural, talvez por isso elas sejam a fonte normativa que padroniza as condutas a serem tomadas por esses indivíduos.

Quando Aristóteles fala de razão prática, ele pontua aquilo que um agente educado precisa considerar para agir racionalmente sobre o ponto de vista do próprio agente. Inicialmente este agente deve identificar os tipos de razão e objetivos que deve levá-lo a agir e os padrões aos quais ele deve se ater para que tenha boas razões. Em seguida, Aristóteles fornece uma forma de classificar e entender defeitos e falhas na racionalidade prática, de modo que um indivíduo possa responder com ações apropriadas. Por fim o filósofo busca suprir uma explicação causal da origem tanto de uma ação racional como de uma ação menos que racional. (MACINTYRE, 1988, p. 124).

O agir racional parte do agente. A noção de Bem, de motivações pessoais, deve ser bem entendida e comparada com as consequências que a ação terá na sociedade. A noção de Bem deve ser avaliada e ajustada a cada momento relacionando o *télos* do indivíduo e aquele pretendido pela *pólis*. As múltiplas racionalidades, referidas por MacIntyre, existem na sociedade moderna e determinam objetivos pessoais diferentes. Não se observa, hodiernamente, uma tradição moral capaz de facilitar discussões, pois a pluralidade de entendimentos leva a uma prática dialética interminável, pois esses entendimentos partem de tradições diferentes, com objetivos particulares individuais diferentes, além de percepções de Bem comum, social e político, divergentes.

Aristóteles informa que uma pessoa deve ser movida pela crença do que seja Bem e do que seja o melhor a ser conseguido no aqui e agora. A crença sobre o que é Bem deve ser gerada de forma também racional, a partir de seus conceitos iniciais sobre o que seja bom para si, sendo a pessoa que ele é na circunstância em que se encontra, de modo a se adequar à melhor visão que alguém pode ter em tal situação. O procedimento seria se mover na escolha entre o que é bom para cada pessoa e o que bom genericamente para ser bom para cada pessoa. Para esse raciocínio natural, o indivíduo deve entender a situação particular por que passa e ter, obviamente, capacidade de usar a razão para entender o que é bom e o que não é tão bom, entender o que é bom em uma variedade de ações apropriadas para o caso particular, compreender qual o bem imediatamente possível e, por fim, possuir a *phronésis*, a qual determina aquilo que é bom num contexto ampliado daquilo que o cerca e da *pólis* em que vive. (MACINTYRE, 1988, p. 125-6).

O exercício de todas essas habilidades descritas são apenas requisitos, uma condição necessária para gerar uma ação racional. Vários erros de ação podem ser originados na imaturidade, na falta de educação e nos erros de interpretação intelectual. Uma educação distorcida, por exemplo, pode levar a erros daquilo que seria considerado como bem. Impulsos não adestrados pela intelectualidade também são fontes de ações destituídas de razão. Por isso, Aristóteles considera só é possível uma ação racional com o exercício da virtude, e que, de forma circular, só se pode ser virtuoso a partir de ações racionais. (MACINTYRE, 1988, p. 127-8).

A justiça, para Aristóteles, é pré-condição para a racionalidade prática. A razão prática seria decorrente do silogismo prático, que tem como premissas, inicialmente determinar o que é bom para o agente, e depois, determinar em que situação o agente se encontra. Cada silogismo prático é realizado por uma pessoa particular numa ocasião particular, e deve ser construído de forma particular como um exercício de racionalidade prática. (MACINTYRE, 1988, p. 129).

Permanece a questão de como se deve construir esse silogismo prático. Aristóteles define que essa construção é feita de uma concatenação hierarquizada de meios para que se chegue a um fim. A deliberação dá início à construção de um argumento que se conclui com a produção do resultado. Na determinação desse argumento entram em jogo os desejos conflitantes que o indivíduo desenvolve em relação ao ponto de vista externo, devendo escolher quais desejos deve desenvolver e quais devem ser frustrados. Esse contexto tem o envolvimento da *pólis*, entendida como uma forma de ordem social que compartilha um modo de vida que expressa uma resposta coletiva aos cidadãos sobre qual o melhor modo de vida para os seus indivíduos. A *pólis* também provê aquilo que se considera o Bem e as formas de excelência para sua aquisição através da atividade política e das atividades particulares dos cidadãos. (MACINTYRE, 1988, p. 131-3).

Poderia ser considerado que aquilo que é bom para o indivíduo pressupõe aquilo que seria bom para toda a *pólis*. Todavia, as expectativas e necessidades de um indivíduo podem ser inconsistentes com aquilo que é bom para outro, criando um dilema que pode não ter uma resolução racional. (MACINTYRE, 1988, p. 141).

MacIntyre (1988, p. 144) conclui que o progresso na racionalidade só é conseguido a partir de um ponto de vista. Isto ocorre quando, cada vez mais, aderentes a esse específico ponto de vista elaboram pressupostos de seus posicionamentos cada vez mais adequados e compreensíveis através de

procedimentos dialéticos de confronto de objeções que identificam incoerências, omissões, explicações de raciocínios falhos e outros tipos de limitações e antagonismos nos pressupostos mais precoces. A demonstração de falhas nos pressupostos permite reformulações que retiram a vulnerabilidade dos argumentos.

Para MacIntyre as características do discurso moral contemporâneo só podem ser compreendidas à luz de uma teoria da racionalidade, a partir de onde se questiona o que significa ser racional, qual a natureza da racionalidade, como conciliar a racionalidade como interesse e a racionalidade como tribunal neutro onde os conflitos podem se resolver. É considerado ponto frágil na obra de MacIntyre, decorrente das críticas e análises, a dificuldade de delimitar as tradições de inquérito moral, o peso da dimensão histórica na construção argumentativa, a relação entre as várias civilizações. Todavia MacIntyre se preocupa também em investigar a mente, quanto ao tipo presente no desacordo moral, e o tipo de mente que está presente nas situações em que existe acordo. MacIntyre está preocupado com as propriedades da mente, sobre como as representações e a construção de argumentos, além da capacidade de fazer enunciados com valores de verdade, mas tais assuntos não se constituem em ética ou assuntos da ética. É a partir da mente humana que surge a noção de moral, dessa forma a moral decorre do funcionamento da mente e sua característica mais evidente entre os seres humanos, o desacordo moral, está na direta dependência de realidades não morais, como a história, as tradições de inquérito, a identidade pessoal e a razão prática. (CURADO, 1998-1999, p. 195-6).

Essa variação múltipla de entendimentos de ordem pessoal, tradicional, racional, além de desejos e anseios privados e comuns, dificulta um ponto de adequação inicial que sirva de fio condutor da discussão. Qualquer desacordo moral importante pode se tornar insolúvel por não haver uma referência que condicione a prática dialética.

1.7 Variadas Racionalidades, Variadas Moralidades

A diversidade de pontos de vista, sobretudo na moral, na teoria da justiça e na política, decorre de vários pontos de questionamento, como a ausência de aceitação universal das teses, conteúdos incompatíveis que se expressão em argumentos que não são conclusivos. Além disso, para MacIntyre, a argumentação usada nos

combates morais difere não somente em relação ao conteúdo, as próprias ferramentas argumentativas diferem, dentre elas a noção de verdade, de modo a ser necessária avaliar a racionalidade, que se constitui em um dos aspectos da mente. MacIntyre, como historiador da ética e como analista da sociedade contemporânea, procura avaliar a manifestação da falta de um acordo nas esferas política, justiça e moral a partir da racionalidade como um denominador comum do aspecto humano. MacIntyre acredita que a falta de consenso e os dilemas são sintomas aparentes de um problema mais profundo. (CURADO, 1998-1999, p. 196-7).

MacIntyre (2007, p. 2-3) propõe uma hipótese de que no mundo atual a linguagem de discussão da moralidade encontra-se em um estado de desordem decorrente de ser remanescente de várias racionalidades morais prévias, de cujo contexto deriva em forma fragmentária, como um simulacro da moralidade, mas que foi perdida em sua forma total. Todavia, as expressões e os argumentos morais continuam a ser usados. A história acadêmica tem menos de dois séculos de existência, desta forma, a evolução dos conceitos morais não está corretamente registrada.

Para MacIntyre, não se pode negar que a linguagem e a aparência da moralidade persiste mesmo quando a substância da moralidade já foi fragmentada e em parte destruída. (2007, p. 4). Essa fragmentação da moralidade pode originar discursos variados sendo uma das possíveis causas dos desacordos.

MacIntyre considera que a característica mais importante do discurso moral contemporâneo é que ele é usado em demasia para expressar desacordos, os quais levam a debates intermináveis. Parece não haver uma forma racional de se conseguir um acordo moral em nossa cultura. (2007, p. 6).

Nessa incomensurável disputa de argumentos rivais, cada um dos argumentos tem validade lógica ou podem ser expandidos até terem essa característica a partir de suas premissas confirmatórias. A ausência de uma forma pré-definida de decisão em nossa sociedade, em respeito às disputas morais, tornam as disputas entre argumentos morais intermináveis. (MACINTYRE, 2007, p. 8).

Segundo o entendimento de MacIntyre, a moralidade atual não seria uma herdeira direta da moralidade progressiva, mas uma reunião de discursos que se costuram qual retalhos para fazer um conjunto maior. O problema é que valores

antagônicos podem ficar lado a lado sem um ponto de comunicação eficiente que os ligue.

Curado chama a atenção para o fato de que é importante entender que o desacordo moral contemporâneo é diferente, para MacIntyre, das divergências de opiniões antigas. Atualmente, a linguagem ética é um conjunto de fragmentos que sobreviveram a um discurso moral já desaparecido, e as referências e quadros éticos, os modelos de comportamento moral, as listas de virtudes e de comportamentos reprováveis já fizeram parte de uma cosmovisão integrada que faziam sentido em sua totalidade. Os discursos morais contemporâneos podem ser remanescentes das grandes escolas de debate moral antigo, mas ligados atualmente por uma linguagem de moralidade moderna, que é utilizada, sobretudo, para expressar desacordos, pois as partes em oposição não conseguem encontrar uma estratégia reacional para resolver conflitos ou estabelecer um acordo moral. Os discursos morais são de difícil resolução, pois os esqueletos argumentativos que os organizam possuem uma coerência interna, com uma correta ligação entre as premissas e as conclusões dentro de cada argumento, mas a compatibilidade entre essas argumentações é impossível, pois cada grupo de argumentos se baseia em uma longa história intelectual que os auto-sustenta e os torna legítimos. (CURADO, 1998-1999, p. 199-200).

Uma segunda característica da avaliação dos desacordos morais atuais, percebida por MacIntyre, é a incapacidade de ver, pois as questões colocam-se em uma atribuição de valor semelhante para algo que já perdeu a referência desse valor. Aqueles que utilizam os restos de uma linguagem moral perdida não têm percepção da própria situação. Mesmo havendo um discurso moral fragmentado, ainda existe a capacidade humana para construir enunciados de afirmações morais, de fazer avaliações e de se pronunciar sobre aspectos normativos. MacIntyre considera que a forma de ultrapassar essa incapacidade que afeta os utilizadores da linguagem de moralidade atual é de perceberem que sua linguagem é traiçoeira, e que devem adotar um ponto de vista histórico. (CURADO, 1998-1999, p. 200-1).

Curado (1998-1999, p. 202-3) explica que a racionalidade, para MacIntyre, não se constitui na base da moralidade, uma vez que não existe uma única racionalidade. Uma estratégia para mensurar teses morais antagônicas seria pressupor uma racionalidade única. Todavia, não está demonstrado que se possa aplicar um modo racional de resolução de conflitos em toda matéria ética, isso seria

uma enorme simplificação do comportamento humano. Os dilemas sociais e sua evolução histórica são por demais grandiosos para que seja proposta uma forma racional única e sem obstáculos de resolução de diferenças.

O mundo moderno viu surgir a Bioética como um campo de discussão para tentar confluir as múltiplas racionalidades em torno de assuntos voltados para a evolução biomédica e seus riscos e consequências de aplicação. A discussão bioética vem se tornando no teatro de debates com os mais variados atores desempenhando seus papéis de representar uma tradição ou linha racional de entendimento na busca de delimitações de ações e riscos na atividade médica e biológica

1.8 A Bioética como Dialética à Respeito do Bem

Para a avaliação da objeção da consciência do médico em relação ao paciente em um contexto relacional e dialético, faz-se necessário uma rápida abordagem do cenário de discussão contemporâneo de questões envolvendo a ação médica e o tratamento da vida humana, a Bioética.

A Bioética surgiu no início da década de 1970 nos Estados Unidos da América, a partir da criação do termo por Van Rensselaer Potter, pois nesse país o desenvolvimento de novas técnicas começam a desafiar o exercício da medicina, envolvendo a pesquisa com seres humanos, as possibilidades de transplantes de órgãos, as técnicas de prolongamento da vida e de reprodução humana assistida, que foram se disseminando pelos outros países, colocando em lados inicialmente opostos as novas técnicas biomédicas e os valores éticos. Os profissionais da saúde passam a estar investidos de poderes antes não imaginados sobre a vida humana, e desses poderes advêm riscos. Assim, Byk (2015, posições 1483-500) informa que, com o aumento do poderio médico sobre as vidas dos indivíduos se acompanha de uma perda gradual de confiança e de consideração social.

As novas possibilidades de tratamento e o desenvolvimento técnico e científico da arte médica trouxe uma gama de possibilidades de sequelas e malefícios em consequência dos tratamentos disponíveis, colocando em discussão até que ponto a ética médica seria capaz de gerenciar sua aplicação sem ferir os interesses individuais do paciente.

A Bioética surgiu como uma forma de reação a uma nova ética médica, calcada em pesquisadores que reivindicavam uma responsabilidade social, ressurgindo valores classicistas da ética tradicional, abrindo um amplo espaço de discussão. Nessa forma de entender a ética voltada para a relação do paciente e da profissão médica, houve uma vinculação da ética profissional e de suas obrigações particulares aos grandes princípios de uma moral filosófica e religiosa. Nesse momento a ética perde sua característica de estar voltada ao dever do médico, e sua prioridade se dirige ao direito do paciente. Esta relação deixa de ser uma forma relacional pessoal entre médico, detentor da consciência, da ciência e da técnica, e seu paciente, a quem resta apenas a confiança, para se tornar o paciente em alguém que traz um sofrimento, mas também uma vontade e um projeto de vida todo seu. (BYK, 2015, posições 664-8).

Interessante perceber que no centro da discussão bioética está o interesse do indivíduo, de orientação evidentemente liberal, sem a percepção de que existe uma tradição relacional entre médico e paciente. Essa concepção tradicional de busca do Bem apareceu posteriormente no cenário de discussão proposto pela nova disciplina.

Engelhardt preconizou em sua obra “The Foundation of Bioethcs”, que a ética deveria valorizar a autonomia do indivíduo e os direitos de propriedade do indivíduo-paciente, porém essa concepção se revela individualista, e deu causa a reações de outros autores, como a concepção da Bioética calcada em um modelo de virtudes, baseada na ética das virtudes de fonte aristotélica. Essa visão bioética baseada em virtudes se caracteriza por centrar na responsabilidade dos profissionais de saúde com integração do paciente em seu processo de decisão. A ação do profissional de saúde de uma forma virtuosa conduzirá o tratamento e condutas de práticas médicas em busca do Bem do paciente. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997, p. 33-38. Apud: FABRIZ, 2003, p. 104).

Para que fosse possível estabelecer algum critério de parametrização de valores entre o individualismo e a ética de virtudes, uma corrente principialista da Bioética propôs a utilização de princípios norteadores da atividade biomédica em relação a sua responsabilidade para com o indivíduo e a sociedade, todavia esses princípios ainda mantém uma forte orientação liberal, com os interesses individuais colocados acima de qualquer valor tradicional da prática médica.

A corrente principialista da Bioética propõe quatro princípios capazes de orientar a ação do profissional de saúde: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A visão contemporânea secular apregoa como os três princípios bioéticos a beneficência, a autonomia e a justiça, considerando que a não-maleficência integra a beneficência. Esses princípios não são os únicos e podem ser utilizados outros conforme a discussão. A linha religiosa da Bioética acrescenta princípios como a sacralidade da vida humana, a natureza da vida humana e os meios ordinários de garantir a saúde e a vida. Como princípios, não há hierarquia entre eles, e conflitos podem surgir na tentativa de aplicação justa de uma conduta. (FABRIZ, 2003, p. 105-6).

Para efeito de melhor discussão do tema da objeção de consciência do médico em relação ao paciente, convém analisar melhor os princípios de beneficência, não-maleficência e autonomia.

O princípio da beneficência decorre dos critérios mais antigos da ética médica, presentes no Juramento de Hipócrates. Este princípio está diretamente relacionado com a obrigatoriedade que tem o médico em promover o Bem do paciente. Envolve as preocupações em cuidar da saúde, melhorar a qualidade de vida, manter o segredo médico. Há um grande espaço de possíveis condutas, permitindo ações capazes de transitar pelas várias orientações políticas, ideológicas, éticas e morais. (FABRIZ, 2003. p. 107-8). É importante destacar que aquilo que se considera benéfico para alguém, pode não estar de acordo com a concepção particular de Bem para o indivíduo.

A não-maleficência é um princípio decorrente da delimitação de padrões de conduta inerentes ao princípio de beneficência. Implica em não causar dano a outrem. (FABRIZ, 2003, p. 107). Esse princípio determina que a ação médica deve estar sempre atenta a pesar os riscos de sua ação e conduta na busca do Bem ao paciente.

O princípio da autonomia decorre do princípio da dignidade humana, e consiste em um respeito à pessoa em suas escolhas de vida. Representa um respeito aos valores morais e crenças de cada pessoa. (FABRIZ, 2003, p. 109). O princípio da autonomia por vezes não é levado em conta na tomada de condutas médicas em um modelo paternalista de relação para com o paciente, quando a comparação e ponderação entre riscos e benefícios é feito tão somente pelo médico sem levar em conta a vontade do paciente.

É importante ressaltar que, do ponto de vista técnico, o médico parece ser o mais habilitado a avaliar o benefício e os riscos de cada forma de tratamento possível em uma situação de doença. A determinação de opções de tratamento realizadas apenas pelo médico, de forma paternalista, pode ser aceita em situações em que a confiança no profissional é plena e existe uma coincidência entre a noção de Bem do médico e aquilo que o paciente busca com o tratamento. O desenvolvimento da técnica médica aumenta sobremaneira o risco inerente à simples exposição do indivíduo ao serviço de saúde. Um tratamento para uma infecção grave pode exigir uma internação hospitalar que tem, subjacente, um risco de contrair uma infecção por germes hospitalares.

O amplo campo de atuação terapêutica que se descortinou com o avanço da técnica biomédica trouxe, na coxia, um risco de complicações que nem sempre podem ser avaliados de forma correta, pois se trata de um risco percentual, estatístico, mas que se mostra desastroso quando ocorre em algum tratamento, deixando o paciente vitimado em um percentual total, desde que ocorra, quando verificado de forma particular e individual. Um risco aceitável para um médico pode ser considerado excessivo para alguém, e um indivíduo pode considerar uma seqüela como incompatível para com seu projeto de vida, podendo preferir os danos decorrentes de uma doença não tratada.

A influência do individualismo é percebida quando se verifica que a Bioética surge em um momento tardio de valorização do corpo, com prioridade dada à saúde e aos tratamentos, em consonância com a valorização da imagem corporal. Para Byk o corpo se torna a condição da existência e substrato necessário para a vida social. O corpo biológico tem seu valor decorrente da necessidade de transmissão de nome e patrimônio surgido com a sociedade burguesa. Sem o corpo não há sociedade de consumo. A morte torna-se um medo, e a pulsão pela vida se reduz a uma máscara para o medo da morte. A sociedade toma um comportamento canibal que transforma os corpos em objetos, sobre os quais age com melhorias, para devorá-los em condições melhores. Para os crentes em algum tipo de fé que, apesar de não negar o valor especial e específico do corpo de cada indivíduo, buscam uma perspectiva de construir e elaborar uma comunidade de relações onde os valores de tradição e de história devem ser levados em consideração, o discurso e discussão bioética passam a ser apreendido como um projeto dialético de ponderação entre o corpo físico e sua significação religiosa. (2015, posições 808-30.).

Conclui Byk afirmando que a ética médica tradicional deixa de ser aceita pelo paciente por ser extremamente paternalista, mas a sociedade também não acredita que a profissão médica seja capaz de inventar uma nova ética que se adapte plenamente a uma nova realidade pluralista e individualista. As questões da Bioética passam a não ser de exclusividade da medicina e incorpora-se no teatro de discussão social, envolvendo desde os direitos individuais até a organização social e o meio ambiente, chegando a vislumbrar o futuro da espécie humana e suas intervenções pela tecnociência. (2015, posições 1500-10).

Esse cenário atual de discussão, que envolve aspectos individuais e tradicionais, tem difícil resolução, uma vez que a característica volitiva do individualismo, associada ao emotivismo, tenta calar a tradição médica que inicialmente estava voltada para a virtude. O paternalismo inerente à ética médica antiga não pode mais ser tolerado de forma impositiva, mas isso não invalida toda a tradição histórica da profissão médica. Qualquer discussão que desconsidere essa tradição, partirá de um local indeterminado dentro da medicina, e se assestará em outra atividade ou outra racionalidade que não a médica. Não saber de onde se parte dificulta traçar o caminho e torna quase impossível saber aonde se quer chegar. Mais adiante, no capítulo III será feita uma melhor análise dos modelos de discussão bioética, incluindo o modelo personalista, capaz de melhor se adequar à abordagem relacional em que se quer estudar a objeção de consciência do médico.

Desconsiderar a relação médico-paciente em um choque de interesses que surge no cerne dessa relação diminui a possibilidade de se chegar a um acordo. Avaliar apenas o aspecto individual reduz sobremaneira o entendimento do problema da objeção do médico para realizar a prestação de tratamentos ou serviços solicitados pelo paciente. Avaliar a problemática dessa recusa médica por razões de consciência apenas em uma visão social e política é reduzir a importância do indivíduo, destruindo a relação entre o indivíduo médico e o indivíduo paciente no contexto tradicional da atividade médica, causando uma intromissão da *pólis* na esfera privada do indivíduo.

1.9 Tradição Aristotélica – Um Resgate e uma Tentativa de Acordo

A dialética bioética necessita de um ponto de referência para que suas discussões sejam capazes de chegar a alguma conclusão aplicável. Dentro de suas

vertentes, existe uma forma baseada em uma ética de virtudes, com forte influência aristotélica, sendo conveniente avaliar o aristotelianismo moderno de MacIntyre a respeito do uso dessa tradição como forma de posicionar os dilemas morais de uma forma mais clara.

MacIntyre é otimista em acreditar que seja possível encontrar um núcleo duro das listas de virtudes das várias culturas e de seus momentos históricos, e suspeita que seja possível determinar um âmago conceitual a ser tomado universalmente como uma referência moral hipotética. Tal núcleo encontraria, contudo, consequências e enfrentamentos com a identidade pessoal, com o núcleo mais profundo da pessoa, com o seu mínimo nível de racionalidade. (CURADO, 1998-1999, p. 204).

O discurso moral e seus argumentos no mundo contemporâneo podem ser concebidos como uma disputa de vontades antagônicas, cada uma determinada por um grupo de escolhas arbitrárias e escolhas pessoais. Além do aspecto pessoal e da lógica intrínseca aos grupos de argumentos morais, existe ainda a grande variedade de origens históricas. (MACINTYRE, 2007, p. 8-9).

A forma como os filósofos da moralidade no mundo moderno enfrentam os questionamentos morais tem como obstáculo a ausência de uma abordagem histórica. Toda a moral tem um quê de interminável diante de argumentos racionais intermináveis, e tais desacordos morais resultantes não conseguem e não conseguiram ser resolvidos. (MACINTYRE, 2007, p. 9-11).

Uma teoria moral que é particularmente confrontada por MacIntyre (2007, p. 11-2) é o emotivismo. O emotivismo é a doutrina que acredita que toda avaliação de julgamento e, mais especificamente, todo julgamento moral não é nada mais do que expressão de atitude, de preferência e de sentimentos. Os julgamentos pessoais particulares devem, portanto, unir moral e elementos factuais. O emotivismo é uma teoria que tenta explicar, dessa forma, todos os valores de julgamento. Percebe-se que MacIntyre demonstra acreditar que o embate de concepções morais não deve ser orientado apenas pelo momento e pelos sentimentos, devendo haver margem para discussão e racionalização. Essa racionalização deve ser apoiada em experiências prévias, tanto particulares como sociais. As experiências sociais são conhecidas através da tradição e dos valores que dela se depreende. Esses valores podem variar de acordo com a tradição cultural do indivíduo, e devem ser levados em conta na constituição das razões morais particulares. É interessante notar que a

medicina, enquanto atividade, tem uma rica história tradicional relacionada com o seu objetivo em perseguir o Bem do paciente em relação aos aspectos de saúde. Essa tradição médica será melhor discutida no capítulo seguinte, mas é interessante lembrar que antes da revolução técnica da medicina dos dois últimos séculos, as condições de doença tratáveis pelos médicos não tinham a gama de possibilidades de intervenção que se dispõe hoje. Uma determinada doença tinha apenas uma forma de tratamento preconizada e cabia ao médico e ao paciente decidir ou não pela sua aplicação.

Nos dias atuais, a prática médica sofreu uma mudança de paradigma na sua relação com o paciente, como já se comentou. O paciente passa a ser atendido em sua autonomia e vontades. O médico, de forma imparcial julga qual a melhor conduta a ser implementada diante de uma condição de doença e propõe ao paciente sua aplicação. O paciente deve avaliar os riscos e benefícios da ação médica de acordo com seu projeto de vida, sua noção do que é o Bem para si, de modo a acolher a indicação médica ou optar por uma outra forma de tratamento que eventualmente esteja disponível. A emotividade, a atitude passional de um paciente pode solicitar ao médico que pratique uma ação contrária a sua percepção de Bem para o doente, além do mais, pode tomar essa ação como prejudicial, ferindo o princípio de não maleficência que dirige sua ação ética profissional.

A teoria emotiva se propõe a ser uma explicação do significado das sentenças, mas não se deve deixar de pensar que a expressão de sentimentos e atitudes é uma função característica não do significado de uma sentença, mas de seu uso em uma ocasião particular. (MACINTYRE, 2007, p. 13) O aspecto emocional pode não ser a melhor forma de decidir uma conduta quando existem evidências que demonstram que essa conduta não é adequada.

MacIntyre (2007, p. 257) se ocupa de uma forma especial com a tradição aristotélica, uma vez que considera que a moralidade atual se resume a combinação de fragmentos da moralidade tradicional ancestral com inovações modernas implausíveis, além de que a rejeição à moral aristotélica foi uma rejeição a um tipo distinto de moralidade em que as regras, tão em predomínio na concepção moderna de moralidade, fazem parte de um esquema mais amplo nas quais as virtudes tomam lugar de destaque central. Desta forma, a lógica da rejeição nietzschiana e sua refutação às regras de moralidade moderna, ainda que atacando os tipos utilitaristas e kantianos, não se estende necessariamente à tradição aristotélica.

Conclui MacIntyre (2007, p. 259-60), de forma clara, que, apesar dos esforços dos Três séculos de estudo da filosofia moral e de um século de estudo da sociologia, há uma falta de qualquer estatuto defensável racionalmente de do ponto de vista individualista liberal, além de que a tradição moral de Aristóteles pode ser reposicionada de modo a restaurar a inteligibilidade e racionalidade para os comprometimentos e atitudes morais e sociais atuais. O autor admite que sua conclusão pode levar a três pontos de vista divergentes. Inicialmente MacIntyre admite que os argumentos filosóficos raramente tomam a forma de provas, seus argumentos, portanto, podem ser refutados por qualquer um que deseje resistir aos seus argumentos centrais, sobretudo os liberais e utilitaristas. Em segundo lugar aceita a objeção daqueles que se preocupam com sua reverência aquilo a que chama de tradição clássica ou aristotélica, sobretudo aqueles que defendem outras formas de apropriação e interpretação da mesma tradição moral. Finalmente percebe que pode haver outros filósofos que concordam com sua crítica ao liberalismo e utilitarismo, mas que não concordam com sua eleição da tradição aristotélica como alternativa viável, e cita aqueles que sugerem uma forma de marxismo derivado das ideias kantianas e hegelianas, em que a autonomia humana seria possível de uma forma comunitária na qual a alienação seria sobrepujada, a falsa consciência abolida e os valores de fraternidade e igualdade realizados.

Existem teorias rivais sobre a justiça e os conceitos de justiça, delas derivados, podem levar a um desacordo sobre a relação da justiça com outros bens humanos, sobre o tipo de equidade que a justiça requer e os alcances de transações e pessoas para as quais essas considerações de justiça sejam relevantes, além da possibilidade de uma lei sem o conhecimento da lei divina. (MACINTYRE, 1988, p. 1).

Muitos de nós somos educados em uma maneira não-coerente de pensar e julgar, mas de uma forma derivada do amálgama de fragmentos culturais e sociais advindos de diferentes tradições de onde a cultura se originou e dos aspectos de desenvolvimento da modernidade. (MACINTYRE, 1988, p. 2).

Desacordos fundamentais sobre a racionalidade estão ligados a peculiaridades de difícil resolução. A abordagem, considerada mais racional a ser seguida pode diferir de acordo com a percepção de cada indivíduo. Essas visões diferentes de racionalidade prática, dos quais o questionamento sobre a justiça é um

exemplo, não se mantém desde os procedimentos racionais até a resposta a uma questão. (MACINTYRE, 1988, p. 4).

Questões de disputa sobre justiça e racionalidade prática são muitas vezes tratadas publicamente não como um inquérito racional, mas como uma disputa de asserções e contra-asserções de alternativas que partem de premissas incompatíveis. (MACINTYRE, 1988, p. 6).

Nos eventuais desacordos entre aquilo que se espera da ação de um médico e aquilo que ele pode ou deseja realizar, há que se avaliar qual a finalidade de sua ação. Deve ser avaliado qual o Bem a ser valorado e qual o objetivo da ação que o profissional está sendo obrigado a realizar. Para que se discuta de forma racional esses desacordos, é necessário verificar a tradição da medicina e o meio de atingir o *télos* da arte de tratar. Deve ser verificada a noção de bem do agir do médico, assim como a excelência moral de seu agir, além da eficácia relacionada com sua atuação.

Pode ocorrer de o *télos* da medicina, seguido pelo médico, não se adaptar ao Bem desejado pelo paciente, o que pode ferir mortalmente a excelência moral do profissional, ainda que venha a ocorrer um excelente resultado final de tratamento. O caráter individualista da tradição liberal sufoca a tradição de virtudes aristotélica que permeava a ética médica da antiguidade grega que influenciou toda a tradição médica ocidental. O ato médico deve, portanto, também ser avaliado sob o ponto de vista tradicional na sua aplicação e adequação ao desejo do paciente e sua concepção de Bem.

II TRADIÇÃO MÉDICA, ÉTICA, SAÚDE E BIOTECNOLOGIA

A recusa de ação do médico, quando determinar uma redução nas expectativas do paciente em relação ao seu trabalho, necessita de uma avaliação a partir de seu locus, ou seja, deve ser compreendida a partir da relação entre médico e paciente.

Múltiplos aspectos permeiam essa relação. A busca pela saúde ou por outros interesses do paciente exige que o médico aja com conhecimento técnico apurado, ética, responsabilidade e afinação de objetivos. Esses aspectos acompanham a relação entre médico e paciente desde tempos imemoriais, convém, portanto, que o aspecto tradicional da medicina seja sucintamente revisto, além de se dirigir o olhar às intempéries que afetam essa relação no mundo contemporâneo, com capacidade de influenciar seu contexto interpessoal.

2.1 Responsabilidade e Ética no Agir do Médico

A discussão sobre a forma de relação que existe entre médico e paciente decorre da responsabilidade do médico para obter o Bem buscado, o qual deve ser o mesmo para o médico e para o paciente, de modo a não haver um desacordo.

A responsabilização decorre de uma relação entre os homens. A responsabilidade pode obrigar o indivíduo a agir de determinada forma. Esse aspecto relacional é necessário ser melhor compreendido para que se possa discutir as relações entre o médico, o paciente e a sociedade, sobretudo para que se entenda os dilemas que podem decorrer da relação médico-paciente quando há confronto de interesses.

A responsabilidade relaciona-se com a ética, uma ética do trato das pessoas, todavia Hans Jonas chama a atenção para um aspecto que pouco preocupava a humanidade, os resultados futuros de condutas atuais. Esta reflexão de Jonas ajudará a compreender certos posicionamentos morais ou filosóficos que alguns profissionais podem tomar no exercício de pesquisas médicas e no próprio ato médico.

Um agente deve ser responsável por seus atos, o poder de causar é a condição da responsabilidade. O agente é responsável por suas consequências e deve responder por elas, se for o caso, sob um ponto de vista legal inicialmente.

Deve haver um nexo causal entre o ato causado e os danos decorrentes, e estes devem ser reparados, independente de se tratar de um ato mau ou que sua consequência não tenha sido prevista. A imputação deve ser evidente e as consequências não podem se perder no imprevisível. Sob um ponto de vista moral a negligência seria a única coisa considerada moralmente culpada em situação de dano não intencional. Nas relações de subordinação a responsabilidade em reparar um dano pode ser independente de toda culpa. (JONAS, 2006, p. 165).

A compensação legal confundiu-se muito cedo com a punição, a qual teve origem moral e qualifica um ato moral como moralmente culpável. O ato é castigado por se tratar de um crime, e não somente por suas consequências. O ato criminoso deve ser examinado quanto à decisão de agir, a premeditação, o motivo, a imputabilidade, ou seja, necessita determinar se o ato é em si criminoso, sua causalidade. Para a imputação de responsabilidade basta a qualidade do ato com suas consequências. O poder potencial em realizar uma ação é condição *sine qua non* para a responsabilização, um ato deve ser cometido ou pelo menos começar a ser cometido para gerar responsabilidade. A mera imaginação de atos pertence a uma esfera privada e psicológica do indivíduo. Essa diferença entre responsabilidade legal e moral reflete-se nas diferenças entre o direito civil e o direito penal. Tanto a compensação como a pena tem em comum a responsabilidade pelos atos praticados. (JONAS, 2006, p. 165-6).

Quanto menos se age, menor é a responsabilidade, evitar uma ação pode constituir uma recomendação de prudência quando não existe um dever positivo. A antecipação das consequências ao iniciar um ato não serve como motivo para agir, mas apenas para selecionar o agir. A responsabilidade não fixa fins, pois é uma imposição formal de todo agir causal entre os homens, e de onde pode surgir uma prestação de contas. A responsabilidade não é a própria condição moral, mas uma precondição da moral, isto é, a responsabilidade pura não é capaz de fornecer um princípio efetivo para a teoria ética, é necessário buscar qual a instância da responsabilidade que justifica sua apresentação, reconhecimento e motivação das finalidades positivas dos homens bons. Embora o não agir por prudência possa se constituir em um defeito, não é por si condenável. É preciso se determinar de onde brota a disposição de assumir responsabilidades sem seus valores impositivos. (JONAS, 2006, p. 165-7).

Além da noção de responsabilidade decorrente do ato produzido, existe a responsabilidade ligada à determinação do que se deve fazer, relacionada ao sentir-se responsável não pela própria conduta e suas consequências, mas pelo objeto que exige minha ação. Nessa situação o porquê de agir encontra-se fora do agente, mas ainda na influência do poder de agir, necessitando dessa ação ou ameaçada por ela. O direito de existir de um objeto alheio ao ser pode se contrapor com a vontade do agente que ele submete moralmente. É um direito intrínseco em que aquele que é dependente dá as ordens. O poder torna-se objetivamente responsável por aquele que lhe foi confiado, gerando um engajamento efetivo pelo sentimento de responsabilidade. Aquele que é obrigado encontra nexos na vontade subjetiva do objeto, mas o sentimento tem origem não na noção de responsabilidade geral, mas no reconhecimento do bem intrínseco ao objeto, que influencia a sensibilidade e envergonha o egoísmo cru do poder. O dever ser do objeto está em primeiro lugar e vincula o dever de agir do sujeito que é chamado a cuidar desse objeto. A responsabilidade do eu ativo é o resultado da insegurança da existência do objeto frente a consciência do poder do agente causal. (JONAS, 2006, p. 167-168).

Uma forma de melhor compreender essa responsabilidade gerada pelo fim é melhor avaliar a situação de agir irresponsavelmente. Uma ação pode ser imprudente quando envolve riscos para o próprio agente. Quando os riscos envolvem outra pessoa essa ação é criminosa. Quando o bem arriscado pertence ao agente, mas dele depende outras pessoas, essa ação de risco é irresponsável. Só pode agir irresponsavelmente quem assume responsabilidades. O exercício do poder sem a observação do dever a ele associado é irresponsável, pois representa uma quebra de relação da confiança presente na responsabilidade, e nessa relação existe uma desigualdade de atribuições ou competências. (JONAS, 2006, p. 168).

Entre dois seres absolutamente iguais não se pode, numa dada situação, determinar estritamente uma responsabilidade em sentido estrito, pode haver uma relação de responsabilidade recíproca quando um é corresponsável pela segurança do outro, por exemplo. Essa responsabilidade horizontal, quase familiar, é mais débil do que a chamada responsabilidade vertical, como a existente entre pais e filhos, que não se tem como específica, mas como global e não ocasional, sobretudo enquanto os filhos permanecem crianças. Na relação vertical, a negligência é um perigo e uma forma de irresponsabilidade que não envolve nenhum ato positivo, e

costuma ser uma forma não perceptível e não intencional, sendo por isso mais perigosa e mais difícil de identificar. (JONAS, 2006, p. 169-70).

A responsabilidade pode ser natural ou contratual. A responsabilidade constituída pela natureza, como no exemplo de responsabilidade parental, não depende de aprovação prévia e é irrevogável e não rescindível. A responsabilidade contratual é artificial e instituída a partir da atribuição e da aceitação de um encargo, com assumir uma função resultante de um acordo tácito e da existência de uma competência, e é delimitada pelo objeto ou tarefa contratual. Essa responsabilidade natural envolve um bem de primeira grandeza e que se encontra no campo de ação do poder do agente, requerendo a responsabilidade ainda que não tenha sido objeto de escolha. (JONAS, 2006, p. 170-1).

A relação de responsabilidade contratual decorre de uma aceitação e, por conseguinte, de uma escolha, de onde se depreende que pode permitir uma renúncia, assim como a contraparte pode exercer seu poder de renúncia. Nessa forma contratual, a responsabilidade extrai sua força determinativa do acordo e não do valor intrínseco do objeto. Na responsabilidade contratual é possível uma conduta imprópria, mas que não pode ser chamada de irresponsável, pois essa irresponsabilidade está mais relacionada com a traição da responsabilidade de validade autônoma, do tipo natural. É necessário se verificar que por vezes o objeto de interesse da relação de responsabilidade está ligado a um bem que se impões como obrigação, como no caso de um funcionário do fisco que tem a responsabilidade de captar os recursos que serão utilizados na implementação de políticas em prol do bem comum. A causa real da cobrança de impostos é a garantia das relações de lealdade em que se fundam a sociedade e a vida coletiva, permitindo considerar essa responsabilidade tão condicional e irreversível como aquela determinada pela natureza. (JONAS, 2006, p. 170-1).

A liberdade humana fez surgir um tipo de responsabilidade que ultrapassa a diferença entre a responsabilidade natural e a contratual. A responsabilidade do homem político envolve um bem de primeira grandeza e de dignidade incondicional que não está na esfera atual do poder do agente, mas que se torna objeto de responsabilidade por ser livremente escolhida. Neste caso a escolha vem em primeiro lugar, seguida da apropriação dos meios necessários para o exercício, representados pelo poder. O político ambiciona o poder para assumir responsabilidades. O objeto da responsabilidade é a *res publica*, e essa

responsabilidade é assumida sem necessidade, sem que lhe seja pedido, sem missão específica e sem acordo, desde que seja exercida nos limites do cumprimento dos deveres de cidadania. Jonas chama a atenção para o fato que o político pode acreditar que sabe o caminho para a salvação e que pode conduzir a comunidade nessa direção, mas nenhuma regra moral genérica pode tornar obrigatória a possibilidade de cometer erros desastrosos para os outros em nome de uma certeza subjetiva. A liberdade mais sublime conduz aos deveres mais exigentes e inclementes. (JONAS, 2006, p. 171-3).

Paradoxalmente, as responsabilidades do homem político, decorrentes de vontade, e a responsabilidade parental, natural, embora muito diferentes em suas origens, são as que mais dizem respeito à verdadeira essência da responsabilidade. A responsabilidade natural parental se exerce no âmbito íntimo e imediato, enquanto a responsabilidade do homem político se exerce à distância por meio de instrumentalidade organizada. Ambas têm em comum na representação integral do fenômeno original da responsabilidade a totalidade, a continuidade e o futuro. (JONAS, 2006, p. 173-5).

O ser humano tem um caráter precário, vulnerável e revogável, decorrente de sua condição de ser vivente, tornando-o um objeto de proteção, além de ser um fim em si mesmo. O homem não tem nenhuma vantagem na relação com os outros seres viventes, mas só ele pode garantir de modo responsável os fins próprios dos outros seres. O arquétipo de toda responsabilidade é aquela do homem pelo homem, que se dá de forma recíproca, pois, vivendo entre seres humanos, sempre se é responsável por alguém e sempre se é responsável de outros, decorrente da natureza não autárquica dos seres humanos, e que se expressa, pelo menos no sentido natural, como a responsabilidade parental. O ser humano tem, pois, uma marca distintiva que o torna o único capaz de ter responsabilidade, onde sujeito e objeto podem se intercambiar dependendo da situação. Não se deve esquecer que para que se tenha responsabilidade é necessário ter faculdade para ser responsável, ter condição suficiente para efetivá-la. A responsabilidade do ser humano pode ser particular, com respectivos deveres privados, mas também não pode ser excluída a responsabilidade que se dirige a todos os outros homens, que sempre busca entre eles o seu executante e seu guardião. (JONAS, 2006, p. 175-6).

A atuação do médico exige, como em todo agir, que se tenha responsabilidade. A responsabilidade do médico está ligada a sua função social e

interpessoal. De um ponto de vista social, o médico tem que zelar pela saúde pública, pois sua função, além de tentar curar, envolve a prevenção de doenças. Um diagnóstico de uma doença infectocontagiosa pode ter interesse comunitário importante e determinante na tomada de medidas de controle. Não se pode deixar de considerar que, ao manter os indivíduos saudáveis, o médico colabora com a preservação dos papéis sociais que esses mesmos indivíduos exercem. Sob um ponto de visão interpessoal, o exercício da medicina é pautado na relação médico-paciente. Esse exercício médico se constitui em uma relação entre dois indivíduos e tem um objetivo definido. O trabalho médico, pautado nas técnicas de recuperação da saúde era, outrora, determinado pela experiência do médico, todavia, hoje não se tem dúvida sobre a importância dos dois elementos dessa relação, médico e paciente, nas tomadas de decisão e determinação de objetivos a ser seguida.

A profissão médica é o exercício de uma arte baseada na ciência da medicina. A arte médica tem por objetivo o curar. A arte da cura é uma particularidade, pois, enquanto habilidade e *tékhné*, o exercício da medicina tem o objetivo fora dela, no mundo dos objetos, com fins subservientes. Todavia, curar não é a produção de uma coisa, mas o reestabelecimento de um estado, e esse estado não é artificial, ainda que se aplique nele a arte do médico, o objetivo é o estado natural ou chegar o mais próximo a ele possível. Essa relação da arte médica com seu objetivo é única entre as artes. Para o médico a matéria sobre a qual sua arte é exercida é em si mesma o fim último, representado pelo organismo humano vivo com seu próprio fim. Nas outras formas de arte o *homo faber* atua sobre a matéria indiferente de modo a obter um fim para o qual foi ordenada. Ao médico o fim é dado pelo fim em si mesmo de seu objeto, a matéria prima é final e completa, não cabe identificar ao paciente seu objetivo próprio. Nada se inventa além do método para alcançar o objetivo, a saúde, que é determinada pela natureza. (JONAS, 2013, p. 155-6).

Por vezes, a saúde é um Bem a que pouco se dá importância, pois quase sempre está disponível à maioria dos indivíduos. Somente na ausência da saúde é que se dá a devida importância.

De forma geral, a saúde em si quase nunca chama a atenção, sendo pouco percebida, inconscientemente se desfruta dela. Existe a saúde buscada por causa da enfermidade, esta perturbação chama a atenção e é experimentada pelo sujeito como um sofrimento, buscando na ação médica o socorro necessário para seu

reestabelecimento. A ciência médica partiu do estudo da doença para o estudo do corpo humano saudável, com objetivo de prevenção e investigação. Dessa forma a ciência médica trata do corpo saudável e do enfermo, ajudando o médico em seu poder curativo. A ciência médica, desta forma, está intimamente ligada à arte de curar, uma das mais antigas artes da humanidade, e como ciência investigadora não é livre de fins nem de valores. (JONAS, 2013, p. 156-7).

A atuação médica é, portanto, uma complexa interação entre conhecimento e aplicação de técnica determinada por situações concretas que sofrem influência do meio ambiente externo e do meio biológico interno. Aspectos emocionais e sociais, como condições de moradia e trabalho, não são desconsideradas. Esse aspecto multifatorial do ato de diagnosticar e estipular um tratamento ou cuidado consiste em encontrar, em uma miríade de possibilidades, aquela que mais seja adaptada ao caso do paciente de forma específica.

O exercício médico prático não se restringe a uma mera aplicação de princípios teóricos, não é uma aplicação inequívoca de um conhecimento inequívoco sobre um material inequívoco com um fim inequívoco. Não se assemelha a uma forma de engenharia. É necessário que se faça uma avaliação em sua aplicação ao caso particular e individual de modo a abranger sua unicidade e complexidade. Ocorre uma subsunção do particular no geral, através de uma aplicação do conhecimento geral com uma capacidade de julgar que não se aprende com o saber geral, aplicando, dessa forma, o abstrato no concreto unindo o único à totalidade. Esse juízo conduz a decisões e se exerce por meio da experiência em associação com a intuição pessoal, dando ao exercício um diferencial em relação a uma mera técnica, tornando-a verdadeira arte. (JONAS, 2013, p.157).

De uma forma cognitiva, no exercício médico existe um enfrentamento de indivíduo com indivíduo. O médico tem que se haver com seus iguais. Essa forma singular de relação com o paciente também tem uma faceta plural, voltada à comunidade. O paciente espera ser tratado e confia esse tratamento ao médico de uma forma que seja específico a ele mesmo. Se se retirar da consideração a psiquiatria, sob um aspecto mais material, o que se trata é o corpo de outrem. O corpo humano não pode ser diferenciado das leis orgânicas das ciências naturais. O socorro ao corpo tem por fim permitir que ele seja o sustentáculo da vida de uma pessoa. O corpo, em sua materialidade, pode ser divisível em membros e órgãos, que podem passar por procedimentos cirúrgicos e transformações derivadas da

técnica médica. Ocorre certa coisificação do corpo humano, mas isso nunca pode ocorrer em relação à pessoa. O valor da pessoa não pode ser um critério diferenciador. O objeto da prática médica é a integridade funcional do corpo. A imagem da arte médica, entretanto, deve ser preservada desse particionamento da finalidade da cura relacionada a uma corporalidade divisível, mas deve considerar a servidão do fim em si mesmo da pessoa indivisível que passa pelo tratamento médico. (JONAS, 2013, p. 158-9).

Percebe-se aqui uma possibilidade de desvirtuação do objetivo da medicina, quando a valorização apenas do corpo pode deixar de notar o indivíduo. As especializações de conhecimento dentro da medicina correm o risco de perder a conexão com o todo. Dar atenção especial a um sistema ou órgão, ou mesmo a uma doença em especial, facilita a compreensão do problema, aproximando estudo, diagnóstico e tratamento, mas distanciando a pessoa humana.

A arte médica está inserida no contexto da natureza: *medicus curat, natura sanat*. A medicina passa a exercer atividades que perpassam por valorização ética e de responsabilidade que podem ter pouco a ver com a finalidade curativa original da medicina. O objetivo de evitar uma morte prematura não pode ignorar a finitude humana natural e aplicação de técnicas heroicas de prolongamento da vida e retardamento da morte. O controle do nascimento e da procriação é outra aplicação médica, chegando a métodos de mutilação contraceptivos com uma ação propriamente anti-médica no seu agir. Observa-se que a medicina está abrindo novos horizontes com fundamentos axiológicos extra-médicos que não tem seus objetivos claramente definidos pela arte de curar, com repercussões sobre a responsabilidade médico-humana. (JONAS, 2013, p. 160). Depreende-se que, para Jonas, o *télos* do médico é exercer a medicina de modo a re-estabelecer o equilíbrio natural do ser humano.

O médico, em sua busca pela cura, agindo sobre o corpo humano, tem a responsabilidade de conduzi-lo ao estado de equilíbrio natural, restaurando a saúde e combatendo os males que se apresentam como doenças. Por vezes, a forma de tratamento de um mal pode trazer consequências que não são desejadas. O conflito entre o interesse primário do trabalho médico, restaurar a saúde e proteger a vida, e o interesse do doente pode ocorrer em decorrência da forma como se consegue o objetivo. Para o paciente a saúde só existe com plena integridade do corpo, e uma vida sem essa integridade pode ser considerada indigna. A recusa de um indivíduo

em se submeter a um tratamento específico pode se chocar com o resultado pretendido pelo profissional médico. A noção de autonomia individual não permite ao médico agir como o único a determinar e escolher os caminhos e as consequências de um tratamento, embora não se desconsidere o fato de ele ser o mais habilitado em entender e de alguma forma prever os resultados da técnica empregada.

A responsabilidade do médico é a cura do paciente da melhor forma possível, e esse melhor é definido pelo médico e pela natureza, de modo a alcançar a integridade das funções orgânicas. Esse nível ótimo de funcionalidade é a norma e o sacrifício de partes só pode ser considerado por motivo de força maior, com o objetivo de manter o todo. Não se pode esquecer que pode haver um conflito entre o critério de “melhor” e os desejos do paciente ou da comunidade. A fertilidade e a reprodução, mesmo não se tratando de doença. Pode se constituir num infortúnio tanto pessoal como público. A medicina pode tentar evitar esse infortúnio, com o comprometimento de convicções vinculantes tanto para aqueles que praticam a profissão como por aqueles que estão fora dela. Tais conflitos não exime ninguém das responsabilidades conflitantes que podem advir de suas práticas. (JONAS, 2013, p. 160-1).

A noção individual de Bem deve ser respeitada no tratamento médico, o Bem a ser alcançado e os meios para realizá-lo não podem ser conflitantes para o médico e seu paciente. O paciente deve ser visto em sua completude, com as várias camadas de interesse que formam uma pessoa. Os interesses pessoais e privados, os interesses profissionais, anseios familiares e papel social são alguns dos aspectos que se pondera quando se aceita um tratamento de saúde que pode trazer consequências indesejadas e até mutilações ao paciente. Sob o prisma mais pessoal, não há ninguém melhor a ponderar esses interesses que não seja a própria pessoa. Não cabe ao médico transmutar-se em um senhor que determine o que deve ser feito, sem avaliar a grandeza de cada tipo de interesse que molda a vontade final de uma pessoa.

Se a lei pública deixasse essa questão de convicção aos critérios do profissional médico e ao seu livre julgamento, colocaria em jogo pontos de vista completamente extramédicos, além de responsabilidades mais gerais de caráter humano, sociais e religiosas. Todas as medidas de caráter não curativo, como a mutilação com finalidade esterilizante, poderiam ser confrontadas com os fundamentos de *nil nocere* do juramento hipocrático, podendo haver aqueles que

defendessem a sua utilização somente em caso-limite de necessidade de controle populacional, mas nunca para adequação de necessidades pessoais. (JONAS, 2013, p. 161).

Nessa esfera que escapa ao simples curar, ocorre a invasão de interesses vitais sérios e legítimos os quais podem impulsionar o médico a ir além da ética puramente médica, com extensão além do nível individual, devendo haver uma avaliação precisa dos prós e contras de cada ação. A compaixão e o desejo de ajudar podem encontrar imposições jurídicas e de outras esferas mandatórias. A tolerância humana pode ser abalada na pessoa do médico quando ele encontra-se em situação em que, na condição de crente, pode ser responsável a realizar atos que estão contrários às suas convicções e mandamentos religiosos, podendo haver mesmo um veto enfático da Igreja. Não perde nessa situação sua responsabilidade mundana, mas continua com seus critérios supramundanos sustentados perante Deus. (JONAS, 2013, p. 161-2).

A ética humana pode tender a uma maior tolerância e transigência nessas situações complexas, em que se leva em conta as circunstâncias individuais na avaliação da responsabilidade médico-humana. Entretanto, essa afirmação ampliada não pode ser unilateral, pois existem objeções morais que devem ser ponderadas na decisão, mesmo quando existe uma opção de permissividade autorizada em princípio. (JONAS, 2013, p. 162).

É necessário lembrar que a relação médico-paciente é uma via dupla, em que desejos e satisfações existem nos dois lados. O desejo do médico é realizar o reestabelecimento da saúde, e esse costuma ser também o anseio do paciente. Todavia, existem situações em que o desejo do paciente não se coaduna com o objetivo médico. Por vezes a medicina da necessidade origina uma medicina de vontade, cujo resultado desejado pode ferir a segurança da técnica a ser empregada e até ferir os ditames morais e científicos do médico. O desenvolvimento da técnica médica pode determinar possibilidades de tratamentos ou realização de ações com objetivos que ultrapassam a mera saúde e proteção da vida. O médico passa a se comportar como um artífice que manipula os tecidos vivos do ser humano. A consciência do médico se encontra, nesses casos, passível de ser manipulada ou determinada não por sua ética profissional própria, mas por outros interesses. Apesar da relação médico-paciente ser interpessoal, o aspecto exterior dessa relação, o social, também pode tanto obrigar como proibir certas condutas médicas.

A citada relação singular entre o médico e o paciente não está de todo desvinculada de seu aspecto plural e comunitário senão apenas como forma artificial de ação profissional. Além da obrigação terapêutica primária, o médico é um comissionado da sociedade como servidor da saúde pública. A atividade da medicina preventiva é de grande importância social, com responsabilidade superior da arte médica. Essa responsabilidade assume dimensões distintas atingindo as gerações futuras, desta feita, a reprodução e seu controle não podem ser consideradas como mero assunto privado, devendo ser avaliados sua aplicação e seu excesso. As contramedidas de precauções e defesa das gerações futuras devem ser tomadas agora, com avaliação ética e ponderação dos perigos. A medicina se vê obrigada a prevenir com seus próprios meios a maldição de sua própria bênção decorrente da ambivalência do sucesso em seu progresso técnico. (JONAS, 2013, p. 163-4).

A existência de um conflito de convicção, seja de ordem religiosa ou moral, que o médico possa ter diante de si, é menos grave em situações de prevenção do que nas situações de emergência que ele não pode prevenir. Como exemplo, um médico pode estar confrontado com o desejo de esterilização desejado por um casal e se posicionar contrariamente ao desejo e se recusar a realizá-lo. O problema maior seria em situação de uma esterilização ordenada pelo Estado, quando o médico perderia sua condição de co-decididor para tornar-se apenas uma ferramenta impessoal de uma política pública de emergência, ainda que tivesse por objetivo evitar o pior. Poderia ocorrer a situação ética do bote salva-vidas, em que o mandato brutal da sobrevivência derruba toda a edificação de valores da solidariedade humana, deixando sem vigência as normas de ética humana, retornando a um estado pré-moral de “eu e tu” tornando tal bote salva-vidas desesperadamente desumanizado. (JONAS, 2013, p. 165).

Esse estado de dificuldade de posicionamento diante de moralidades antagônicas entre a consciência moral do médico e aquilo que o outro, seja o paciente ou a sociedade, toma como consciência moral esperada pode exigir posicionamentos radicais e polarizados como uma forma de defesa diante do desacordo.

A responsabilidade das ações médicas também se estende à longo prazo a partir dos potenciais catastróficos que podem decorrer do desenvolvimento e aplicações tecnológicas, podendo contribuir, por exemplo, à destruição do meio

ambiente e à degradação da biosfera. Essa responsabilidade planetária da ação médica suplanta o *ethos* puramente médico, podendo haver a contradição com seus critérios originais, tornando uma ética emergencial e de exceção em uma ética atual para o médico. (JONAS, 2013, p. 166).

As situações de emprego excessivo da arte médica com objetivo de prolongamento da vida e postergação da morte, mesmo contra a oposição de vontade do paciente, além das situações de pacientes em coma irreversível, em que a vontade do doente não tem mais nada a dizer, trazem conflitos éticos que podem transformar a ação médica de mantenedora da vida em uma ajudante humana da morte. Os recursos médicos são limitados e os gastos desproporcionados com medidas heroicas em detrimento de ações de serviços mais modestos, mas com maiores expectativas, coloca o médico diante de um aumento de responsabilidade com horizonte inteiramente novo que envolve a justiça distributiva e a aplicação do progresso tecnológico, trazendo uma responsabilização ampla e impessoal que só poderia ser sustentada com um consenso da comunidade profissional ou de uma autoridade arbitrária supra-ordenada. (JONAS, 2013, p. 167).

2.2 A Ética da Relação Médico-Paciente

Para que o agir médico seja considerado ético, é necessário que o objetivo de seu ato seja considerado bom para o paciente e para o grupo social. Delimitar o Bem na relação com o paciente, em consonância com os interesses da sociedade, fez surgir precocemente uma preocupação com a ética envolvida na prática médica.

No agir do homem existe uma delimitação de bem e de mal, daquilo que seria permitido e defensável, através de um conjunto de princípios aos quais os indivíduos estão ligados e submetidos por um sentimento de obrigação. Esta delimitação é globalmente chamada moral. A ética determina a justificação e a quantificação dessa moral, como se fora uma metamoral, um segundo grau que se impõe ao entendimento das normas. A ética teria um entendimento anterior, interessado nos fundamentos da ação moral, ligando a vida às normas, e um entendimento posterior, que tem por objetivo inserir as normas nas situações concretas, uma espécie de sabedoria prática, entendida como ética aplicada, semelhante à prudência (*phronesis*) aristotélica, que permite discernir a regra correta (*orthos logos*) diante de

circunstâncias difíceis de ação. (RICOEUR, 1996, p. 689, 691-3. Apud: LOMBARD, 2009, p. 14).

O termo relação, sob o ponto de vista de um relacionemto entre duas pessoas, não se refere a uma função ou a uma estrutura, mas a um concatenamento abstrato da atividade entre dois sistemas pessoais que interagem (DUBOS, 1955, p. 192:31. Apud: KABA; SOORIAKUMARAN, 2007, p. 58).

Jonas (2006. p. 29) refere que a ética até hoje compartilhou de três pressupostos básicos: a condição humana, a determinação clara do que é bom para o homem e o alcance da ação humana, definindo a responsabilidade humana. Acrescenta que estes pressupostos vêm perdendo a validade em virtude das transformações por que passam as capacidades humanas, em decorrência d a técnica moderna e suas influências na natureza humana do agir. Em consequência desta mudança no agir humano, se faz necessária uma modificação na ética.

Jonas parece defender que a ética deve evoluir para acompanhar os avanços técnicos da medicina e da ciência, mas, para que ocorra qualquer tentativa de ajuste ou evolução, se faz necessário avaliar o aspecto histórico prévio da medicina, o qual, em se tratando da medicina ocidental, surge na antiguidade clássica.

A profissão médica inicia com o primeiro ser humano que percebeu a doença. Um doente se sente assustado e tem sofrimento físico, moralmente se percebe diminuído, assustado, precisando de ajuda. A prática médica nasce com aquele que está disposto a ajudar e passa a ter, ou pretende ter, os conhecimentos necessários para prestar essa ajuda. A relação decorrente desse encontro entre tratador e tratado é assimétrica, representada pelo doente ignorante e pelo curador sábio. Esse curador, representado nas mais diversas culturas como xamã, feiticeiro, curandeiro, por fim médico, toma um posicionamento paternalista, e sua importância no meio social denota poder e credibilidade. A sociedade passa a dar a esse curador alguns privilégios, os quais, em relação aos médicos, nas sociedades modernas, se acompanham de uma contrapartida específica, uma espécie de exigência contratual, um modo de agir e suas proibições, representado geralmente por um código de condutas profissionais, um código de deontologia. (QUILES, 2014, p. 106).

As características intrínsecas a esta relação única entre médico e paciente, permitem que duas pessoas, inicialmente desconhecidas, sintam um certo grau de intimidade, podendo evoluir de modo que o paciente compartilhe assuntos pessoais e particulares em um ambiente construtivo. A relação médico-paciente tem um

aspecto histórico e depende da situação médica do momento e do cenário social, estando aí incluídos, os momentos intelectual e científico. Ela envolve a habilidade inata de autorreflexão e comunicação, assim como habilidades técnicas treinadas. (KABA; SOORIAKUMARAN, 2007, p. 58).

Quando se fala em habilidades práticas decorrentes de um conhecimento prévio e técnico associado a uma determinação do agir, se está em uma discussão de filosofia teórica e prática, ou entre excelência moral e efetividade da ação.

Para Lombard (2009, p. 14-5), a ética é sempre uma junção de princípios e do real, uma aplicação contínua da prudência no contato com a prática. Na medicina, a ética é um questionamento sobre o senso da ação de tratar e um guia a discernir e agir na busca pela melhor abordagem diagnóstica e terapêutica, respondendo à questão de como fazer, oferecendo o melhor modo de agir em um caso concreto, ainda que este caso seja difícil ou que desafie uma prática anterior. A ética ajuda a direcionar a confecção de regras que possam servir como normas aplicáveis em uma situação particular, com uma determinada ideia de bem e com determinadores, permitindo deliberar e estabelecer contingências.

Em conformidade com esse entendimento, Lombard (2009, p. 15-6) lembra que a técnica médica grega originou uma ética, que submete essa técnica e a delimita, em oposição ao sistema dedutivo, que autorizaria a utilização do nível mais superior da ciência. O progresso da medicina, ainda que fosse possível, não faz desaparecer a discussão conjectural da ética médica, na verdade a ela se acrescenta, uma vez que a reflexão ética, neste caso, se justifica não pelo conhecimento, mas pela sua imperfeição. Quanto mais poderosa e detentora de conhecimento, maior o espaço necessário para que se tenha consciência de seus limites e maior a necessidade do questionamento ético.

A ética médica é justamente considerada como a primeira das éticas, a partir do Juramento de Hipócrates, que, cronologicamente, foi a primeira codificação que transformou uma prática em uma atividade autêntica com espaço definido não apenas pelo seu objetivo, mas também pelos seus valores, regulando e organizando a profissão. Ademais, a ética médica também é considerada a primeira por outras razões, sobretudo o risco da intervenção médica, tanto para quem a exerce quanto para aquele em que é exercida, relacionado ao sofrimento, à agonia, ao risco mortal e à qualidade de vida do paciente e à responsabilização que pesa sobre o médico, a

qual sobrepõe a simples pesquisa e eficácia de uma metodologia, uma vez que esta pode se tornar indiferente ao seu objeto. (LOMBARD, 2009, p. 8-9).

A ética médica é mais que a simples deontologia, sendo esta considerada como uma espécie de medida e de negação, ligada ao modo de pensar e aos sistemas de referência, inseparável da prática médica e qual encontra naquela sua origem. (LOMBARD, 2009, p. 10).

Entende-se que na ética médica estava a medida do factível na prática médica, dentro do objetivo de alcançar a saúde e o equilíbrio. Aquilo que é teoricamente possível, pelo menos cientificamente, não está automaticamente permitido para ser aplicado. A ética médica delimita o objeto da medicina e também limita os meios de atingi-lo.

O Juramento de Hipócrates enuncia, como faria um código deontológico, os comportamentos convenientes ao médico e as proibições que se impõe em sua prática profissional. Todavia, ainda que deontológico, seus pontos são escritos sob uma perspectiva ética em que se considera a razão, os valores superiores da vida, da arte e da humanidade. (LOMBARD, 2009, p. 28-9).

A ética médica não pode ser separada de sua significação na ação de tratar, reconhecendo a dignidade do outro, dignidade esta que está presente tanto no médico como naquele que é tratado, reconhecendo ainda a liberdade que devem ser tratadas em termos kantianos, sempre como fim e jamais como meio. Essa ética não ficou atrelada à prática médica herdada da tradição hipocrática, mas deve ser presente nos debates que acompanham os avanços da medicina. (LOMBARD, 2009, p. 39-40).

A tradição da medicina e de sua ética não pode ser descartada pelo aparecimento de novas técnicas, mas deve ser discutida de modo a adaptar esses avanços à atividade da profissão. A ética deve ser entendida como uma forma de manter o *télos* da medicina, não uma forma de defender apenas a técnica.

O Juramento de Hipócrates tem um aspecto simbólico e emblemático do início da medicina, perpetuando uma noção inicial e até mística da arte de tratar, de modo que, por vezes, ele apenas balbucia diante do aspecto científico e do plano técnico da medicina atual. Ainda que a medicina não esteja ligada cientificamente ao seu estado científico inicial, seu estágio atual ainda deve estar associado aos valores morais da experiência da vida, da dor e da morte, de modo que, no trato dos pacientes, o médico deve usar toda sua competência técnica associada à tradição

que lhe confere uma função quase sacerdotal que, pouco ou muito, ainda persiste. (LOMBARD, 2009, p. 145-7).

Lombard (2009, p. 147) traz em questão se uma ética, inicialmente ligada a um *ethos* de uma determinada forma de vida em comum, pode coexistir com a prática de uma profissão que é transformada por um desenvolvimento científico e técnico, de uma forma durável. De forma paradoxal também questiona se uma técnica modernizante é capaz de coexistir com uma ética anterior, ou se deveria modificá-la de forma a criar uma ética e deontologia *ad hoc* de modo a ter um sustento moral em seus avanços.

Na primeira questão há que se discutir a perenidade da ética médica antiga, baseada no juramento hipocrático, de modo a aplicá-la atualmente de uma forma mais ampla. O juramento pode ser considerado anacrônico em certos aspectos, mas em outras situações ele se encontra pronto para uso. A ampla oferta biotecnológica atual, marca da medicina moderna, necessita, contudo, de um trabalho exploratório, para se encontrar as opções e escolhas sociais, morais e políticas de modo a buscar uma deontologia atual, que ajude a ordenar as condutas de ação possíveis em uma realidade atual, complexa e múltipla. (LOMBARD, 2009, p. 151-3). Nesse questionamento, Lombard parece defender que os meios de atingir o *télos* devem ser sempre avaliados à luz da ética.

Na segunda questão, Lombard (2009, p. 143-4) propõe que seja avaliado o caso concreto, e que não seja avaliado de forma *ad hoc* nem subjugadas a um modo automático e simplista da ética. A discussão do caso deve ser aberta e que nunca se fecha, a partir de um edifício moral solidamente construído tendo em vista os riscos imprevisíveis da diversidade e da novidade. A ética de baseia em sólidos princípios e valores existentes que não se modificam às custas de respostas novas e adaptadas, contemporâneas pelo simples fato da existência da contemporaneidade do momento. A ética deve partir do pressuposto de um passado que acolhe o futuro, um futuro que deve ao passado o senso de seu conteúdo, ainda que proveniente de uma novidade agora possível.

É fácil notar que, nessa segunda questão de Lombard, a tradição da medicina deve ser considerada, todavia até o momento não determina qual é essa tradição. A tradição médica ocidental tem seus valores e objetivos delimitados a partir do Juramento de Hipócrates, que é sempre lembrado nas discussões sobre os

aspectos éticos ancestrais da medicina. Esse juramento vem a ser o ponto inicial da discussão de Lombard sobre a tradição médica

Convém lembrar que o Juramento de Hipócrates tem origem na Grécia Antiga e parte da mesma tradição que deu origem ao pensamento aristotélico, com a virtude sendo um ponto comum de orientação das ações do indivíduo.

O Juramento de Hipócrates é o grande texto antigo que revela as regras precisas da profissão médica. Ainda que guiado por uma deontologia ultrapassada, nele se inicia a ética médica do ocidente, que vem se tornando inutilizável em virtude do progresso da modernidade e da acelerada diversidade do mundo, ainda que seja difícil de aceitar. Entretanto o juramento hipocrático persiste como fonte de reflexão a respeito da relação entre o profissional de saúde e o seu paciente. Apesar de sua importância histórica, ele é insuficiente, pois não contempla aspectos de justiça, verdade e responsabilidade coletiva, demonstrando uma característica da filosofia antiga antes de se importar com a política. Mesmo com suas deficiências, continua a ter importância na forma como se entende a relação médico-paciente. A ideia grega antiga parece não estar voltada para o futuro, mas essa noção de progresso e de melhorias de tratamento já estava prevista, pois se considerava que o conhecimento deveria ser usado para a melhoria da saúde dos homens e das cidades. (LOMBARD, 2009, p. 157-9).

Não é possível tornar real todas as imposições deontológicas do Juramento de Hipócrates após vinte e cinco séculos. Transpor um documento por todo esse lapso temporal e desejar que sua imposição normativa deontológica seja aceita é desconsiderar todos os aspectos sociais e econômicos modernos, como demover os imperativos econômicos liberais e os custos de alta tecnologia médica na aplicação da filantropia antiga. Entretanto a filantropia é um princípio moral de solidariedade ao qual a aplicação da ética, antiga e atual, pode recorrer. (LOMBARD, 2009, p. 181-3).

A relação médico-paciente sempre envolverá noções particulares de Bem. O médico, além de sua própria noção, tem sobre si a ética determinando os meios de exercício profissional, por vezes delimitando o Bem a ser possível de se buscar em cada caso, seja a cura, seja a minoração do sofrimento. A ética médica parece definir a beneficência como um guia de sua ação, todavia a visão mais ampliada da medicina e de suas consequências pode priorizar um objetivo que não condiz com aquilo que o paciente considera como Bem a ser alcançado com o tratamento, partindo de experiências pessoais com pouco discernimento técnico e científico.

Após o desenvolvimento da medicina moderna, os médicos passaram a usar a ciência médica como o motor principal e como justificativa para seus atos, ficando difícil escolher as vontades de seus pacientes quando comparadas em uma disputa com artigos e descobertas científicas. Diante da ciência médica e de sua técnica é necessário encontrar razões muito fortes para agir de forma diferente. Entretanto, esse pragmatismo científico se aplica bem na saúde pública e na prevenção de doenças, mas tem pouca aplicação na relação com um paciente em particular, quando uma atitude de imposição pode não ser bem recebida. A relação binária médico-paciente se constitui na essência da prática médica. (LARGER, 2011, p. 13).

Larger (2011, p. 16-7) comenta que, para Hipócrates, o amor e o respeito à natureza humana e aos homens está na característica fundamental de quem deseja exercer a medicina. A medicina seria uma arte e o médico deve exercer sua prática com o melhor conhecimento disponível e com a melhor relação possível para aqueles que necessitam de seus serviços, sejam aqueles que podem pagar, sejam os indigentes. A relação médico-paciente deve, portanto, ser calcada no amor ao homem que sofre e deve, ainda, ser uma forma de vida sustentável ao médico. Parece haver um paradoxo, mas Hipócrates defende ser o amor ao homem que torna o médico em um artista, e ser esta a característica sobre a qual se constrói sua relação com o paciente.

Numa relação concreta com o paciente é difícil ao médico correlacionar teoria e prática, uma vez que é um só paciente a que ele questiona, sobre quem realiza exames dolorosos, a quem dá notícia de um diagnóstico e prognóstico, e cujo corpo morre quando não consegue sucesso no tratamento instituído. Esse paciente é um ser humano com todas suas particularidades e diferenças a quem todas as condutas médicas devem ser adaptadas conforme suas características. (LARGER, 2011, p. 17-8).

A relação médico-paciente tem, de um lado, um indivíduo que sofre e, nessa relação, a deontologia, o dever, pode não ser suficiente para estabelecer a prática. Larger (2011, p. 19-20) acredita que um agir ético fundamentado na pessoa que origina uma responsabilidade, escolhida por todos aqueles que resolvem abraçar a medicina, seria uma ética voltada ao sofrimento da pessoa.

A medicina acompanha, com seu desenvolvimento científico e técnico, o desenvolvimento da sociedade e das teorias de concepção sobre o homem. Todavia, o homem enquanto indivíduo, enquanto pessoa humana, continua

essencialmente o mesmo. Apesar de todas as concepções sobre a representação do homem, para si mesmo, ele se impõe a partir de um princípio de realidade. Mesmo diante de uma realidade em que tudo parece ser relativo, o homem permanece sendo ele mesmo por aquilo que ele mesmo acredita ser. O homem tem algo que escapa à contingência imposta pela teoria e pela ciência. (LARGER, 2011, p. 23-4).

Aqui se consegue entender que apenas ciência e técnica podem não ser suficientes para determinar a melhor forma de conduzir uma ação. Através da prudência, o médico escolhe, dentro de um leque teórico, a ação que mais combina com a situação em questão, entretanto, ele não pode deixar de levar em conta seus aspectos pessoais de um Bem, nem, tampouco, desconsiderar aquilo que o paciente considera como Bem.

Com o progresso do conhecimento médico e com a implementação das diversas formas de tratar e a partir do desenvolvimento técnico, uma dúvida surge, de maneira insistente, sobre qual parte da medicina seria responsável pela relação indivíduo para indivíduo? As modalidades de relação entre tratador e tratado sofreram grandes modificações com o passar dos tempos. A situação atual é inédita, onde a técnica conseguiu transformar o homem em um mecanismo com estudo de efeitos e funcionamento como se fora uma máquina. (LARGER, 2011, p. 8).

A discussão atual mais presente que diz respeito à relação médico-paciente está relacionada ao paternalismo médico, relacionado ao princípio bioético da beneficência, o qual, por sua vez, deseja o Bem do paciente. A dúvida fica assentada sobre a necessidade ou a possibilidade do paciente tomar e influenciar nas decisões de seu tratamento. Atualmente o princípio da autonomia é mais pronunciado, vindo da tradição anglo-saxã, todavia, opõe o paciente ao dever médico, uma vez que esse princípio considera que o paciente é lesado na sua capacidade de escolher. (LARGER, 2011, p. 8).

Novamente se evidencia que o aspecto liberal e individualista não se adapta perfeitamente à tradição hipocrática da medicina. O médico pode ficar tomado por dúvida entre fazer aquilo que considera o Bem para seu paciente, ou fazer aquilo que o paciente considera o Bem desejável, mas que obriga o médico a ferir o princípio da não-maleficência, agindo mesmo de forma contrária aos seus ditames morais pessoais.

Diante da renúncia do paternalismo médico, surge a questão: é lícito, ou mesmo permitido, que o médico queira fazer o Bem a seu paciente? É reconhecida a pressão dos desejos do paciente em ter reconhecida a sua humanidade no momento em que eles se encontram confrontados com uma medicina técnica e fria. Verifica-se também que a infantilização imposta ao paciente pode ser uma fonte de sofrimento, sendo necessário corrigir a relação que, por vezes se assemelha à relação entre pais e filhos. Isso não deve ser motivo para que se retire toda forma de ajuda prestada pelo médico em detrimento de comportamentos problemáticos. Tampouco pode essa relação ser apenas uma relação contratual, devendo ser sempre considerada a vontade do paciente e respeitada sua autonomia através de escolhas esclarecidas. (LARGER, 2011, p 8).

A relação entre a teoria e a prática é bem evidente quando se verifica o posicionamento do médico e do paciente em determinado caso. O conhecimento técnico e científico, aliado à experiência profissional, dá ao médico muito mais subsídios para uma decisão racional. Essa percepção de ter uma melhor capacidade de decisão, aliada a um princípio de beneficência, pode fazer com que o médico decida por conduzir o tratamento e convencer o paciente de que sua opção é a melhor. Mantém-se a questão, se o paciente detivesse o mesmo conhecimento técnico e experiência, teria decidido daquela forma? Decerto que haveria situações em que esse paciente esclarecido no mesmo nível que o médico poderia optar por uma forma diferente baseada na sua própria noção de Bem. Um posicionamento paternalista só é tolerado se estiver embasado em uma noção de ética e de beneficência. Não se está defendendo um paternalismo déspota, mas não se pode deixar de perceber que ele existe, mesmo quando o esclarecimento é dado ao paciente.

De uma forma geral, é possível dizer que há certa obstinação do paternalismo médico, de modo que sua existência parece destruir o discurso sobre a relação médica dando uma conotação moralizante e política. Além disso, o paternalismo não está presente em todos os médicos. Via de regra, o essencial da relação não é discutido, e a atitude do médico é colocada distanciada do utilitarismo materialista e procedimental. O antipaternalismo afasta toda relação pessoal e a coloca em uma ordem moral demonizada. (LARGER, 2011, p 9).

Larger (2011, p. 10) crê que o autoritarismo potencial derivado do paternalismo é justamente reconhecido, mas que não é distinguido das outras

atitudes englobadas na noção paternalista, e cita o termo “paternalismo esclarecido”, cunhado por Largeault, Atlan e Collange. (1998. Apud: LARGER , 2011, p. 10). Isso deriva do fato de que o médico não pode renunciar ao princípio da beneficência, ainda que seja necessário melhor entender a vontade do paciente, não por invalidar essa vontade, mas por se saber de uma necessidade daquele que sofre. O médico é movido mais pela beneficência que por uma relação contratual. (LARGER, 2011, p. 11).

Segundo Szasz, Knoff e Hollender (1958), é possível encontrar três modelos de relação entre médico e seu paciente: atividade-passividade, condução-cooperação e participação mútua. Os modelos de atividade-passividade e de condução-cooperação são centrados no médico e tem características eminentemente paternalísticas. No modelo de atividade-passividade o médico realiza a ação e o paciente apenas recebe o cuidado, não podendo reagir, tomando um posicionamento inerte, semelhante à relação entre os pais e uma criança. No modelo de condução-cooperação o médico diz ao paciente o que fazer e o cabe ao paciente apenas obedecer. O modelo de participação mútua é centrado no paciente e reflete a conduta em que o médico ajuda o paciente a se ajudar, este assume um papel de participante no processo de tratamento, fazendo uso do conhecimento técnico do médico.

Os dois primeiros modelos descritos são considerados modelos biomédicos, uma espécie de medicina de uma só pessoa, enquanto o modelo centrado no paciente representa uma medicina de duas pessoas, no qual o médico integra a relação e existem influências em ambas as direções, nem médico nem paciente podem ser considerados separadamente. As emoções do paciente influenciam o médico e vice-versa. (BALINT, et al., 1993. Apud KABA; SOORIAKUMARAN, 2007, p. 62).

Mead e Bowen (2000. Apud: KABA; SOORIAKUMARAN, 2007. p. 62) descrevem uma relação médico-paciente que se centra no paciente, mas que não perde as influências externas. Do lado do paciente e de seu comportamento, são consideradas influências fortes suas atitudes e expectativas, seu conhecimento, personalidade além da natureza do problema e do conhecimento prévio do médico. Quanto ao médico é importante notar as atitudes, os valores, sua personalidade e conhecimento do paciente. Em um nível mais amplo, os autores citam como influências na prática do médico as normas culturais e expectativas sociais, sua

condição socioeconômica, conhecimento e aprendizado formal e informal, além do treinamento e experiência médicos. Acrescentam ainda como influências de contexto médico as normas profissionais, os incentivos e as políticas governamentais.

2.3 Os Objetivos da Medicina na Tradição Médica Ocidental

O homem trás em si uma dualidade entre o corpo e um aspecto transcendente que deixou de ser considerado nos estudos mais recentes da medicina. Desde Aristóteles há uma concepção de singularidade que pode, atualmente, ser concebida como “alma”, que não deve ser entendida aqui como uma entidade universal aprisionada em um corpo, mas como uma causa formal que informa ao corpo que ele se constitui em partes, como se o corpo vivo fosse uma união perfeita entre essa alma e a matéria. O mais importante, contudo, é que o médico admita que cada um tenha uma concepção particular de sua existência e de sua substância, de sua unidade e de sua mortalidade. (LARGER, 2011, p. 27-8).

Parece evidente para o médico atual que, com todo o desenvolvimento técnico, uma parte da humanidade da pessoa humana não é considerada pela ciência médica. A racionalidade médica atual renunciou à metafísica e recusa quaisquer outras referências que não a científica. O positivismo médico deixou de lado os estados teológicos e metafísicos. Entretanto, esse isolamento científico médico não encontra coincidência com as fronteiras da fenomenologia humana, e lhe escapa aquilo que é mais humano dentre os humanos, não sendo levados em conta o sujeito e o espírito, sendo incapaz de compreender a pessoa de forma completa. Por vezes o dualismo corpo-espírito é substituído por um dualismo materialista corpo-encéfalo. (LARGER, 2011, p. 31-35).

É importante notar que esse comportamento voltado para a ciência que existe na medicina e no médico, parece se tornar um paradigma na tomada de decisão na ação médica. Espera-se do médico uma decisão baseada na objetividade e menos em opiniões pessoais não científicas. O que se espera, quase sempre, é um comportamento de excelência técnica que esteja baseado em uma excelência moral voltada para o paciente. Não se espera que o médico tenha algum tipo de comportamento humano que venha a interferir na melhor conduta terapêutica indicada pela técnica. Nesta situação, apenas a noção de Bem do paciente deve ser

considerada, apagando a noção de Bem do próprio médico. O problema pode se tornar um verdadeiro embate e desacordo quando, da decisão terapêutica indicada pela técnica, voltada unicamente ao Bem do paciente, uma violação da noção de Bem do médico acontece.

Na experiência de vida comum, o homem não tem uma existência unicamente psicológica nem unicamente fisiológica. A perspectiva da morte conduz a uma ideia de dualismo substancial. O homem é sempre ele mesmo, de um lado uma transcendência e de outro um ser vivo, de modo que esses dois polos tornam o homem uma unidade. A concepção de um monismo material não explica a experiência do ser. A ciência ainda não consegue explicar se a alma é um produto do encéfalo ou se é algo a mais. Não se pode determinar que a natureza material origina exclusivamente a natureza humana. É a unicidade, a junção dos polos materiais e transcendentais, que torna real a unidade do indivíduo e a sua experiência de desenrolar de vida. (LARGER, 2011, p. 41-7).

O discurso científico da medicina, a partir de uma racionalidade mecânica e positivista não permite conhecer verdadeiramente o homem. É necessário que se aplique uma filosofia da pessoa, que escapa aos pressupostos científicos, mas que tenta proporcionar uma visão unificada do homem, com fundamento humano e ético, permitindo à ciência médica uma melhor relação com o paciente com uma visão, ao mesmo tempo, múltipla e complexa. Essa filosofia estaria voltada para a perpetuação da pessoa em sua essência e de seu movimento pela história de vida do indivíduo. (LARGER, 2011, p. 47-8).

Por vezes, o médico pode se sentir tentado a ver no paciente apenas um problema médico a ser resolvido. Isso é ainda mais gritante no caso dos cirurgiões. A prática médica valoriza o aspecto objetivo do homem, em detrimento do subjetivo, na busca de uma forma de instrumentalizar seu problema de saúde para resolvê-lo. Todavia não pode ser descartado que tão logo surge uma relação, e o homem passa a ver o homem como alguém dotado de humanidade, este passa a ocupar o espaço que o indivíduo tem para sua percepção do outro, do semelhante. Essa percepção do outro é baseada em julgamento anterior que é a percepção de si mesmo, incluída aqui sua percepção da transcendência. Antes de se perceber, se faz necessário ser, uma forma que precede ao julgamento da existência do outro, uma experiência interna e íntima, fenomenológica e ontológica. (LARGER, 2011, p. 55-7).

Para que seja considerado satisfatório, sob ponto de vista relacional, o ato médico necessita conjugar de um lado alto conhecimento tecnológico e de outro um engajamento pessoal forte, tanto por parte do médico como do paciente para se alcançar a maestria. Em outras palavras, há que haver competência técnica e científica na relação entre médico e paciente, sem ser deixada de lado a relação pessoal. (LARGER, 2011, p. 433).

Mister chamar a atenção ao fato que não é coerente que algo que seja o Bem para alguém não possa ser considerado Bem para outro indivíduo. Na relação entre indivíduos que ocorre entre médico e paciente é pouco aceitável que se exclua os aspectos mais pessoais do médico, como suas crenças e sua visão de mundo. Não se defende que esse aspecto particular do médico seja o mais importante. É evidente que o objetivo da relação é a recuperação da saúde do paciente, logo, suas expectativas devem ser determinantes ao se escolher entre possíveis tratamentos. Todavia, não se pode sempre exigir que a posição particular do médico seja excluída, sobretudo quando o tratamento escolhido colida com posicionamentos racionalmente aceitáveis do médico e que estes posicionamentos sejam suficientemente fortes para que o médico decida por objetar a realização de tal tratamento.

A relação médico-paciente se desenvolve em dois eixos, como já foi dito. Um é o conhecimento científico, o outro é a relação entre sentimentos do médico e do paciente. As escolhas e crenças pessoais do médico e do paciente tem grande implicação, mas também existem outros elementos, como a opinião social e o posicionamento da sociedade, além de instâncias superiores, como a natureza e Deus. (LARGER, 2011, p. 434).

O conhecimento científico determina as ações práticas de tratamento, mas não são capazes de ordenar a ética da relação. Parece que a pesquisa médica e seus argumentos objetivos que fundamentam a decisão médica excluem todos os outros pontos de vista, esquecendo que o homem é um algo mais, além de simples matéria e objeto de um profissional. (LARGER, 2011, p. 435).

A racionalidade científica é pouco numerosa e variada, quando aplicada a determinado caso médico, o que não ocorre com as influências morais, quando o racional nem sempre é o essencial. O fundamento moral mais desejado pelos usuários de serviços médicos é a humanidade, a capacidade do médico se relacionar e entender o outro demonstrando senso moral e de demonstrar que

pertence a um mesmo grupo, uma mesma comunidade, e que compartilha uma mesma condição humana. (LARGER, 2011, p. 436 e 493).

Convém chamar atenção para o fato de se esperar do médico um senso moral a ser aplicado em sua atuação profissional. O médico deve recorrer à sua história e tradição cultural para desenvolver sua concepção moral, além, claro, da tradição inerente à prática da medicina. Antecipa-se o antagonismo que existe em desejar e exigir um comprometimento moral do médico e não permitir que sua percepção moral possa ser exercida como uma recusa em realizar um ato que perceba ser atentatório às suas mais profundas convicções de moralidade e consciência

Havendo muitas influências de racionalidades morais no tratamento médico, mas poucas opções no momento da escolha técnica de uma abordagem terapêutica a ser tomada, não é raro que essa escolha possa ser discutida entre as concepções de Bem compreendidas pelo médico e pelo paciente. Quando a opinião do paciente se considera como a mais importante em detrimento da opinião do médico, ainda resta a avaliar a compatibilidade dessa escolha com a noção de Bem da instituição medicina e com a noção da sociedade. Em relação à medicina, torna-se necessário discutir qual o objetivo, o *télos* da medicina, para que se possa avaliar qual a noção de Bem mais bem aplicada ao caso em discussão.

De uma forma ampla, os objetivos da medicina, e, portanto, da atividade médica, seriam todos aqueles distintivos da profissão e que seriam largamente aceitos na tradição ocidental da atividade médica. Esses objetivos são, por vezes, tomados como definidores de uma moral interna e profissional da medicina. De forma geral, poder-se-ia dizer que toda ação que viole ou que não seja permitida por esses objetivos seria proibida ao médico, enquanto todas aquelas que estivessem alinhadas a eles seriam permitidas. Há certo ceticismo e críticas a respeito desses objetivos e das permissões e proibições decorrentes deles. Boorse chama a atenção para duas características em especial que são pouco avaliadas quando se estuda os objetivos da prática médica. Inicialmente discute quão ambíguos são os conceitos de médico e de medicina, além de suas relações com o conceito de saúde. O outro ponto discutido é não haver uma determinação histórica de uma tradição médica, apesar de não ser possível a existência de uma moralidade interna particular à profissão. (BOORSE, 2012, p. 2).

Boorse (2012, p. 2) defende que, de forma contrária a uma visão comum, a medicina não teria uma conexão essencial com a saúde e com a doença, não havendo, portanto objetivos médicos bem definidos. De uma forma mais alternativa, os médicos, seja lá o que venham a ser exatamente, praticariam alguma coisa que não seria a medicina. A partir dessa premissa, a menos que se retorne a um passado mítico, uma das conexões deveria cair por terra: medicina e saúde ou medicina e médico. Dessa forma, não haveria uma moralidade interna capaz de impedir ao médico de praticar, por exemplo, a eutanásia por solicitação ou de aplicar técnicas de melhoramento genético humano.

A medicina científica ocidental tem um conceito teórico de saúde, que em si não tem um valor particular. A saúde seria a ausência de condições patológicas e de funções biológicas com deficiências funcionais. Claro que a moralidade interna da medicina teria uma utilidade diante da grande elasticidade da conceituação de saúde, todavia, não se deve esquecer que algumas das práticas médicas podem, sob um aspecto estatístico, ir contra a própria noção de saúde e causar doenças. (BOORSE, 2012, p. 2-3).

O conceito atual de médico, em uma sociedade em que a atividade da medicina é determinada por estatutos legais, é a de um indivíduo que atingiu um grau de qualificação que lhe permite praticar oficialmente a medicina, Esse conceito pode variar quando não se tem esse contexto sociocultural, como exemplo, somente recentemente na história ocidental os cirurgiões foram considerados como médicos. Ainda se questiona qual a real função do médico em um mundo em que outras profissões também partilham a permissão para cuidar da saúde, como dentistas e fisioterapeutas, além da existência de atividades complementares ou alternativas da medicina, como herbalistas, iridologistas e reflexologistas. Não se leva, comumente, em consideração outras racionalidades médicas, como a indiana e as orientais. (BOORSE, 2012, p. 3).

Boorse está de acordo com a concepção de MacIntyre, de que vivemos em um mundo permeado por múltiplos fragmentos de tradições. Esses fragmentos tradicionais também estão presentes nas variadas racionalidades médicas que nos chegaram até o tempo presente. A tradição médica ocidental também é múltipla neste aspecto.

A medicina ocidental considera o médico nos sentidos da tradição ocidental, sobretudo da escola hipocrática. Dentro da própria tradição ocidental, certos padrões

ou paradigmas médicos, baseados em escolas de conhecimento, são preferidos a outros, como Charcot em detrimento de Mesmer, Freud e não Reich, isso se deve à admiração e aos trabalhos produzidos por seus expoentes. A grande dúvida é determinar historicamente qual seleção deve ser considerada como representante da tradição médica ocidental, e que, por conseguinte, teria autoridade moral sobre o exercício contemporâneo da medicina. (BOORSE, 2012, p. 3-4).

A medicina contemporânea é uma evolução de uma atividade não científica cujas proibições foram bem delimitadas por Hipócrates há vinte e cinco mil anos, mas que só teve seu salto científico em meados do século XIX. Haveria ou não uma continuidade entre a medicina antiga e a moderna, é a questão a se fazer. (BOORSE, 2012, p. 4).

Poder-se-ia cogitar a aplicação da proposta de MacIntyre, que busca um padrão ancestral de tradição baseado na noção de Bem e na avaliação do *télos* a partir da tradição aristotélica, nas discussões de assuntos práticos e éticos médicos, tomando a tradição médica clássica como ponto de origem e de parâmetro. Deve-se ter em mente que o avanço tecnológico poderá exigir um raciocínio complexo para se adaptar ao ideário clássico da profissão médica.

O uso de termos como tratamento de saúde e tratamento médico deve ser bem delimitado, uma vez que o tratamento de saúde pode ser realizado por uma gama de profissionais não médicos, e mesmo o tratamento médico pode ser exercido, de forma objetiva, por um outro profissional e técnico não médico, como enfermeiros e biólogos. Os adjetivos relacionados à saúde e à atividade médica, apesar de utilizados frequentemente como sinônimos podem ser considerados como diferentes, ou, no entender de Boorse (2012, p. 5), como similares, tendo a medicina como prática e a saúde como condição.

Ainda é necessário avaliar o tipo de tratamento realizado pelo médico e pelos profissionais de saúde diante de um conceito teórico de saúde como ausência de condições patológicas e disfunções orgânicas. O exemplo da analgesia do parto mostra bem a controvérsia, uma vez que o parto com dor é uma situação normal e não patológica. Outros exemplos são a contracepção e a cirurgia cosmética. Ora, a fertilidade é uma situação normal mesmo que indesejada em alguns momentos. Intervenções de supressão da menstruação e de cirurgias esterilizantes podem ser consideradas como causadoras de uma situação patológica. Uma cirurgia cosmética realiza a troca de marcas normais causados no corpo de um indivíduo por pequenas

cicatrizes. A doação de órgão também deve ser discutida nesse contexto, uma vez que um transplante de rim pode ser uma condição de correção de uma disfunção para um receptor, mas é uma evidente condição patológica para o doador. Até mesmo as medidas de prevenção contra doenças podem ser discutidas, tendo em consideração que uma doença possível não é uma condição patológica real. O uso do conhecimento médico para gerar bem estar deve ser diferenciado daquele utilizado para a recuperação da saúde em um sentido mais estrito. (BOORSE, 2012, p. 6).

Para que se defina uma moralidade interna da medicina é necessário que se determine quais as práticas que são consideradas como médicas, e se é possível considerar como morais as práticas não médicas em um contexto de moralidade externa à profissão. Somente após definir e decidir quais práticas são médicas é possível delimitar o contexto da ética médica e se a existência de novos objetivos na medicina ainda são recepcionados pela ética existente e se os objetivos tradicionais podem ser avaliados através de novas interpretações. (BOORSE, 2012, p. 8-9).

Boorse (2012, p. 11) coloca como ponto central da medicina o cuidado médico dos pacientes. Uma lista de objetivos deveria estar intrínseca e ser constitutiva dessa forma de medicina, de forma a gerar uma moralidade interna. Essa lista deveria ser distintiva da prática médica e não ser confundida com as atividades humanas em geral, seus objetivos devem ser independentes entre si, além de ser finalista em seus objetivos. Uma lista de objetivos não estaria livre de eventuais conflitos, uma vez que os conflitos são comuns na medicina, como exemplo, uma medicação usada para tratar uma condição pode exacerbar ou causar o aparecimento de outra. Uma tal lista deveria ajudar na priorização de objetivos em caso de conflitos.

Calahan (1996. Apud: BOORSE, 2012, p. 12) expõe o consenso do Hastings Center em quatro objetivos da medicina: “1) a prevenção de doenças e de traumas e a promoção da persistência da saúde; 2) o alívio de dores e sofrimento causado por doenças; 3) cuidar e curar os doentes, e cuidar daqueles que não podem ser curados, e 4) evitar uma morte prematura e buscar uma morte pacífica”. O termo saúde é definido como “a experiência de viver bem e a integridade do corpo e mente, caracterizada pela aceitável ausência de doenças significativas.”

Boorse (2012, p. 12) contexta o conceito de saúde de Calahan, uma vez que a sensação de bem viver pode ser uma falsa experiência, por subsistir uma doença

não diagnosticada ou detectada, como hipertensão ou um câncer em fase inicial. O autor não considera a saúde como uma experiência. Boorse ainda considera que o objetivo inicial pode ser auto-excludente diante do fato de que a prevenção de uma doença pode vir a causar uma doença e, portanto falhar na manutenção da saúde. O segundo objetivo considera apenas as doenças, o que excluiria situações de normalidade como as dores do parto. O terceiro objetivo é criticado por Boorse por considerar que o cuidado de saúde e a cura são finalidades correlatas e que não deveriam ser vistas como separadas. O quarto objetivo é considerado supérfluo pelo autor e já subentendido nos primeiros objetivos descritos.

Miller e Brody (2001. Apud: BOORSE, 2012, p. 14) acreditam que os objetivos da medicina sejam aqueles que direcionam a atividade médica de modo a ajudar os pacientes que se confrontam com doenças e traumas, quais sejam:

- 1) tranquilizar os muito preocupados que não tem nenhuma doença e trauma; 2) diagnosticar doenças e traumas; 3) ajudar o paciente a entender sua doença, seu prognóstico e os efeitos decorrentes dessa doença em sua vida; 4) prevenir doenças e traumas se possível; 5) Curar doenças e recuperar traumas quando possível; 6) reduzir a dor e disfunção causada pela doença e traumas; 7) ajudar o paciente a viver com a dor e disfunção que não possa ser prevenida, e 8) quando tudo o mais falhar, ajudar o paciente a morrer com dignidade e paz

Boorse (2012, p. 17) propõe uma melhoria a essa lista e considera os objetivos da medicina divididos em dois grandes grupos:

“Objetivos de benefício do paciente: I. Prevenir condições patológicas; II. Reduzir a severidade das condições patológicas; III. Melhorar os efeitos das condições patológicas, e IV. Usar o conhecimento médico e tecnológico de modo a preservar os melhores interesses do paciente. Objetivos de Conhecimento: V. Descobrir o diagnóstico, etiologia e prognóstico da doença do paciente; VI. Conseguir conhecimento científico sobre o tipo de doença do paciente e de sua doença em geral, e VII. Conseguir conhecimento científico do funcionamento normal do corpo humano”.

Boorse (2012, p. 19) justifica que seu objetivo II envolve a cura total ou parcial além da redução do progresso da doença. Os objetivos VI e VII revertem a omissão do objetivo geral da ciência médica, que desde a antiguidade busca a evidência do melhor tratamento na construção das teorias das doenças. O objetivo IV seria aplicado na disponibilidade da tecnologia médica em prol dos interesses do paciente, como no caso da analgesia do parto, doações de órgãos, contracepção e

cirurgias cosméticas. A contracepção pode ser discutida em relação à ética hipocrática, mas esse é apenas um dos entendimentos da medicina da antiguidade, havendo outras valorações dessa contracepção, e não era tão universalmente condenada como era, por exemplo, o aborto, desta forma pode ser considerada em uma discussão ética.

Uma vez que o objetivo IV de Boorse seja considerado, ele irá colapsar todos os outros. A busca dos outros objetivos é injustificada se não for direcionada ao benefício do paciente. Dessa forma uma cura seria injustificada se o tratamento trouxer efeitos ainda mais deletérios ou a um custo não razoável de tempo e dinheiro para o paciente. Não existe um imperativo de evitar toda e qualquer doença a qualquer custo. (BOORSE, 2012, p. 19).

Para Boorse, se o objetivo IV for considerado como eclipsante dos outros, teremos três possibilidades de entendimento. Inicialmente qualquer tratamento de condições consideradas normais e esperadas no homem seria tido como antiético. Um segundo entendimento considera tais tratamentos de condições de normalidade como éticos para a prática do médico, mas não para a ética da medicina. Finalmente, o terceiro entendimento, considera que essas intervenções estariam acolhidas pela moralidade interna da medicina desde que sejam vistas sob o ponto de vista exclusivo do benefício do paciente. O autor considera que o primeiro entendimento não é considerado compatível nem com a tradição antiga da medicina, pois subverte a ética médica não considerando os benefícios ao bem estar do paciente. O segundo e o terceiro entendimento seriam, portanto as opções viáveis de escolha, mas não conseguem responder *de per se* as condutas médicas a se tomar. Explica Boorse que, por exemplo, em caso de eutanásia ativa por solicitação do paciente, uma situação de discussão problemática, poderia ser considerada como eticamente aceitável por ser em benefício do paciente em uma situação extrema, mas restaria a dúvida se seria uma ação da medicina e, neste caso, acolhida pela moral interna da medicina, ou se seria uma ação não médica praticada pelo médico baseada em uma moral externa. (2012, p. 20).

2.4 Medicina, Ética e Mercado

Além da discussão sobre a moralidade interna da medicina, outros fatores interferem na ação do médico diante dos pacientes, dentre eles os fatores

contemporâneos relacionados aos aspectos de economia e de mercado são frequentes.

Entrar no domínio do mercado relacionado com o cuidado da saúde é entrar em um emaranhado de linhas que cruzam a história, a ciência médica, cultura, política, valores sociais e éticos, além da teoria econômica. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 134).

Procuramos sempre a saúde e um bom funcionamento do corpo e mente, da mesma forma que se busca afastar a dor e o sofrimento. Nessa busca por sanidade e negação do sofrimento temos um embate sem fim. A medicina e os sistemas de proteção à saúde são as principais defesas que o indivíduo tem nessa batalha interminável. Os sistemas de saúde estão inseridos em uma cultura, com uma política de saúde particular e com conjuntos de valores próprios. Cada uma dessa esfera de influência está contida em um mercado mundial que sofre o impacto do progresso científico que continuamente remodela as formas de entendimento das possibilidades de vida, através de mudanças e sobreposições de ideais de bem e pelos debates prolongados sobre as formas de organizar a sociedade de modo a alcançar o bem estar coletivo. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 69).

O conceito de mercado parece claro e simples, todavia não há um conceito único e simples de mercado que possa ser facilmente aplicado ao sistema de saúde. Em vez disso, os mecanismos dos vários estilos de mercado incluem as escolhas dos pacientes, contratos negociados e concorrências abertas. Esses mecanismos podem ser adotados em mercados que podem ser organizados a partir de diferentes princípios, tais como o preço, a qualidade e o livre mercado. O mercado, por sua vez, pode se envolver em diferentes setores do sistema de saúde, desde os fundos de patrocínio do sistema de saúde até os subsectores de produção de serviços e insumos de saúde. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 124).

Embora possa parecer estranho, pode-se falar em mudança de objetivos da medicina e do sistema de cuidados de saúde. As pessoas sempre se tornam doentes e se sentem ameaçadas pela morte por doenças e sempre procuram um amparo e alívio. Há mais de um século as sociedades procuram maneiras de prover condições econômicas e tratamento médico de modo a se conseguir esse alívio. Dois esforços, especialmente, são percebidos tanto na sociedade como em caráter individual, a prevenção das doenças e o tratamento daqueles que se tornam doentes seja por causas internas ou externas. A prevenção das doenças é objeto da saúde

pública, enquanto a assistência aos doentes está relacionada tanto a uma forma individual de medicina quanto ao sistema de atendimento à saúde. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 153).

Os governos tem interesse em promover ambos os objetivos citados, seja orientando os recursos destinados às pesquisas médicas, seja fornecendo as necessidades individuais relacionadas à saúde. Se de um lado as pesquisas médicas e biológicas melhoram os resultados, isso ocorre porque esses avanços são alocados e aplicados no setor privados, ainda que com interesses principalmente comerciais, de modo que o mercado ocupa um lugar central de direcionamento das pesquisas. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 153).

As mudanças que são trazidas pelo desenvolvimento médico andam lado a lado com o progresso social e econômico. É fácil perceber que ocorrem mudanças nos dois objetivos relacionados à saúde: prevenção e atendimento individual. A melhoria observada nos dois níveis de atenção aumentou a expectativa de vida com aumento proporcional da população mais idosa em detrimento da proporção de crianças. O mercado proporcionou grandes avanços e grandes custos relacionados à saúde, sendo o aumento de preços um grande estímulo aos mecanismos de mercado. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 153).

O progresso médico constante leva a um aumento da linha basal de exigência e expectativas do público, mudando a concepção daquilo que se denomina boa atenção às necessidades médicas. As mudanças trazidas pelo progresso técnico aplicado à saúde forçou uma reavaliação sobre os cuidados que realmente aumentam a qualidade de saúde individual e coletiva, ajustando as necessidades às exigências pessoais de melhora de saúde em vez de se avaliar os determinantes socioeconômicos de status de saúde. Muitas vezes a disponibilidades de drogas e de tecnologias não está sendo associada a comportamentos relacionados a uma boa saúde. A educação da população de modo a se importar com os hábitos saudáveis melhoram a qualidade da saúde, enquanto a tecnologia aplicada aumenta a expectativa de vida dos mais velhos. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posições 162-81).

O termo “necessidade médica” passou a ser usado há alguns anos num esforço de especificar o minimamente necessário para um nível adequado de cuidado de saúde. Não é fácil determinar, em certas circunstâncias, o que é realmente necessário. Um grande número de tecnologias novas surge com a

promessa de melhorar a saúde, com alto custo e resultados benéficos, por vezes, não satisfatórios. Seria uma real necessidade médica uma droga que aumentasse a vida em alguns poucos meses, mas extremamente cara que se tornasse apenas um objeto de luxo em países ricos? Mesmo tecnologias de custo moderado com bons resultados são mais importantes do que o investimento em tratamento de doenças da infância e subsídios medicamentosos nos países mais pobres? Sob esse ponto de vista a noção de necessidade médica varia e desaparece num umbral em que se mistura a disponibilidade monetária, preferências culturais, vieses médicos e informação pública. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posições 210-9).

Mais uma vez o *télos* da medicina parece estar em discussão. A noção de Bem deve ser, agora, entendida como algo factível e prático, passível de ser alcançado. Não é apenas a vontade e a necessidade que devem ser consideradas, pois o custo é um fator limitante a ser considerado.

De uma forma inevitável, o mercado e o progresso médico terá grande influência em determinar o que se considera necessidade médica, pois esta necessidade não é facilmente quantificada e descrita. A necessidade médica é empiricamente determinada pela tecnologia disponível, valores culturais e as atitudes variadas a respeito da doença e da morte. A história da medicina é rica em descobertas de drogas que mudaram os paradigmas médicos e leigos a respeito do que conta como doença ou como problema de saúde pública. A calvície e a disfunção erétil não eram consideradas problemas de saúde até a medicina encontrar uma forma de fazer algo a respeito desses acometimentos. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 219).

Há um contraste entre o aspecto central e altruístico da medicina e o aspecto de interesse, mercadológico, de interesse próprio. De fato, o médico recebe dinheiro em troca de seu trabalho e conhecimento, mas isso não faz dele um mero mercador com interesses egoístas, todavia, ainda é um mercador. O dinheiro e o mercado nunca estiveram ausentes da atividade médica. Para Platão há uma premissa moral por trás de sua descrição de um médico eticamente responsável, a de que, apesar de realizar um negócio, uma atividade mercante, vendendo suas habilidades, o médico deve, como mais alto objetivo, ser verdadeiro com sua profissão, ser altruísta. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posições 357-84).

Na segunda metade do século XIX a medicina não era vista como um produto, mas tão somente como um serviço prestado pelo médico em troca de um

pagamento. A relação médico-paciente era essencialmente contratual, com o médico fornecendo o que o paciente desejava em troca de um pagamento. A relativa ineficiência da medicina, em que os médicos tinham muito pouco a fazer para curar e controlar doenças ou tratar lesões, fazia com que os profissionais competissem pelos pacientes, muitas vezes com base nos preços cobrados. A medicina naquela época não era necessária à vida da forma como ela é hoje. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 433).

O Mercado e o comércio criam desejos, e esses desejos podem não ter qualquer noção de adequação ou de limitações baseadas em princípios. O preço do cuidado com a saúde pode estabelecer limitações, os quais são considerados como obstáculos temporários, capazes de ser suplantados com melhores pesquisas que reduzam os custos ou por melhor gerenciamento dos recursos. Esse movimento recente é principal perigo mercadológico imposto à medicina, rejeitando qualquer conceito holístico de saúde que esteja ligado a uma visão coerente de natureza humana e seu florescimento. A medicina corre o risco de ser transformada e reduzida a uma espécie de gerenciamento e satisfação de desejos de saúde, independente de sua validade e de sua desconformidade para com os direcionamentos históricos da medicina. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posições 639-49).

Não se pode deixar esquecido que a atividade médica deve ser exercida com responsabilidade e tendo como objetivo a atenção à saúde do paciente. A relação entre o médico e o paciente é necessária no meio de buscar esse objetivo.

A confiança do paciente é um ingrediente crítico na relação entre médico e paciente, e tem sido erodida e subvertida por médicos que comprometeram seus princípios éticos em virtude de administradores pouco orientados, ou que foram levados a isso diante de promessas financeiras que apenas engrossam os conflitos de interesses porventura existentes. (CALLAHAN; WASUNNA, 2006, posição 968).

A tecnologia aplicada à medicina progressivamente aperfeiçoou os meios de diagnóstico e de tratamentos, permitindo a descoberta de doenças de forma mais precoce e um constante aprimoramento na terapia clínica e cirúrgica. As últimas décadas foram particularmente decisivas nessas transformações da prática médica. O cenário atual trás sérias consequências econômicas relacionadas não somente aos custos com a assistência à saúde, mas determina preocupações nos aspectos previdenciários. Esse avanço tecnológico está baseado em um complexo industrial

de saúde, com sua lógica empresarial e capitalista, que podem não ter os mesmos interesses que os sistemas público ou privados de atenção à saúde, gerando embates cada vez mais frequentes. (PEREIRA FILHO, 2014, p. 281).

As novas tecnologias aplicadas na assistência de saúde podem ser divididas em três grupos: tecnologias de suporte de vida, tecnologias diagnósticas e tecnologias de intervenção cirúrgica. As tecnologias de suporte de vida incluem aparelhos que substituem sistemas ou funções orgânicos, tais como, respiradores, aparelhos de hemodiálise, marca-passo cardíaco, além de aparelhos de monitorização de pacientes graves, invasivos ou não. As tecnologias diagnósticas envolvem os aparatos de tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear diagnóstica, testes variados de avaliação de função e de componentes orgânicos. As tecnologias voltadas para as cirurgias envolvem próteses, materiais de recanalização de vasos (*stents*), lentes intraoculares e técnicas cirúrgicas especiais (cirurgia vídeo-laparoscópica, cirurgia com circulação extracorpórea). (PEREIRA FILHO, 2014, p. 282).

Recentemente se observa o surgimento de um quarto tipo de tecnologia, que envolve a tecnologia da transcendência, como a engenharia genética, uso prático e terapêutico de células tronco, clonagem humana; a nanotecnologia, englobando cirurgias em um nível microscópico, exames diagnósticos, manipulação molecular, e a aplicação da telemedicina, que envolve as cirurgias à distância e os prontuários médicos eletrônicos. (PEREIRA FILHO, 2014, p. 282).

Todos esses recentes avanços tecnológicos aplicados à medicina são decorrentes de investimentos do complexo médico-industrial, que se mostra uma área de negócios atrativa, com geração de altos lucros. Essa indústria gera, também, conflitos de interesses, em que se discute a validade de se gastar grandes somas de dinheiro em tratamento de última geração diante da possibilidade de investir em tratamento convencional para as doenças mais comuns, com uma abrangência maior de bem-estar gerado à uma população. (PEREIRA FILHO, 2014, p. 282).

Essas novas tecnologias mostram três momentos na sua evolução e assimilação na percepção social. Inicialmente ocorre a surpresa e o encantamento com o potencial de cura e melhoria de terapia e diagnóstico, em seguida são reconhecidos os erros, riscos e limitações da nova tecnologia, por fim se realiza a

regulação, o controle dos riscos envolvidos e a análise do custo-benefício. (ANTUNES, 2009).

Os médicos passam por um dilema quando se avalia a evolução da aplicação da tecnociência em saúde e medicina e o brutal aumento dos custos necessários para suportá-lo. Os médicos, como os outros profissionais da saúde, tem o compromisso ético de oferecer o melhor ao paciente de quem cuida, devendo manter todos os esforços na preservação da vida e na sua qualidade. Os códigos deontológicos também ressaltam a autonomia profissional para realizar atos e escolhas em prol do seu paciente. O atual Código de Ética Médica (Código de Ética Médica, Princípios Fundamentais II, V e XVI) traz em seus princípios o compromisso em utilizar a tecnociência médica através do aprimoramento científico e do uso daquilo que é melhor do progresso da ciência. Depreende-se do mesmo Código que não cumprir esta determinação resulta em agir com negligência, conforme se vê no Código de Ética Médica, art. 32. (PEREIRA FILHO, 2014, p. 286).

Os materiais e medicamentos utilizados durante séculos eram de baixo custo, uma vez que eram produzidos por métodos artesanais, sem grande importância econômica. O complexo econômico médico surgiu ao final do século XIX e se desenvolveu no transcorrer do século XX, mais especialmente na sua segunda metade. Esse desenvolvimento alavancou uma importância econômica de produção de insumos gerando graves problemas de financiamento que, por sua vez, necessitaram de mecanismos regulatórios para estabelecer limitações a partir de avaliação de custos e efetividade. Esses mecanismos regulatórios atingem a autonomia do profissional de saúde que já tem uma influência externa na determinação de sua ação. Presencia-se um embate e choque de interesses entre os princípios éticos milenares da medicina e os novos paradigmas da tecnociência e da gestão de saúde. (PEREIRA FILHO, 2014, p. 287).

O compromisso assumido pelo médico transforma seu ofício no que se considera uma profissão propriamente dita, com valores e comportamentos voltados para o paciente e para a sociedade, antepostos aos seus interesses particulares. (PARDEL, 2003. Apud: QUILES, 2014, p. 106).

A falta de equilíbrio e ponderação entre os diferentes conceitos de Bem relacionados aos interesses do paciente, da sociedade e do médico, pode ser agravada pela valorização da atenção médica como se fora uma mercadoria. A valorização mercadológica da medicina pode não permitir que se discuta uma

moralidade interna à profissão, havendo cobranças relacionadas apenas com a efetividade de tratamentos.

Quiles (2014, p. 109-10) comenta que a sociedade atual busca efetividade no tratamento médico, e que o mercantilismo transformou a saúde em um bem de consumo. Dessa forma a efetividade pode reduzir a efetividade da relação, e a ética de mercado nem sempre permite dar lugar à ética profissional. Tais fatos levam a uma progressiva diluição da relação do médico com a sociedade, de forma que seus privilégios são progressivamente diminuídos e a demanda por resultados aumenta ainda mais rapidamente. Soma-se a isso as condições profissionais cada vez mais deterioradas diante da realidade econômica e se perceberá as causas da falta de motivação, indiferença e cuidados de alguns médicos. A tecnologia aplicada à medicina não se põe como única culpada na piora da relação entre médico e paciente. O que causa a falta de satisfação do paciente é o mau uso da tecnologia em substituição às ferramentas clínicas clássicas e que ainda devem ser mantidas por possuírem efetividade. O uso gradual de técnicas modernas e de desenvolvimento tecnológico leva a uma situação econômica insustentável, em que a medicina se vê invadida por máquinas que não são capazes de prover a afetividade exigida pelo paciente.

2.5 A Biotecnologia e a Modernidade na Relação Médico-Paciente

“A tecnologia, criada como serva do homem tornou-se sua mestra”. Von Wright (1993, p. 13. Apud TRIVINO, 2013, p. 263-4) acredita que o desenvolvimento tecnológico possua uma maneira intrínseca de reforçar a verdade, no sentido de entender a natureza de uma forma metódica para saber fazer as perguntas e respondê-las adequadamente, de modo a prevalecer uma verdade sobre a realidade percebida. O autor concorda com Francis Bacon em sua afirmação de que “conhecimento é poder”. O poder do conhecimento pode ser usado para o bem ou para o mal, suas finalidades tanto levam à felicidade quanto à tristeza do ser humano. O aumento das possibilidades de controle tecnológico da realidade tem aumentado o desejo do homem de uma forma perigosa, submetendo-o à essa tecnologia.

Existem três mitos principais, com certas variações, sobre o direito do homem em buscar seu desenvolvimento e a atitude racional decorrente dessa busca. Na

Gênese bíblica a árvore do conhecimento tem seu acesso transgredido pelo homem, trazendo o sofrimento de viver do pão fruto de seu suor até retornar ao pó de onde se originou. O mito grego de Prometeu conta a história do fogo que é dado ao homem como uma metáfora das capacidades tecnológicas, mas que vem acompanhada pela caixa de Pandora, que trás ao mundo todo o sofrimento e pena à humanidade. Por fim a lenda germânica do Fausto, que aceita o pacto para com as forças das trevas, representada por Mefistófeles, para ter o conhecimento e controle das forças da natureza e seus mistérios, mas que perde sua alma em sofrimento eterno no inferno após secar seu cálice da vida, ainda que cheio de poder e saber. (TRIVINO, 2013, p 264).

O fenômeno da globalização e o medo que o acompanha, faz surgir reações de desconfiança quanto a possíveis malefícios da biotecnociência. Essa reação é paradoxal, uma vez que a biotecnociência constituiria um remédio contra as ameaças e perigos, decorrentes da função pragmática da ciência e da técnica, com o objetivo de entender os problemas e resolvê-los, através da otimização dos meios para se chegar aos fins, com a minimização dos efeitos adversos implícitos no processo. (SCHRAMM, 2010, p. 190).

Segundo Schramm (2010, p. 191), a biotecnociência é um paradigma científico que orienta o conhecimento dos fenômenos e processos vitais, além de criar condições e possibilidades de intervenções que originam as biotecnologias. O termo, que deriva das palavras gregas *bio* e *tékhnē* e pela palavra latina *cientia*, substituindo o grego *epistémē*, é um neologismo que se atribui ao sistema técnico e de informações que permite agir sobre os complexos sistemas vivos. A biotecnociência tem aplicação sobre a biologia e sobre a medicina de forma mais evidente e sua incorporação trás alguns questionamentos a respeito das práticas humanas sobre a vida.

Existe uma percepção de risco em relação à aplicação da biotecnociência e suas implicações sociais. A percepção da biotecnociência tem dois extremos: os tecnofílicos e os tecnofóbicos. Os tecnofílicos aceitam toda e qualquer nova tecnologia e biotecnologia como boa e bem-vinda, sem se preocupar com seus efeitos negativos eventuais, sejam riscos, perigos ou danos, presentes ou futuros. Os tecnofóbicos temem que a biotecnociência possa desenvolver poderes capazes de transformar o mundo e o próprio homem de maneira indevida, trazendo prejuízo às gerações futuras, aí incluídos seus direitos fundamentais. (SCHRAMM, 2010, p. 194)

Entre esses extremos existem três vertentes principais. A primeira é aquela dos adeptos do “princípio da precaução”, baseado em riscos e probabilidades de ocorrência de danos que não são claramente identificáveis, e tende a ter, por pragmatismo, abster de uma ação, levando a críticas de se considerar esse princípio um mero empecilho contra as mudanças e desenvolvimento consideradas necessárias para a sobrevivência da espécie humana. A segunda vertente é aquela proposta por Hans Jonas, que adota o “princípio da responsabilidade”, que se relaciona com uma evolução com fins naturais, um finalismo intrínseco, de origem aristotélica, que impediria o ser humano de intervir na própria evolução. Essa vertente é criticada por não considerar as contingências do acaso e dos processos naturais na evolução. A terceira vertente considera que as biotecnociências podem ser benéficas para os seres humanos sob determinadas condições, desde que sejam debatidas livre e publicamente para se chegar a acordos razoáveis que sustentem ideias morais e políticas de justiça, igualdade e emancipação. Esta terceira vertente se corporifica na “ética procedimental da discussão” (ética do discurso), formulada por Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas. (SCHRAMM, 2010, p. 194).

A biotecnociência tem a possibilidade de reduzir o problema da penúria de modo a satisfazer os interesses de consumo e de bem-estar, mas socialmente é vista com um duplo efeito paradoxal de “equiprobabilidade de riscos e benefícios”, uma vez que o medo de um estado de redução das liberdades talvez seja o fruto da incapacidade em se discernir entre riscos, perigos e danos. (SCHRAMM, 2010, p. 196).

A técnica à qual a medicina recorre é inovadora e audaciosa, possuidora de uma liberdade que parece sem limites. A delimitação da ética sobre o avanço da técnica parece justificá-la e alimentá-la, uma vez que aqui a função da ética é encontrar a causa do poder e originar sua interrogação quanto ao dever associado. A ética aplicada à medicina tenta responder à questão de que aquilo que é possível não é sempre desejável, estabelecendo uma diferença fundamental entre “ser capaz” e “poder responder por isso”. (LOMBARD, 2009, p. 12-3).

A humanidade adquiriu um poder, a partir da biotecnociência, que renova a responsabilidade do homem trazendo uma dimensão ética desconhecida, como explicado por Hans Jonas. Talvez por isso a Bioética, nascida nos estados Unidos,

rapidamente se dispersou pelo mundo como uma voz diante do impasse que é imposto pela tecnociência à ética médica tradicional. (LOMBARD, 2009, p. 17-8).

Lombard (2009, p. 18) se questiona se haveria uma forma de acomodar a ética hipocrática com uma medicina capaz de manter vivos pacientes em estado de morte cerebral através de aparatos de respiração artificial e de suporte de circulação por tempo praticamente indefinido. Essa mesma medicina é hoje capaz de substituir órgãos por transplantes ou substituí-los por aparelhos, que tem a técnica suficiente para a fecundação *in vitro* e é capaz de manipulações genéticas com finalidade terapêutica.

Lombard (2009, p. 19-20) tenta responder ao próprio questionamento com um talvez à essa questão de aplicação da ética hipocrática à medicina moderna, e cita que, apesar de todo o desenvolvimento, da técnica de amniocentese, dos exames de imagens de monitoramento fetal, nós não estamos muita mais avançados que os gregos no que diz respeito a definir o *status* ontológico do embrião e do feto, o momento preciso do início da gravidez (concepção ou nidação do conceito?). Esses questionamentos permanecem desde o tempo de Hipócrates e ainda hoje são a base dos questionamentos morais e éticos que são relatados em consideração nas discussões sobre métodos anticoncepcionais e da intervenção em matéria de procriação. Parece que, para os problemas atuais, a despeito de toda a evolução técnica, ainda estariam submetidos aos mesmos princípios morais e éticos, imutáveis, da filosofia antiga.

O debate atual da atuação médica trata de elucidar a prática médica em relação com a condição humana através da saúde e da doença. O avanço da pesquisa médica, com seu estágio de desenvolvimento atual, modificou as condições do exercício de tratar, mudando radicalmente a doença, o adoecer e a necessidade de tratamento. Aos questionamentos fisiológicos do corpo se acompanham questionamentos que têm um fundo filosófico, as interrogações éticas da medicina são interrogações filosóficas. A filosofia ética que se emprega na medicina ocidental tem um aparelho conceitual comum com a filosofia da antiguidade. Somente estudando esse armamento filosófico antigo sobre a ética da vida da arte, da morte e do humanismo é possível trazer alguma contribuição às interrogações contemporâneas da medicina, qual fosse um comitê de ética atemporal. (LOMBARD, 2009, p. 40-1).

O envelhecimento e a morte, como interposição que impede o sonho da imortalidade e do desfrute dos prazeres da vida, são o objeto a ser banido pelo desenvolvimento científico e tecnológico, mas o novo ser a ser criado pela biociência perderá sua identidade como pessoa, como seres de relação, podendo se tornar uma espécie de máquina, enquanto busca esse intuito. (ALVES; SALLIN, 2012, p. 384).

Nesta era, todos vivem em busca de felicidade e bem-estar, todos desejam os prazeres da vida, prolongados pelo tempo máximo que se puder manter. A morte tornou-se a inimiga a ser vencida na aquisição dessa felicidade, tão depreciada que se tornou tabu. O processo de morrer está a ser superado, prolongando a vida ao máximo. (ALVES; SALLIN, 2012, p. 385).

A biotecnologia é mais poderosa que outras formas de produção e atualmente encanta e arrasta o mundo econômico, pois de seus métodos e técnicas de aplicação na intervenção e dominação da vida surgem tipos de mercados inimagináveis anteriormente. A biotecnologia tem possibilidades de lucros que fomenta a competição entre grandes empresas especializadas. (AZEVEDO, 2010, p. 20).

A medicina, inicialmente inquestionada em seus objetivos, passa a despertar desconfiança. Desde que a vida seja considerada o bem maior de forma inquestionável para a humanidade, aquele que possui o poder de intervenção sobre a vida, possui, por conseguinte, o maior poder da terra. O discurso científico que respalda as intervenções biotecnológicas, convertem um poder técnico em poder moral através da submissão cognitiva sobre o que é bom em momentos em que as convicções morais e éticas se mostram ausentes. (AZEVEDO, 2010, p. 20).

Azevedo (2010, p. 21) tece uma crítica diante da confusão entre o que é avançado e o que é digno na aplicação dos avanços biotecnológicos: “Sem conhecimento técnico-científico independente, e, por outro lado, inseguro na interface entre o que é digno e o que é avançado, confunde-se o tecnicamente possível com o eticamente admissível”.

Todo conhecimento tecnológico e seu desenvolvimento deve ter a pessoa humana como limite ético. Quando esse limite é perdido começa a haver o descrédito na aceitação geral da ciência e da tecnologia, o que pode ser o início de um caos social. (AZEVEDO, 2010, p. 24).

O desenvolvimento humano das últimas décadas determinou um aprimoramento dos tópicos de debate da ética aplicada, sobretudo pelo interesse nos avanços das ciências biomédicas, o qual aparenta estar em crescimento progressivo a ponto de remodelar os conceitos humanos e biológicos de saúde. As condições atuais abrem um amplo campo de debate filosófico onde certos conceitos são vagos, mas devem ser enfrentados de uma forma mais inteligível e não arbitrária para seu enfrentamento. (BOSTROM; SAVULESCU, 2008, p. 1-3)..

Para Larger (2011, p. 543-4) é necessário se render à evidência de que a “industrialização do homem” o deixa decepcionado em matéria de humanidade, de forma que o remédio, isto é, a pesquisa científica, a fisiologia e a psicologia, pode se revelar mais deletério do que a própria doença. O médico que tenha o desejo de introduzir um pouco mais de humanidade em sua relação para com o paciente em sua atividade prática, deve abdicar de sua maestria e poder sobre o homem, para re-encontrar a pessoa de seu paciente, para isso deve fazer uso, não do conhecimento, mas da falibilidade humana.

Duas necessidades se confrontam nessa relação, de um lado o conhecimento técnico e científico que determina o que deve fazer o médico através de sua formação, e de outro as demandas daquele que sofre. No choque dessas necessidades a medicina e a doença se reconhecem. No enfrentamento da doença, da dor e da morte o médico pode ser afrontado e encontrar a pessoa humana. O esforço de melhoria da relação humanizada não é a melhora da técnica, mas o comprometimento do médico em tratar a causa do sofrimento humano, a doença e o temor. (LARGER, 2011, p. 545-6).

O conceito de amizade, que se aproxima de um aparente amor ao próximo, com respeito, simpatia e igualdade, mesmo com a conservação da autoridade funcional do médico em virtude de sua formação, parece ser uma forma de bom relacionamento entre médico e paciente. Essa relação deve ser calcada no pudor e na decência, respeitando a dignidade e a liberdade daquele a que ela se destina. Esse fundamento justo entre médico e paciente deve caracterizar o exercício da medicina, e não deve permitir a instrumentalização do outro de forma alguma. (LARGER, 2011, p. 546).

Lombard (2009, p. 158-61) crê que uma forma de verificar se essa ética médica hipocrática e sua sabedoria antiga ainda é pertinente diante do contexto atual de inovação tecnológica e terapêutica seria perguntar o que ela diria que

poderia ser feito legitimamente diante dos questionamentos atuais sobre, por exemplo, a contracepção, o suicídio assistido e a eutanásia. Seria válido o confronto de problemas atuais com os princípios e normas da era pré-tecnológica da medicina. Na antiguidade grega se conhecia apenas a abstinência e o abortamento como forma de controle de natalidade, e ao se perguntar se o Juramento de Hipócrates teria autorizado o uso de contraceptivos orais, a resposta teria sido negativa, uma vez que a interdição imposta ao médico de não prescrever produtos abortivos estaria fundamentada no respeito à vida humana e seria considerada inaceitável qualquer forma de destruição do potencial humano. Seria razoável acreditar que o juramento permitiria uma discussão moral entre os contraceptivos que impedem a ovulação, os que impedem a concepção (preservativos, espermicidas) e aqueles que impedem a implantação do embrião no útero. Provavelmente o uso da pílula do dia seguinte seria considerado contrário ao juramento e seus princípios por destruir o embrião e impedir seu desenvolvimento, o que seria comparável a um abortamento cirúrgico.

Nesse exemplo é possível verificar que havia condutas médicas possíveis, mas cujas motivações do paciente poderiam não ser as mesmas do médico. Era uma autêntica situação de desacordo ético, aberta pelo avanço técnico e inovação do progresso, mas oposta à aplicação mecânica de regras deontológicas. A ética grega, porém, considerava que era possível, em certos casos, desobedecer, o que seria recomendado diante de certos casos especiais, e essa seria a função da ética, verificar e colocar em dúvida uma regra moral por julgamentos superiores diante de certos casos específicos. Diferentemente das normas deontológicas, que imobilizavam o agir do médico, a ética poderia estabelecer uma regra específica a um caso especial e, de certa forma, atendê-lo. Para a ética, uma certa regra precedente a um caso poderia ser adaptada para melhor acolhê-la. (LOMBARD, 2009, p. 162-3).

A ética médica grega antiga não era capaz de vislumbrar os grandes avanços existentes hoje que são considerados problemáticos. Para exemplificar, ainda discutindo na área de reprodução, poderiam ser avaliadas as modalidades de reprodução assistida, com a inseminação artificial, fecundação *in vitro* e a controvérsia das mães de aluguel. Tecendo um raciocínio simétrico com a contracepção, em que se poderia determinar melhor hora para reprodução ou não, aqui o objetivo seria paliar a incapacidade de uma mulher ser capaz de gerar, seria melhor considerar a eliminação de um sintoma, e não a eliminação de uma doença.

O questionamento estaria relacionado, no caso da mãe de aluguel, com aquilo que se considera organização familiar humana, que é habitualmente um homem e uma mulher como figuras paterna e materna. A mãe de aluguel teria que *status* na concepção familiar? Os aspectos sociais, o meio, e os aspectos econômicos devem ser considerados, seria a parentalidade unicamente social ou genética? Qual o posicionamento de um tribunal diante dessas questões? Os princípios éticos devem considerar o sofrimento do casal infértil, a possibilidade de mercantilização da procriação humana, os distúrbios psicológicos de uma criança gerada por uma mãe de aluguel, quando se considera seu direito conhecer a verdade de sua origem parental. Vários níveis de entendimento devem ser avaliados, tornando a resposta difícil, em virtude da complexidade do caso, mas devem ser discutidos sobre uma visão da representação do mundo. Percebe-se que a aceleração do progresso técnico médico coloca por terra os limites que resguardavam a ética. Nem a ética antiga, nem o mundo moderno, têm respostas prontas para questionamentos éticos e morais como o das mães de aluguel, mas isso não justifica uma ruptura da razão médica atual para com a racionalidade antiga. (LOMBARD, 2009, p. 165-7).

É necessário que se tenha em mente que a medicina moderna modificou a relação entre médico e paciente e a própria condição de exercício da medicina. Essa evolução não significa que as ideias hipocráticas e a ética grega antiga estejam superadas, elas ainda se mostram atuais sob alguns pontos. O juramento hipocrático apresenta alguns valores que não podem ser considerados, de forma alguma, imorais, dentre eles a defesa da vida, a defesa da saúde e a defesa da racionalidade. Além disso, o juramento estabelece a natureza convencional da relação entre o médico e o seu paciente, e se apoia em elementos que ninguém se atreve a contestar, tais como a integridade, a responsabilidade, a competência técnica e os valores de respeito à pessoa e a confidencialidade. Como resultado, o juramento constrói, a partir de características morais, uma ética do discurso, uma ética do segredo, uma ética do poder e uma ética da liberdade. Complementando essa construção, a sabedoria antiga e a filosofia permitem entender uma ética do corpo e uma ética do sofrimento. Esses valores e éticas, apesar de não serem capazes de responder a todas as situações problemáticas atuais, devem ser considerados na sua discussão contemporânea. (LOMBARD, 2009, p. 176-8).

O desenvolvimento científico e técnico, com seu saber profundo, neutralizou a natureza sob seu aspecto valorativo, erodiu as normas de valoração, e foi capaz de

destruir a própria ideia de norma como tal. A ética deve procurar uma forma de controlar os poderes extremos que existem hoje e determinar uma forma de continuar a utilizá-los. O medo pode se constituir em um substituto para a sabedoria e para a verdadeira virtude, mas pode falhar em uma perspectiva de longo alcance. A religião determina os limites de profanação do sagrado, mas essa religião pode ser aceita ou refutada. Todavia a ética tem que existir para regular as ações e regular o poder de agir, ocupando o vácuo ético deixado pelo desenvolvimento técnico. (JONAS, 2006. p. 65-6).

Em uma sociedade moderna, em que a vontade individual deve ser respeitada, a prática médica encontra dificuldade em se adequar entre ética e demanda de mercado. A biotecnologia disponibiliza uma série de serviços médicos possíveis, mas que podem encontrar inconformidade com a tradição da ética e da finalidade atribuídas à medicina. Esse choque entre a tradição médica e o costume da atividade de tratar e curar contraposto à vontade individual que se impõe a partir do mercado gera uma série de dúvidas sobre a melhor forma de agir.

Segundo Jonas, não se pode deixar de considerar os valores decorrentes do costume com a justificativa de que eles servem como uma forma de excluir a liberdade individual. Sua crítica serve de defesa a persistência de um aspecto mais individual e privado de valores que devem ser preservados para que se tenha a justificção de valores defendidos pela comunidade ou sociedade de uma forma ampla. A observação de valores amplamente observados em uma sociedade decorre da existência de variações de entendimento valorativo que existe nos indivíduos que compõem essa sociedade. Não parece ser possível, segundo Jonas, a existência de valores públicos sem que se respeitem os valores individuais.

Os valores podem ser desconsiderados pelos defensores de um saber com uma finalidade desmascaradora e que os consideram como limitação da liberdade pessoal, e sua emancipação se consumou com o iluminismo. O realismo decorrente dessa reação e desaparecimento do pudor afetou todo o mundo ocidental. Todavia a eliminação de reservas ameaça a integridade da esfera pública e da própria esfera privada, uma vez que estas podem se misturar e perder a sustentação que só existe na sua separação. A exibição do privado, tanto do ponto de vista espiritual como físico destrói aquilo que é privadíssimo e sua penetração na esfera pública destrói seu caráter suprapessoal e sua prerrogativa de objetividade. (JONAS, 2013, p. 68).

De uma forma paradoxal, é obrigação pública proteger a esfera privada, junto com o que se considera privadíssimo, limitado pela autocensura do pudor, do voyeurismo dos meios de comunicação, que, afetando a coesão dos costumes de seus grupos originários através de facilitação de acesso e divulgação, pode converter os indivíduos em selvagens tecnológico-eletrônicos. Essa permissividade da sociedade em invadir o âmbito individual através do desenvolvimento tecnológico demonstra a importância de se manter, como valor a ser preservado para o futuro, a proteção da esfera privada. (JONAS, 2013, p. 68-9).

Jonas não sustenta que sejam preservados de forma prioritária os valores individuais em detrimento aos valores gerais ou públicos. Os valores individuais, contidos em uma esfera privada ou íntima, devem ser levados em consideração prioritária e intrapessoal.

Os mandamentos e virtudes mais antigos naturalmente continuam a vigorar nas situações interpessoais, se constituindo em valor que nenhuma sociedade deseja perder nem substituir pela mera coerção jurídica. A situação pública, todavia, interfere na conduta coletiva e atinge e modifica o papel dos antigos valores da ética individual, sobretudo por ação da evolução da técnica que insere o progresso dentro da casa e nas reações da esfera suprapessoal. Como exemplos, Jonas cita a caridade e a virtude de bravura. A caridade e a solidariedade passam a ser substituídas pelo pagamento de impostos e passam a ser obrigações morais compartilhadas com o Estado. A virtude de bravura guerreira tem pouca expressão diante do poderio da indústria bélica. (2013, p. 70-2).

É fato que a sociedade evolui e seu entendimento varia na direção dessa evolução. Costumes outrora bem defendidos podem sofrer um processo de caducidade por não mais encontrar os subsídios de sua permanência em um momento atual de desenvolvimento e compreensão. Tais costumes devem estar alicerçados em valores relativos e mutáveis, de onde se compreende sua adaptação aos novos tempos.

Nessa discussão sobre o envelhecimento de valores, Jonas afirma que é mister que se verifique que certos valores não são relativos e não sofrem com a passagem do tempo. Alguns valores são intransformáveis, sendo a misericórdia melhor que a dureza de coração e a bravura melhor que a covardia. O desenvolvimento da técnica não pode desejar o desaparecimento de virtudes, nem negar seu caráter valorativo. (JONAS, 2013, p. 73).

Na sua atuação o médico pode sofrer influências internas particulares, de suas convicções e da sua consciência, influências do outro elemento da relação, o paciente, a partir de desejos e vontades que podem não ser compatíveis com a noção de Bem do médico, além das influências externas da comunidade, dos interesses econômicos e do próprio estado. Por vezes, não existe uma conduta capaz de se adequar a todas essas demandas, deixando o médico sem uma conduta aceitável pacificada a ser tomada.

2.6 Anomia e Pluralidade Social na Relação Médico-Paciente

O exercício da medicina está, atualmente, condicionado às obrigações éticas e às determinações do mercado e aos desejos do paciente. Por vezes, o interesse do paciente se coaduna com o interesse médico, guiado pelos objetivos tradicionais da medicina. Entretanto, em não havendo essa convergência de interesses entre mercado, paciente e os ditames ético-profissionais, o médico pode ficar em uma condição de inconstância quanto a conduta a ser tomada diante de uma solicitação de ato médico. Esta situação é assemelhada ao fenômeno da anomia social.

A noção de anomia é uma ferramenta conceitual para o entendimento da relação entre estrutura social, cultura e comportamento desviante. Há várias versões da teoria da anomia, mas todas partem do pressuposto que o homem é um ser normativo e age com base em definições e tradições compartilhadas de modo comum. A valorização da significância comum que surge na sociedade passa a ter um valor sentimental para as pessoas, vindo a constituir a moral e a ética. São esses valores que definem os objetivos de uma sociedade e o modo escolhido para alcançá-los, de tal forma que a anomia seria decorrente do enfraquecimento do poder de valorização da sociedade na regulação dos fins e dos meios a que a conduta humana se orienta em busca dos objetivos sociais. (BERNBURG, 2002, p. 729).

Ora, é possível perceber que a tradição médica ocidental representa uma significância comum da prática médica. Os fenômenos de mercantilização da medicina e a influência do consumismo, que atinge os interesses individuais de modo a aplicar a técnica médica aos fins não habituais, podem representar a mudança de valores sociais, cujos meios e fins da prática médica não estão plenamente definidos.

A anomia não está relacionada a uma teoria unificada. Considera-se que Durkheim é o fundador da teoria sociológica da anomia. Sua teoria estaria mais ligada às rupturas das tendências fundamentais da sociedade industrial moderna, derivadas, principalmente, das características específicas da esfera de atividade econômica. Haveria uma perda da conceituação determinada da valoração de objetivos, desaparecendo os limites normativos de contenção dos desejos. (BERNBURG, 2002, p. 729).

Hilbert (1986, p. 2) parte do entendimento de Durkheim, que enfatiza ordenamentos morais como normas, a anomia como ausência de norma e o desvio como uma espécie de suicídio anômico, para um contexto mais contemporâneo da teoria sociológica, em que considera os ordenamentos morais como fonte de uma realidade objetiva, a anomia como uma fuga da realidade moral e o suicídio anômico como uma manifestação comportamental da ansiedade precipitada pela diminuição da experiência objetiva.

A moderna técnica médica, alavancada por todos os desenvolvimentos da ciência e da tecnologia associada à medicina, deixa muitas ferramentas disponíveis ao médico. Essas ferramentas são dadas ao médico, mas não são acompanhadas de uma determinação ética para a sua utilização. Cabe ao médico, no seu exercício prático, deduzir o uso correto das possibilidades terapêuticas que se descortinam, sem que exista uma discussão ou amadurecimento social para elencar os usos e limitações moralmente aceitáveis. Esse avanço técnico surge de uma forma rápida, tomando a sociedade de surpresa.

Para Durkheim, mudanças sociais abruptas podem romper o equilíbrio social e limitar o poder de regulação da sociedade, de modo a haver uma rápida mudança evolucionária que ultrapassa a regulação moral apropriada. Essa condição em que ocorre a perda da capacidade de regulação da moralidade é chamada anomia, considerada por Durkheim um estado patológico que pode ser expresso na consciência individual como um estado de ansiedade e de encolhimento moral. No entendimento de Durkheim um estado de anomia total seria um estado com ausência de qualquer tipo de sociedade. (DURKHEIM, 1951. Apud: HILBERT, 1986, p. 3).

A maioria dos sociólogos pode considerar, de forma superficial, a anomia com uma ausência de normas, todavia a ausência de normas é apenas uma forma de definir institucionalmente a anomia. Como Merton descreveu, a anomia está

relacionada com uma condição social em que os objetivos culturais são tão dispersos e os modos prescritos pelas instituições sociais são tão variados para alcançá-los, que o indivíduo se coloca em um dilema, no qual, independentemente da conduta que realize em busca de um determinado objetivo, fatalmente não obterá sucesso, pois, ou a maneira de conduzir, ou o objetivo poderão ser refutados. Essa anomia, como assumida por Merton, causa uma extrema ansiedade no indivíduo, pois não é dependente do indivíduo em si, mas tem uma grande consequência em seu comportamento. (HILBERT, 1986, p. 4).

Diante de dilemas frequentes e insolúveis, o médico moralmente comprometido pode passar por um estado contínuo de ansiedade diante das solicitações a que se sente obrigado cumprir por razões profissionais, mas que está impedido por razões da própria consciência. O nível crescente de desconforto pode se tornar insuportável, restando poucas opções, dentre elas impor sua decisão moral e sofrer as consequências decorrentes do mercado e de suas relações empregatícias, sacrificar a própria consciência em virtude das necessidades de sobrevivência pessoal e familiar, ou desistir da atividade médica especializada ou da área de atuação, podendo chegar a extremos de desistir da própria medicina.

Segundo Hilbert (1986, p. 5-6), a relação entre o conceito de anomia e de ausência de norma se aplica em um contexto funcional da sociedade, porém, em sua opinião, a anomia ultrapassa esse funcionalismo e se mostra muito mais poderosa quando se avalia uma conduta desviante. Hilbert avalia a anomia a partir do suicídio desesperado do indivíduo que se encontra em uma situação de anomia em comparação com as formas de suicídio, egoísta e altruísta, descritas por Durkheim. Na forma egoísta de suicídio, a moralidade social promove um individualismo exacerbado de modo a que o indivíduo dependa unicamente de seus esforços. Na forma altruísta, ocorre uma total imersão dentro da coletividade, com a consequente perda da identidade pessoal. Em ambas as formas a sociedade está em um estado de saúde moral. Segundo Parsons (1968. Apud HILBERT, 1986, p. 6), na forma de suicídio anômico, a moral deixa de existir para o indivíduo, restando um individualismo sem lugar para se assentar, levando o indivíduo a não saber o que fazer e o que pensar.

Hilbert sintetiza o argumento do raciocínio durkheimiano, explicando que uma realidade objetivamente organizada e pré-fornecida pela sociedade necessita de uma externalidade e de um constrangimento social; a sociedade governa a

experiência objetiva e a realidade; o constrangimento social envolve mais do que apenas normas; a anomia é uma ausência de externalidade e de constrangimento social e regulação moral, causando uma conseqüente ausência simétrica da realidade e da experiência social objetiva, e a anomia causa medo e ansiedade em virtude de uma ausência fenomenológica da realidade objetiva. (HILBERT, 1986, p. 6).

Assim, Hilbert (1986, p. 15) sintetiza seu raciocínio complementar sobre a anomia da seguinte forma: anomia designa um estado de ausência da externalidade e constrangimento sociais, assim como a ausência da realidade objetiva; a regulação moral da realidade é mais empírica e vivencial na atividade humana e menos teórica e decorrente de forças abstratas; a anomia indica circunstâncias em que a atividade humana é inalcançável; a anomia leva a ansiedade e ao encolhimento moral como conseqüência dessa incapacidade de alcançar uma atividade humana aceitável e relacionada com a realidade, e, finalmente, o comportamento anômico aparenta ser distorcido não por falta de conformidade e desvio, mas pela ausência de um modelo de conformidade a seguir.

Os teóricos americanos da anomia foram muito influenciados por Merton, cuja teoria social é definida nos moldes de uma ideologia igualitária com ênfase no sucesso monetário, que desloca a anomia para o desequilíbrio entre os objetivos sociais e os modos de ação, quando objetivos culturais são superestimados às custas de meios de obtenção institucionalizados. (BERNBURG, 2002, p. 730).

É possível se observar uma analogia entre os objetivos sociais e os objetivos da atividade médica, e os modos de ação com a aplicação da técnica e do avanço da medicina na busca desses objetivos.

Merton (1938, p. 672) já chamava a atenção para o problema da anomia. A partir da ideia inicial de que a não conformidade e disfunção da estrutura social estaria relacionada a um imperativo biológico que não era adequadamente reprimido pelo controle social, o autor propõe que certos comportamentos que infringem os códigos sociais podem ser uma resposta normal e culturalmente orientada e busca estudar como a estrutura social é capaz de induzir um comportamento não usual em certos indivíduos enquanto outros apresentam uma conduta conformista. Merton percebe que a amplitude de problemas não o permite determinar cada caso de forma explícita, mas elege dois elementos que se destacam na sua discussão: os

objetivos culturais definidos, com seus propósitos e interesses, além da estrutura social definidora da forma como que se consegue esses objetivos.

Segundo Merton (1938, p. 673), toda sociedade tem objetivos que são compartilhados pelo grupo social, alguns são básicos, originários da própria condução da vida humana, não determinados pelo próprio homem em sua vontade. A organização social deve estipular formas de se conseguir esses objetivos de forma aceitável, regulada e controlada. Cada grupo social deve tentar coincidir sua escala de desejos finalísticos e da aquisição desses objetivos através da moral ou da regulação institucional dos procedimentos necessários para se atingir esses fins. Essas normas regulatórias e imperativos morais não são obrigatoriamente determinados por normas técnicas ou de eficiência, de forma que alguns procedimentos que seriam mais eficientes de um ponto de vista individual e particular, são descartados da área institucional permitida de condutas. Por fim, a escolha de expedientes de conduta é limitada pelas normas institucionais.

Esses dois elementos, objetivos culturais e normas institucionais, apresentam uma variação de ênfase com o passar do tempo e com as circunstâncias, originando estresse quando se tem uma desproporcional atenção a um modo definido de se atingir um objetivo comum. Tal fato originador de conflito e estresse acontece sobremaneira quando as limitações técnicas são colocadas como mais importante do que as discussões e as considerações institucionais para se determinar a melhor forma de obter os resultados desejados. (MERTON, 1938, p. 673).

Um equilíbrio social é conseguido quando as satisfações individuais são conseguidas a partir dos modos determinados pelas instituições sociais, canalizando os mais variados modos de se chegar ao objetivo social. Eventuais prejuízos e sacrifícios relacionados a uma conduta institucionalizada devem ser compensados com verdadeiros prêmios sociais. Condutas aberrantes devem ser estudadas como sintomas de dissociações entre aspirações culturalmente definidas e a significância dada pela estrutura social. Essa mesma estrutura deve instituir incentivos positivos de acordo com os papéis e importância dos indivíduos conforme uma ordem distributiva. (MERTON, 1938, p. 673).

A tradição médica ocidental tem seus objetivos ancestrais próprios, aos quais outros objetivos vão sendo associados de forma gradual. Uma rápida aquisição de funções, inicialmente desconhecidas, podem fornecer respostas a demandas pessoais, com pouca importância social, mas o interesse mercadológico e

econômico pode dar a esses novos campos de atividade uma importância diferenciada, uma vez que geram riquezas e movimentam a indústria voltada à medicina. Um médico que se posicione contrário à sua aplicação, como já foi citado, pode sofrer consequências de exclusão mercadológica.

Merton (1938, p. 674) considera que as diferenças de importância e de regulações de um objetivo social pode levar a convicções com cunho emocional capaz de turvar o complexo cultural definido e gerar condutas e comportamentos antissociais. Se essas diferenças não são trabalhadas, podem gerar um processo de desintegração social e o surgimento da anomia com uma desmoralização literal e desinstitucionalização.

Independente do momento de ação da norma, seja atuando na regulação dos meios ou dos fins, o vazio normativo, seja ético, moral ou legal, pode atingir o agir do médico.

Segundo Agnew (1997, p. 37. Apud BERNBURG, 2002, p. 730), para Merton, a ausência de norma se refere à regulação da aquisição dos objetivos, enquanto em Durkheim a anomia estaria relacionada com as normas que regulam os objetivos.

Segundo Orrù (1987, p. 118-9. Apud BERNBURG, 2002, p. 730), essa diferença entre as noções de anomia dos americanos em relação a Durkheim estaria ligada à diferença de orientação intelectual entre o continente europeu, que critica os arranjos sociais, e aquela dos americanos, que costumam não criticar os fins e objetivos da sociedade. Para os americanos, a ideologia social é mais arraigada e se coloca a par de uma disputa.

É interessante observar o entendimento de Polanyi (1957. p. 57. Apud: BERNBURG, 2002, p. 734) a respeito da influência econômica na origem do fenômeno da anomia. O autor defende que a sociedade moderna difere das formas pré-existentes de sociedade com relação ao sistema econômico, Para Polanyi, nas sociedades pré-modernas o sistema econômico era uma função social que tornava reais os princípios de reciprocidade e redistribuição, e era controlado pelas outras instituições sociais. Uma vez que o padrão de mercado começou a ter e buscar motivos próprios ao mercado, ele criou uma instituição autossuficiente. Dessa forma, quando a economia de mercado deixa de ser regulada por princípios não econômicos e deixa de ter a influência de outras instituições da sociedade, seus princípios econômicos intrínsecos começam a dominar os outros princípios da sociedade, subjugando as relações sociais aos princípios mercadológicos. Esse desacoplamento do mercado e

seus princípios em relação aos princípios da sociedade invade e corrompe o funcionamento de outras instituições. Essa autorregulação econômica estaria relacionada com a anomia quando a economia envolve as relações sociais em vez de a sociedade envolver o sistema econômico.

Esse entendimento de Polanyi evidencia e é exemplificado pela importância crescente do mercado no exercício da medicina, quando o interesse econômico invade as indicações médicas de tratamento, determinando o surgimento de problemas que antes não eram observados na ação médica.

Durkheim (1951, p. 255. Apud: BERNBURG, 2002, p. 735) não difere muito de Polanyi ao considerar que a economia moderna é um estado de desregulação crônica, quando seixa de ter influência da religião ou do governo e se desprende das outras instituições sociais, subordinando-as ao seu domínio. A indústria parece ter se tornado o fim em si mesmo em vez de continuar sendo apenas um meio de conseguir os objetivos sociais. A partir desse momento, o apetite humano não encontra amarras e a liberação do desejo se torna pior com o desenvolvimento progressivo da indústria e com a infinita extensão do mercado que coopta toda a sociedade.

A anomia pode ocorrer na prática médica tanto por uma visão de ausência de normas e de rápida mudança na concepção daquilo que é esperado dos indivíduos, em conformidade com as ideias de Durkheim, quanto pelo aspecto de incapacidade social de realizar controle e determinar o objetivo comum, segundo a linha de Merton. Realizando um paralelo com a acepção de Durkheim, a atividade médica passa por uma rápida evolução, a qual nem sempre se faz acompanhar por preceitos éticos bem determinados ou por determinações legais de proibição ou limitação.

Ocorre, ainda, um enfraquecimento moral da própria atividade médica, quando o profissional não tem mais um forte referencial que se sobreponha aos anseios mercadológicos. Em relação ao entendimento de Merton, é fato que faltam políticas públicas capazes de nortear a atividade médica e a pesquisa em relação aos limites permitidos ao avanço tecnobiológico, permitindo a alguns médicos assumir comportamento desviante.

Mais evidente é a concepção de Hilbert sobre a circunstância de não ser possível alcançar a atividade humana esperada. Nas situações em que ocorre um dissenso moral entre a consciência do médico e os anseios do paciente o

profissional não tem uma conduta acertada, pois, diante de qualquer conduta e ação que tome, haverá um trauma à sua consciência ou ele estará indo em contrário ao preceito de responsabilidade e obrigação profissionais, havendo situações em que poderá se posicionar contra determinados do estado.

III A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO MÉDICO

A partir de uma discussão sobre o significado do Bem desde as concepções aristotélicas, os desacordos entre as noções individuais de Bem, sobretudo entre médico e sociedade, foi possível realizar uma rápida avaliação da aplicação dessa noção dentro do aspecto relacional entre médico e paciente dentro da óptica tradicional da medicina.

A objeção de consciência do médico em relação à aplicação de procedimentos médicos ao paciente pode melhor ser avaliada, sob o direcionamento de se tratar de um choque entre o senso médico e aquele de seu paciente a respeito do Bem no cenário da relação entre esses dois indivíduos e suas influências do Estado e da sociedade.

O aspecto de posicionar a objeção de consciência dentro de uma relação interpessoal, na qual se desenha um conflito, inicialmente com discussões éticas decorrentes das obrigações do médico, não se abstém de um enfrentamento do direito de objeção do médico como um direito fundamental, resguardado na Constituição Federal de 1988.

3.1 Consciência e Tradição

Para que se comece a discutir o tema da recusa do médico com base na consciência, se faz necessário avaliar melhor o que se considera como sendo consciência e a sua importância nas tomadas de decisão e no agir.

As observações dos trabalhos envolvendo disputas do papel real da consciência na medicina demonstram que há manifestações teológicas e filosóficas diferentes entre si e que são pouco examinadas. Não é possível discutir o tema consciência sem antes se tentar definir o que é a consciência. Três questionamentos são postos como pontos de divergência. Inicialmente é necessário que se defina qual tipo de informação é carregado pela consciência. Depois, deve-se tentar determinar como a consciência é formada e como deve ser informada. Por fim, é necessário que se verifique as consequências de violar a consciência de uma pessoa. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 10).

A cultura médica no ocidente é profundamente influenciada pelas religiões abramicas, cristianismo, judaísmo e islamismo, além da tradição moral secular,

gerando uma pluralidade de modos de se descrever a consciência e de determinar seu verdadeiro papel na tomada de decisão. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 10).

A avaliação da noção de bem, baseada na tradição médica ocidental, requer uma abordagem voltada para essa realidade e história. Em relação às informações que constituem a consciência, Lawrence et al, partindo da avaliação das religiões abramicas ocidentais, considera que a consciência deve ser compreendida como as orientações que permitem que o agente moral saiba se age em conformidade com a lei divina, de forma a se adequar com o padrão de bem e de mal ditado por Deus. Para essas religiões, o autor considera que o bem e o mal são definidos em moldes divinos e que a consciência individual permite discernir cada categoria de ações. Para a tradição secular, a razão da moralidade reside em outro local, ela seria construída, em vez de descoberta, de modo a alertar um agente moral quanto aos seus desejos, mas não é capaz de determinar se algo é universalmente bom ou determinante para os outros indivíduos. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 11).

Essas ideias, até certo ponto contraditórias, podem ser consideradas como um desacordo em relação a importância dada a consciência na atuação médica. Nesse entendimento, Lawrence acredita que, aos olhos seculares, o médico ao objetar por razões de consciência, estaria realizando uma imposição de seus gostos e desejos sobre o paciente. Entretanto, quando se toma como verdade que a consciência é um meio de perceber uma normativa universal, verdadeira lei moral, a objeção de consciência do médico é valorizada, ainda que ocorra algum erro do médico no julgamento da lei moral. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 11).

Apesar da importância que deve ser dada ao aspecto religioso da consciência, o aspecto laico também deve ser levado em conta, para que se entenda melhor a objeção de consciência por motivo filosófico e moral.

A consciência é uma faculdade da razão moral. Sendo uma faculdade, a violação ocorre quando alguém é obrigado a agir de modo contrário ao seu julgamento, havendo evidente restrição do direito de liberdade. A violação de consciência, mais que a restrição de uma faculdade, é uma violência contra a pessoa. (SWAN; VALLIER, 2012, p. 1).

A consciência não deve ser entendida como simples capacidade de perceber uma realidade moral externa. A consciência não está envolvida em todos os julgamentos morais, pois apenas alguns julgamentos atingem o núcleo moral de uma pessoa. Esse núcleo moral determina as razões para a ação do indivíduo de

uma forma categórica, tendo grande importância na rede de razões morais interna do indivíduo, como um pilar. Outras decisões morais que não envolvam esse aspecto de sustentação da consciência moral interna são consideradas periféricas, mas podem ter a influência do núcleo moral. Swan e Vallier (2012, p. 2) citam que um indivíduo cuja religião e sua crença em Deus determine não trabalhar aos domingos, uma eventual obrigação de trabalhar aos domingos afeta seu núcleo central de consciência moral, porém, as razões que fazem com que ele organize sua agenda para não precisar trabalhar aos domingos são consideradas periféricas, mas baseadas em um entendimento moral nuclear. Uma mudança de horário de trabalho permanente determinada pelo patrão, obrigando-o a trabalhar aos domingos, afeta sua consciência mais interna ou nuclear.

Em relação à objeção de consciência do médico, é importante tecer o paralelo de que, se alguém, por razões morais ou religiosas, não concorda com a interrupção da gravidez, não deve exercer a medicina em um local ou instituição que sabidamente é local de referência para a prática abortiva. Da mesma forma, trabalhar como ginecologista e obstetra em um hospital que, posteriormente, se torne um centro de referência na prática abortiva, por determinação legal ou por ordem judicial, pode exercer seu direito à objeção de consciência, ou mesmo solicitar sua transferência para outra instituição em que essa prática não seja rotineira.

As razões morais mais internas, ou nucleares, estão ligadas aos projetos de vida e aos princípios de cada indivíduo, os quais governam as escolhas e decisões. Essas razões internas podem ser violadas quando alguém coercitivamente obriga um indivíduo a agir contra esses preceitos morais mais internos. Essa coercitividade pode ser direta ou indireta. Diretamente, essa violência ocorre quando alguém é compelido a agir de forma contrária às suas razões morais, indiretamente ocorre quando alguém compele um indivíduo a agir de forma contrária a seus padrões morais internos reduzindo suas opções racionais para agir. De uma forma direta a pessoa é forçada a agir contra seus deveres morais, de forma indireta ela se vê forçada a agir de forma contrária por não haver outra opção válida de ação, a menos que encare um sofrimento físico ou psicológico muito grande. (SWAN; VALLIER, 2012, p. 3).

A consciência pode ter várias formas de ser compreendida, dentre essas formas, diferenciam-se as concepções religiosas e as seculares. A consciência teria

uma função epistemológica, seria uma capacidade de discernir as verdades morais, entre aquilo que se considera certo e errado, além da faculdade de realizar julgamentos éticos. (WICCLAIR, 2011, p. 1).

A consciência pode ser entendida como apenas uma forma de internalização das normas sociais e convenções, algo semelhante ao superego freudiano. Para Sulmasy, a consciência deriva de uma intenção de ser moral, integrando a cognição e a emoção aos aspectos morais da vida de forma a produzir uma totalidade, de onde se pode discernir e definir as características particulares de um caso, de modo a ser possível realizar um balanceamento entre a decisão moral a ser tomada, de modo que não seja nem tão forte, nem tão fraca (SULMASY, 2008. Apud: WICCLAIR, 2011, p. 2-4).

Seguindo esse raciocínio de tomada de uma decisão moralmente baseada, Childress (1979, p. 319-20. Apud: WICCLAIR, 2011. p. 3) considera que a consciência pode ser percebida após um julgamento moral baseado em padrões também morais, pois, ao consultar a consciência, um indivíduo examina suas convicções morais de modo a determinar o que ele realmente pensa e sente, considerando sempre seus valores, princípios, suas regras, além do peso e da relevância da situação que se enfrenta no momento. Ao se consultar a consciência, uma pessoa recebe como resposta: "Você acredita que deve fazer isso?"

Esse debate moral interno, característico da consciência, tem um embasamento na noção ética que cada indivíduo possui. Fuss (1964, p. 116. Apud: WICCLAIR, 2011, p. 3) identifica, dentre as características da consciência, uma disposição para agir de acordo com a crença ética de cada um, e uma resposta emocional correspondente. Dessa forma, a consciência determina, no agente moral, uma disposição, uma sensação de necessidade, de agir de acordo com seu conhecimento ou crença, de modo a preservar a integridade pessoal quando se faz o melhor que pode ser feito, ou um senso de frustração, fraqueza ou culpa, quando não consegue agir em conformidade com seus ditames.

Outra área a ser considerada diz respeito ao modo como a consciência deve ser informada. As tradições morais ensinam que uma consciência clara é necessária para um comportamento ético, apesar de não ser o único elemento necessário. As religiões abramicas afirmam que a autoridade moral universal dos textos e tradições deve ser contextualizada e interpretada. Tais religiões também defendem que desses textos e tradições provém normas autoritárias que devem informar a

consciência individual nas decisões dos indivíduos. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 11).

É importante ressaltar, mais uma vez, a importância da tradição na determinação do modo como o indivíduo interpreta a sua realidade e toma suas decisões. A tradição médica representa uma forma de racionalidade voltada para uma atividade profissional. Todo médico é um indivíduo que possui uma cultura e uma tradição baseada no ambiente social em que viveu e que vive. Não é sensato que se espere de um médico uma isenção completa de suas raízes tradicionais e culturais individuais ao abraçar a atividade médica, pois ele continua sendo homem e continua a carregar a sua bagagem cultural individual, recebendo do ensino médico um aprimoramento na sua forma de se relacionar com o outro, uma forma de realizar uma atividade profissional em busca do tratamento e da recuperação da saúde tendo a noção comum de Bem como determinante.

Na medicina, atualmente, existem vários entendimentos divergentes sobre a informação da consciência, havendo frustração dos esforços seculares sempre que um médico que usa sua tradição religiosa para justificar uma tomada de decisão. O pensamento secular busca a harmonia social através de um alinhamento de condutas e de consciências baseado na razão, de onde se entende a crítica realizada ao fato de um médico abandonar a razão e deixar pensamentos gerados previamente em normas tradicionais conduzir sua decisão. Lawrence acredita que aquilo que o secularismo busca evitar como uma influência corrupta, o religioso apega-se como uma fonte indispensável. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 12).

O indivíduo que se torna médico pode continuar a manter suas concepções religiosas íntegras e integradas à sua atividade profissional. Seguir uma tradição religiosa pode contribuir para um elevado senso de virtude que seria benéfico e esperado na atuação prática de seus atos médicos, facilitando sua relação com o paciente. Uma conduta mais ligada ao desenvolvimento técnico e científico da medicina parece ligar sua atividade mais à doença do que ao doente em si, de onde se observa a frequente crítica da perda da humanidade na relação entre médico e paciente. Manter um comportamento de respeito pela pessoa humana pode ser mais facilmente conseguido e mantido quando a tradição individual prévia do médico já determina esse tipo de comportamento. Um médico com concepção religiosa forte pode ter laços mais facilmente construídos com a beneficência exigida de sua atividade. Todavia é necessário ressaltar que esse comportamento inter-humano tão

desejado, o qual pode ter sua fonte em uma tradição religiosa, também trás uma consciência moldada na mesma tradição. O eixo da racionalidade e da tradição de um indivíduo que tem a religião como elemento principal, se continua com o exercício da medicina.

Uma questão em relação á ação racional do médico é entender como as religiões se comportam e orientam o indivíduo diante de um atentado às suas convicções. As religiões abramicas advertem que um ato contra a própria consciência é um ato contra Deus, podendo trazer sérias consequências, desde a punição e julgamentos divinos, até o enfraquecimento da capacidade de discernimento ético e de comportamento do indivíduo em decisões futuras. Os secularistas não acreditam em punições ou julgamentos posteriores além daqueles determinados pela lei, e consideram que o sofrimento de agir contra a consciência é uma aflição moral, imposta pelo próprio indivíduo ou pela sociedade, e, dessa forma, pode ser ajustado socialmente por um remodelamento social ou pela educação individual. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 12).

Os médicos católicos apostólicos romanos servem como paradigma nessa discussão, pois seus posicionamentos morais diante de valores religiosos podem conflitar com interesses mais secularistas de encarar a vida humana. Aqui se colocam questões envolvendo o início da vida, como o aborto, a contracepção, tratamentos de reprodução assistida, células-tronco, clonagem, até o diametralmente oposto limite da vida humana. Esses temas são complexos, pois uma determinação legal capaz de resolvê-los deve possuir um peso moral de justificação difícil de encontrar em um mundo com entendimentos diversos a respeito da ética e da moral. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 222).

O aspecto religioso tem importância evidente na sociedade, mas não deve ser tido como a única forma de avaliar a consciência, repete-se, pois, o aspecto moral, que pode determinar incongruências entre aquilo que se deseja para si e aquilo que a sociedade exige. Os aspectos moral e filosófico não religioso, também representam uma forma de compreender o Bem. Um médico que, independentemente das convicções de ordem religiosa, considera que uma atuação pode causar um malefício ao paciente, pode, também, objetar por razões da consciência.

O secularismo demonstra ser cético a respeito das tradições e dos mandamentos religiosos. O pensamento secular determina que a consciência

decorre da razão que, de forma singular deve discernir sobre a sabedoria e a ética de vida que seja necessária na relação entre os indivíduos. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 11).

A fidelidade à própria consciência é comumente identificada com a preservação da integridade moral pessoal em todos os sistemas de crenças. Concluir que algo deve ser feito ou evitado é demonstrar o tipo de pessoa que se é e que deseja ser. Não agir de forma determinada pela integridade moral é uma forma de hipocrisia. Ser forçado a agir contra a própria consciência é uma forma de violência à identidade pessoal que pode deixar sequelas psicológicas e emocionais, além de comprometer o convívio social. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 228).

Nesse sentido, Lawrence e Curlin citam Russel (1957. Apud LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 11-2), que admite que a consciência dos indivíduos, de forma prática, sofre influência da superstição, estando a religião aí incluída, o desejo de aprovação, as recompensas e punições sociais e a educação. Complementa Russel que essas influências poderiam ser eliminadas, mas os líderes das comunidades podem desejar manter essas influências, de maneira intencional, de modo a orientar a consciência dos indivíduos e promover a harmonia social. Essa razão seria a legitimadora da influência da consciência, todavia, não havendo uso racional dessa influência, os líderes podem usar a educação e incentivos para direcionar a consciência da população para uma conformidade com o direcionamento da razão.

A ideia de que a tradição pode se tornar uma serva dos líderes e déspotas através da manipulação da opinião pública é compreensível, entretanto há sempre um pensamento tradicional antagônico ao desejo desses líderes, ou não haveria a necessidade de se manipular essa tradição. A tradição bem fundamentada pode ser uma forma de resistência contra entendimentos deturpados e impostos por governantes mal intencionados. Não se está defendendo que a tradição não possa evoluir, modernizar e atualizar sua percepção da realidade, ela serve como porto seguro e como parametrização dessas mudanças inevitáveis. Dessa forma, se compreende que a crítica de Russel quanto à manipulação da tradição, encerra em si a possibilidade de resistir a essa mesma manipulação, desde que a interpretação individual de uma realidade social e tradicional seja protegida contra a invasão do poder público manipulado.

A consciência tem, portanto, um aspecto individual importante na relação entre o homem e seu ambiente social. A partir dessa importância individual

O'Connell (1990, p. 111. Apud LUSTIG, 2012, p. 83), teoriza que a consciência tem uma perspectiva tripartite, sob ponto de vista analítico. Inicialmente a consciência é uma característica humana ligada a um senso geral de valores, um senso de responsabilidade ligado à pessoa humana, capaz de guiá-la em uma direção desejada e orientada por essa responsabilidade. Um segundo ponto de vista é de que a consciência busca conseguir concretizar uma percepção de valores, com esforços de um contínuo processo de reflexão, discernimento e análise própria do ser humano baseada em padrões que parecem estar além da simples presença da consciência. O terceiro vislumbre condiciona a consciência a se constituir na norma final capaz de guiar a pessoa, havendo a decisão de agir com a santidade da própria consciência ou agir contra ela em uma forma pecaminosa.

As objeções de consciência apelam para padrões de consciência moral, porém esses padrões não são a própria consciência, pois podem envolver explícita ou implicitamente uma base independente como fundamento subjetivo de dever a ser seguido pela consciência de um indivíduo. (CHILDRESS, 1982, p. 170. Apud: (LUSTIG, 2012, p. 83).

Os padrões de consciência são uma espécie de eixo por onde a consciência consegue ser exercida, adaptando e verificando a validade e a aplicabilidade desses padrões em cada decisão racional. Esses padrões decorrem da experiência pessoal prévia e da experiência social e comunitária apropriada a partir da tradição do grupo em que se vive. Essas experiências, individuais e coletivas, determinam uma percepção interna sobre os acontecimentos que cercam o indivíduo, de modo a fornecer elementos de decisão baseados na moral.

Essa concepção interna de valoração é perceptível em Tomás de Aquino, quando ele afirma que os seres humanos possuem uma convicção interna daquilo que consideram certo e errado, sendo compelidos a agir de acordo com esse julgamento. Essa convicção interna é o resultado de um ato de razão prática aplicado a um status moral de algo que se praticou ou que se praticará no futuro. (AQUINO, 1998. p. 217. Apud: PELLEGRINO, 2002, a, p. 226).

O médico tem sua consciência mantida em duas dimensões inseparáveis, uma pessoal e outra profissional. O aspecto profissional envolve os deveres morais da relação médico-paciente, uma capacidade ética para agir como médico, além da obrigação moral de praticar uma boa medicina, conforme os ditames técnicos contemporâneos, uma medicina humana e competente cientificamente. O aspecto

pessoal engloba as crenças morais próprias do médico com suas nuances espirituais, filosóficas, culturais e étnicas. Há que se proteger tanto a consciência profissional quanto a pessoal do médico. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 229).

Um indivíduo com consciência moral esforça-se em preservar sua integridade interna em relação aos seus ditames morais, buscando um comportamento externo congruente com aquilo que sua integridade pede que faça. Num mundo de moralidade plural, alguém com esse tipo de comprometimento pode vir a entrar em conflito com outros valores morais da sociedade. Os conflitos morais são muito comuns, com exceção dos sociopatas destituídos de consciência moral. Mesmo em uma sociedade com um relativismo extremo, a resolução desses conflitos morais é um desafio. Todavia, toda sociedade que busca o bem estar de seus membros deve permitir a liberdade de consciência e a objeção por motivos dessa consciência. Existe, pois, um dilema social, de um lado a liberdade e tolerância à liberdade religiosa, à liberdade de escolha individual e a neutralidade em relação à religião que um Estado plural e democrático deve manter e, de outro lado, autorizar a liberdade de consciência de alguns indivíduos pode limitar direitos e o entendimento moral de outros indivíduos. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 221).

Childress acredita que o apelo de consciência é uma forma de persuadir outra consciência de sua escolha particular, mas essa escolha está baseada na própria consciência daquele que apela e na forma como ele interpreta e justifica suas ações para com os outros a partir de um julgamento que se faz em um foro íntimo para deliberar aquilo que é apropriado às suas escolhas morais. A justificativa do apelo de consciência esta, portanto, baseado em um senso interior e fundamental de integridade, de repercussão existencial. (CHILDRESS, 1982. p. 165. Apud: LUSTIG, 2012, p. 82).

A consciência individual tem grande influência da tradição em que o indivíduo recebeu sua educação, não apenas educação formal escolar, mas educação cultural geral. Dessa forma a tradição, ao influenciar a consciência individual, alinha o indivíduo a um eixo de pensamento e de racionalidade da vida, ajudando na determinação de seus anseios e projetos. Essa consciência não é apenas um mero capricho de vontade, ela representa o trilho que guia o agir humano no caminho de sua realização e felicidade. Os aspectos morais absorvidos do meio social e a consciência ética são elementos determinantes nas tomadas de decisão que orientam a ação do indivíduo. Exigir que alguém aja contra seu ímpeto mais interno

é determinar a perda da sua visão de mundo e turvação de seus horizontes e do norte a ser tomado em sua vida

3.2 A Tradição e a Moralidade do Agir do Médico

A história e tradição da medicina como atividade e profissão associada ao ato de curar fez surgir uma noção de objetivo derivado de sua função, correlato da noção de Bem aristotélica. Alguns autores defendem que a comunidade médica possui um conjunto de concepções morais que determinam valores que devem ser perseguidos pelos médicos em sua atuação.

Para Pellegrino (1990, p. 222-3), a percepção da medicina como uma comunidade moral é antiga e encontra ecos na antiguidade de uma forma apenas latente, pois nunca foi expressa de uma forma completa e sem distorções, mais que ainda ressona na consciência atual da profissão. O modelo mais explícito dessa concepção de comunidade moral é observado no Juramento de Hipócrates. Ainda que algumas das determinações e obrigações morais do juramento sejam evidentemente sexistas, paternalistas e elitistas, elas reúnem em um corpo, sob as imposições morais, todos aqueles que compartilham o conhecimento da arte. Tais concepções e percepções moldaram os ideais éticos compartilhados pelos médicos de várias eras e diferentes culturas, sobretudo do ocidente e do mundo cristão. O juramento hipocrático relacionava a coletividade de médicos a algo diferente do interesse próprio, ligando-os às obrigações para com outros médicos e para com os pacientes.

Pellegrino (1990, p. 221) acredita que a ética médica não se resume a uma relação de obrigações entre médicos e pacientes em termos individuais simples. Para o autor existe uma comunidade moral ligada à profissão, e esta seria um grupo dedicado e unido por um senso comum de percepção moral. Para Pellegrino existe hoje uma escolha inevitável a ser tomada pelos médicos diante de duas ordens morais opostas, uma baseada na obrigação primária para com os doentes e outra relacionada às prioridades do interesse próprio e ao mercado, essas opções nem sempre são conciliáveis.

Os médicos antigos não cristãos também estavam unidos em torno de valores morais comunitários próprios com a evidente influência de suas respectivas religiões, fossem indianos, chineses, egípcios, hebreus ou muçulmanos. Apesar das

distâncias e das diferenças entre orientações religiosas, é perceptível uma congruência ética entre esses médicos, denotando a existência de uma moralidade intrínseca à medicina, capaz de transcender a cultura, religião e momento histórico (PELLEGRINO, 1990, p. 223).

A medicina, como profissão, não se constitui mais em uma guilda, um negócio, uma associação comercial ou partido político. A medicina é, nas palavras de Pellegrino (1990, p. 222)., um empreendimento moral. Refutar essa ideia de empreendimento moral desvaloriza a profissão médica e leva ao entendimento de que o tratamento de doentes seja considerado uma *commodity*, uma oportunidade de investimento, uma moeda de troca política associada a um poder burocrático.

Quatro características da medicina são responsáveis por dar um status moral aos membros da coletividade que praticam a profissão como uma forma especial de atividade humana: a desigualdade da reação médica, a natureza das decisões médicas, a natureza do conhecimento médico e a inarredável cumplicidade moral do médico em relação ao que quer que aconteça ao paciente. (PELLEGRINO, 1990, p. 226).

A medicina é exercida a partir das decisões feitas pelos médicos diante dos casos apresentados pelos pacientes. Essa decisão deverá determinar a ação prática a ser tomada no caso concreto. As decisões que permeiam a atuação médica envolvem uma delicada combinação de aspectos técnicos e de componentes morais. É necessário que o conhecimento médico decida pela melhor terapêutica a partir do diagnóstico realizado, mas a escolha dessa modalidade terapêutica deve ter por finalidade o bem do paciente. Deve haver, pois, uma avaliação e uma comparação entre aquilo que a moral do médico determina e aquilo que a moral do paciente requer, respeitando-se sua decisão e autonomia. As relações morais decorrem de todas as relações entre os indivíduos, mas, novamente, a vulnerabilidade do paciente determina uma importância maior na relação médico-paciente. (PELLEGRINO, 1990, p. 227).

Outros autores, dentre eles, Wicclair, acreditam que a medicina possui uma moralidade interna que determinaria o agir do médico. Esta moralidade deveria ser tomada em conta quando se avaliar a compatibilidade da ação médica em determinado caso, quando houver possível choque de interesses entre médico e paciente.

As obrigações médicas decorrem das teorias éticas gerais, isto é, de uma moralidade externa. Para Wicclair (2008, p. 173), alguns autores alegam existir uma moralidade interna da medicina, e cita três concepções: 1) concepção essencialista; 2) concepção evolucionária não-essencialista, e 3) concepção tradicional não-essencialista.

Segundo Wicclair (2008, p. 173), a concepção essencialista propõe que a moralidade interna da medicina deriva de uma análise da natureza da profissão, uma natureza inerente, relacionada aos seus objetivos, que não sofreria influência temporal na prática médica e na relação médico-paciente. O autor cita Pellegrino e Thomasma (1981. Apud: WICCLAIR, 2008, p. 173).que apregoam que a finalidade da medicina é a cura, a qual determina a característica da relação médico-paciente, uma relação entre um profissional comprometido com a cura e um paciente vulnerável que está doente e procura uma ajuda profissional.

Para a concepção essencialista, entrar em uma profissão significa atrelar-se aos seus objetivos. Dessa forma, um indivíduo que não tenha o desejo ou não seja capaz desse comprometimento não deveria se tornar médico. Consequentemente, qualquer médico devidamente licenciado que não honra esse vínculo de comprometimento não age com virtude médica. (WICCLAIR, 2008, p. 173-4).

Neste momento é conveniente questionar, novamente, se o curar é o único fim da medicina. É plausível dizer que manter a saúde está fortemente associado com o conceito de medicina. O conceito de cura é, de certo modo, vago e pode ser tomado de forma estrita, como se fora limitado ao tratamento de doenças. Cuidar, confortar, estar presente, aliviar a dor e o sofrimento também são atos de tratamento tanto quanto a cura. (PELLEGRINO, 2001, p. 568. Apud: WICCLAIR, 2008, p. 174). Sob uma visão estrita de cura, a medicina de palição e os cuidados paliativos não estariam incluídos em uma concepção de cura. Uma expansão no conceito de curar e tratar e nos objetivos da atuação médica deve ser feita, uma vez que atualmente é extremamente necessária. Os conceitos de tratamento e cura são vagos e ambíguos, dependem de interpretações subjetivas do médico. (WICCLAIR, 2008, p. 174).

Aquilo que pode ser considerado como forma de tratamento por uns, como o uso de contraceptivos abortivos de emergência ou sedação paliativa de doentes terminais, pode não ser tomada como exemplos terapêuticos por outros médicos. Ademais, um médico pode estar comprometido com o tratamento em si, mas não

estar direcionado a fornecer ou realizar todos os serviços relacionados com a saúde e tratamento. Limitar a oferta de serviços relacionados com a saúde pode não ser considerada como uma desonra e falta de comprometimento com a obrigação de tratamento e cura. (WICCLAIR, 2008, 174-5).

Uma outra característica, relacionada à concepção essencialista, na discussão sobre a objeção da consciência, é a relação médico-paciente. A natureza dessa relação está diretamente ligada à obrigação profissional do médico dar prioridade aos interesses do paciente sobre os seus próprios. Deriva esta obrigação do comprometimento do médico para com o tratamento além de um estado de vulnerabilidade do paciente. Caso os médicos não apresentassem essa volitividade em suprimir seus próprios interesses quando o tratamento requer, os pacientes não manteriam sua confiança no médico. Esse altruísmo da medicina seria manchado ao se colocar os próprios interesses particulares acima do dever de tratar a que o médico está atrelado. (WICCLAIR, 2008, p. 175).

A imposição de razões de consciência para evitar e recusar prestar um serviço médico causa ao paciente uma perda de tempo, inconvenientes e custos, entretanto, esse dever de colocar os interesses dos pacientes acima dos próprios não pode ser absoluto, pois, dessa forma, o médico não poderia cobrar por seus serviços diante do interesse financeiro do paciente. Para Wicclair deve haver um ponto de equilíbrio na relação de tratamento entre médico e paciente, não se assegura, pois impossível, que nessa relação os interesses do médico devem absolutamente ser desconsiderados e esfacelados diante dos interesses do paciente. (WICCLAIR, 2008, 175-6).

Esse balanceamento de interesses, aqui admitido, não configura que uma concepção essencialista da moralidade interna da medicina seja incompatível com a objeção da consciência do médico em favor de um dever geral de tratar (PELLEGRINO, 2002, b. Apud: WICCLAIR, 2008, p. 176).

A objeção de consciência seria possível, sob o ponto de vista da concepção essencialista descrita por Wicclair, quando os interesses de tratar e de ser tratado estiverem envolvidos com consequências moralmente questionáveis ou incompatíveis com a consciência do médico.

Para a concepção evolucionária não essencialista da moralidade interna da medicina é um erro crer que a medicina é atemporal e imutável. Desta forma, a discussão quanto à compatibilidade da objeção da consciência com a moralidade

interna da medicina não pode ser baseada na finalidade ou na natureza da medicina. Há concepções alternativas sobre a natureza da medicina, seus objetivos e finalidades, e há de se considerar ainda a relação médico-paciente. Conforme essa visão evolucionária, o fato de uma prática ser contrária aos objetivos mais tradicionais da medicina não significa que sua prática é incompatível com os objetivos próprios da medicina. (WICCLAIR, 2008, p. 176-7).

O conceito evolucionário identifica vários objetivos, não considera um único objetivo como essencial. Dessa forma, um médico que tem objeção baseada na consciência, em prover um serviço médico em particular, pode alegar que, ao objetar e recusar determinado serviço, promoveria outro objetivo, como, por exemplo, ao se recusar o uso de sedação terminal, impedindo uma morte em paz, o objetor estaria promovendo o objetivo de evitar uma morte precoce. Não havendo uma prioridade entre os múltiplos objetivos, há dúvidas se o conceito evolucionário pregado por Miller e Brody seria capaz de dar suporte intrínseco a uma tese em um debate envolvendo tese incompatível. (BRODY; MILLER, 1998. Apud: WICCLAIR, 2008, p. 178-9).

De acordo com o conceito tradicional não essencialista da moralidade interna da medicina, existe uma tradição moral distinta associada com a profissão médica e que fornece as bases para se determinar as obrigações profissionais do médico. (WICCLAIR, 2008, p. 179).

Inúmeros códigos profissionais e orientações, com o passar dos anos, permitiram ao médico recusar realizar serviços que violassem suas crenças pessoais, morais e religiosas, de modo a se crer que a profissão médica tende a abraçar a objeção de consciência. Ainda assim, mesmo que houvesse uma tradição moral dentro da profissão médica que não permitisse a objeção da consciência, seria questionável se uma tal tradição moral prévia deveria ser continuada mesmo que fosse rejeitada pela profissão nos dias de hoje. Algumas tradições morais não valem a pena preservar, como exemplo gritante temos a escravidão, o racismo e o sexismo. Da mesma forma, não é suficiente argumentar que houve uma tradição moral contra a objeção da consciência na medicina. Se faz mister que se encontre razões para perpetuar ou abolir uma tal tradição. (WICCLAIR, 2008, p. 180).

Os médicos têm alguns direitos e privilégios além de benefícios como profissionais, incluídos aí a auto-regulação e o monopólio para prestar certos serviços, educação e treinamento subsidiado, apoio governamental para pesquisa.

Tais direitos e benefícios atingem os médicos coletiva e individualmente. De acordo com os princípios da justiça recíproca esses direitos e benefícios geram um modelo de obrigações profissionais correspondentes, dentre os quais, fazer considerações baseadas no bem estar do paciente em vez de seu interesse financeiro próprio, obrigação de tratar pacientes com doenças infecciosas. Essas obrigações incorrem ao indivíduo quando ele, voluntariamente, ingressa na profissão médica. (WICCLAIR, 2008, p. 180-1).

Um aspecto central da doença é que ela determina a vulnerabilidade da pessoa doente e, como consequência, uma desigualdade na relação entre médico e paciente. O homem doente se torna ansioso, dependente, tem medo e necessita de um conhecimento do qual não dispõe para buscar sua cura, seu objetivos de vida são abandonados em detrimento do tratamento. O doente consulta uma outra pessoa, detentora do conhecimento para seu tratamento, que exerce um poder decorrente da hipossuficiência causada pela moléstia. A vulnerabilidade do doente impõe obrigações morais ao médico, pois nessa relação a responsabilidade pesa sobre os ombros do mais poderoso. Aqui se encontra uma diferença crucial em relação ao ethos do negócio, em que a vulnerabilidade se torna uma oportunidade para explorar o adversário. Na relação médico-paciente o interesse verdadeiro do médico em buscar a melhora do paciente se soma à proteção dos interesses do vulnerável, proteção esta que se coloca contra seus próprios interesses, interesses da sociedade, da ciência, da família ou outra instituição. (PELLEGRINO, 1990, p. 226).

A obrigação com melhor capacidade de contestar uma objeção de consciência é a obrigação de manter fidelidade aos interesses do paciente individual. Enquanto essa alegada obrigação se mantém genérica e inespecífica, será considerada como uma verdade profunda. Todavia, ela não justifica a reclamação específica de que o médico tem o dever de colocar o interesse dos pacientes sobre os seus próprios interesses na manutenção da integridade moral. (WICCLAIR, 2008, p. 179).

As obrigações que se impõem ao médico devem ter como guia de conduta os objetivos da medicina, discutidos no capítulo anterior, e os interesses do paciente. Atualmente, outros interesses, como aqueles decorrentes do mercado e de concepções consumistas, afetam a prática da medicina, causando uma redução da possibilidade de agir em conformidade com a moral interna do médico.

A pluralidade de aspectos relacionados com as decisões éticas que devem ser tomadas pelo médico em sua atuação é também estudada pela bioética. Esse aspecto plural determina a existência de vários modelos capazes de entender a problemática e a dialética de enfrentamento dos casos de difícil solução, como a objeção de consciência do médico e os possíveis prejuízos ao paciente.

Vale ressaltar que, inicialmente Scarpelli defende que a bioética deveria ser baseada em princípios de tolerância das várias formas de entender a ética com o acréscimo de um princípio de “ausência de grande prejuízo” (1987, p. 7-32. Apud: SGRECCIA, 1996, p. 66).

Uma tal concepção de tolerância não permite enfrentar a pluralidade, apenas a aceita sem discussão. A ausência de um grande prejuízo pode se tornar em uma forma de ponderação de valor econômico ou de tentar comparação de valores incomparáveis. A avaliação dos possíveis modelos de discussão bioética permitirá situar com mais propriedade a problemática da objeção de consciência do médico em sua ação profissional.

Sgreccia refere que, quando se observa a bioética de forma ampla, se percebe essa pluralidade de critérios que podem não ser conciliáveis entre si. O pluralismo decorre da referência antropológica e das teorias sobre os fundamentos do juízo ético. Para que seja possível criar um discurso de fundação e elaborar conceitos paradigmáticos adaptáveis à busca de solução de casos limites, não é suficiente apenas a criação de um consenso paradigmático e flexível conforme as circunstâncias. No discurso da bioética se faz necessário uma justificação verdadeira e a demonstração da razão final em função da qual um ato moral possa ser caracterizado como “honesto ou desonesto, lícito ou ilícito, obrigatório ou proibido”. (1996, p. 66).

A pluralidade de racionalidades já citada a partir do pensamento de MacIntyre faz novo eco no pensamento de Sgreccia. A dificuldade que se impõe é tentar justificar a ação a partir dos valores e da razão. A justificação fundante com base em valores e razão é a metaética, e dela deriva a metabioética. Palazzani e Sgreccia (1992. Apud SGRECCIA, 1996, p. 66) defendem que a metabioética não pode se limitar a uma imposição de comportamentos prescritos de forma arbitrária, mas oferecem indicações e orientações em sentido forte, de modo a facilitar a escolha axiológica prescritiva pelos homens, cientistas e agentes de saúde.

A existência de vários sistemas de referência ética não pode se constituir em pretexto para não se enfrentar e pesquisar os problemas éticos. Não se pode aceitar uma proposta de indiferença diante desses sistemas sob o pretexto da tolerância. A importância humana e social dos problemas da Bioética devem se constituir em um desafio e compromisso teórico e pedagógico (SGRECCIA, 1996, p. 66-7).

Ainda segundo Sgreccia, a Bioética pode ser dividida em dois grandes blocos de discussão a partir da Lei de Hume: os cognitivistas e os não cognitivistas. Para Hume há um grande desacordo entre os fatos naturais e os valores morais. Os fatores naturais são conhecíveis e podem ser demonstrados cientificamente, enquanto o âmbito moral com seus valores e normas são pressupostos que possuem uma discussão a partir de juízos indemonstráveis. Assim, entre o ser e o dever, não se consegue fazer legítima passagem ou inferência. (1996, p. 67-8).

Os não-cognitivistas defendem que os valores não possuem características capazes de qualificarmos como verdadeiros ou falsos. De outra forma, os cognitivistas buscam uma fundamentação racional e objetiva para os valores e normas morais. Todo o problema parece residir no significado do “ser”. A Lei de Hume se justifica se se considerar o ser como mera factualidade empírica. Dessa forma, o dever ser pode ser fundamentado no ser, o ser que o sujeito consciente é chamado a tornar real. (SGRECCIA, 1996, p.68).

Sgreccia explica que o termo “homens” pode ter sentido empírico, mas pode representar a essência do homem, a natureza humana racional e a dignidade humana. Assim, a instância metafísica propõe que se vá além do fato empírico, para se buscar a verdade das ações racionais e comportamento em sua conformidade com a dignidade humana. (1996, p. 68)

Às vezes não se consegue reconhecer, em diferentes situações concretas, a aplicação da noção do bem e da verdade de um comportamento, sobretudo do médico, daí a necessidade de buscar comprometer a razão prática do ato. (SGRECCIA, 1996, p. 69). Tal consideração é importante na análise da razão prática envolvida no agir do médico.

O modelo sóciobiológico da Bioética parte de uma orientação sociológico-historicista e representa uma proposta descritiva, baseada nos fatos para fundamentar a norma ética (MARITAIN, 1951. Apud: SGRECCIA, 1996, p.69). Neste modelo ocorre uma harmonização da teoria evolucionista com o sociologismo e o sociobiologismo. Baseia-se na evolução do cosmo e das formas de vida no mundo.

A ética teria a função de manter o equilíbrio evolutivo e de adaptação do ecossistema. A partir desse modelo se avalia os mecanismos necessários para a evolução e o progresso da espécie humana com base na adaptação e na seleção. (SGRECCIA, 1996, p.70-1).

Há um modelo de Bioética subjetivista ou liberal-radical. O subjetivismo moral é o ponto comum de algumas correntes de pensamento contemporâneo, como o neo-iluminismo, o liberalismo ético, o existencialismo niilista, o cientificismo neo-positivista, o emotivismo e o decisionismo. Esse modelo tem por base o fato de que a moral não consegue de fundar sobre os fatos, nem sobre os valores, sejam objetivos ou tradicionais, mas apenas sobre a escolha autônoma do sujeito. Os valores não são cognoscíveis, e a autonomia assume o sentido forte, sendo a escolha autônoma o fundamento único do agir moral. A liberalidade da sociedade é buscada e tem como limite a liberdade do outro. Dessa forma, considera-se lícito aquilo que é livremente desejável, aceito, e que respeite a liberdade do outro. (SGRECCIA, 1996, p. 71-2).

Valorizar em demasia a vontade e a autonomia do paciente, por exemplo, retira do médico a capacidade de exercer sua profissão com base na beneficência e na não maleficência, pois como já se comentou, nem sempre o objetivo desejado pelo doente é o melhor do ponto de vista médico, podendo haver grave comprometimento do bem maior, vida, quando as condutas médicas sofrem influência da vontade do paciente, sobretudo quando essa vontade não está alinhada com um plano terapêutico bem definido e cientificamente embasado.

Esse modelo subjetivista encerra uma parcela de liberdade e de verdade, mas não toda a liberdade e verdade humanas, uma vez que só é válida para a população que pode fazer exercer essa liberdade. É uma liberdade sem responsabilidade, não se supõe nada antes da liberdade e dentro da liberdade. Todo ato livre supõe a vida como situação *sine qua non*. Assim, a liberdade carrega uma condição pré-existente, a vida, e, portanto, uma responsabilidade. A liberdade deve supor o ser e o existir com um propósito, um projeto de vida. (SGRECCIA, 1996, p. 72).

O modelo subjetivista encerra a possibilidade de agravo ético além da impossibilidade de se chegar a um resultado esperado a partir do ponto de vista do paciente e também do ponto de vista do médico. O paciente pode exigir algo contrário ao seu próprio projeto vital no decorrer de uma conduta médica, e até mesmo contraditório à sua noção particular de bem, por não compreender todos os

aspectos de variabilidade biológica e possibilidade de erros e de efeitos adversos não evitáveis. O médico pode exercer sua atividade de forma soberba e paternalista sem respeitar a vontade e o plano de vida do doente.

O liberalismo ético pode degenerar na legitimação da violência e da lei do mais forte quando renuncia ao fundamento racional da moral, especialmente quando uma liberdade se relaciona a quem não goza de autonomia moral, como um embrião, um feto ou um moribundo. (SGRECCIA, 1996, p. 73).

O modelo pragmático-utilitarista surge a partir da incapacidade de resolução de problemas decorrentes do não-cognitismo e da fraqueza do subjetivismo na esfera social, que levaram a aumentar a atenção à intersubjetividade no plano pragmático, capaz de elaborar fórmulas de ética pública sem negar o critério individualista da norma moral. Nesse modelo há a rejeição da metafísica e uma desconfiança em relação à plausibilidade de se atingir uma verdade universal ou uma norma válida a todos sob ponto de vista moral (SGRECCIA, 1996, p. 73-4)

Aqui há um princípio básico em se calcular as consequências do agir em relação ao custo/benefício, mas não é um princípio último e fundamental de modo a se comparar bens não homogêneos, como o custo monetário e a vida humana. Não se trata de utilitarismo, não é apenas uma questão de maximizar o prazer, reduzir a dor e ampliar a esfera de liberdade. A vida não pode ser baseada em valores econômicos e biológicos para se determinar a “qualidade de vida”. Ocorre uma extrema dificuldade em realizar uma ponderação entre interesse privado e interesse social sob a óptica empírica do pragmatismo da felicidade. (SGRECCIA, 1996, p.74-5).

A capacidade de sentir prazer e dor seria condição para a qualidade de vida, desconsiderando a tutela dos interesses dos indivíduos sem capacidade sensitiva, como embriões até a formação de estruturas nervosas, os doentes em coma vegetativo. De forma paralela, esse pensamento justifica a eliminação de indivíduos sencientes cujo sofrimento ultrapassa o prazer, ou de indivíduos que causam mais dor do que felicidade aos outros, como deficientes, moribundos ou fetos malformados. Esse utilitarismo exclui o respeito por seres humanos sob algumas condições, mas, aproxima os animais dos seres humanos, de forma paradoxal, em virtude de sua capacidade de sentir dor e prazer. O pensamento utilitarista leva a pensar a vida humana em função de sua utilidade, da presença ou ausência de sofrimento, além dos critérios econômicos. (SGRECCIA, 1996, p.76).

Um doente em fase avançada de doença degenerativa neurológica, como a doença de Alzheimer, tem uma evolução inexorável e lenta para a morte, em decorrência de complicações que se acumulam com o passar dos anos. Qual é o momento de parar os investimentos em manter a vida desse paciente? Quando ele perde a consciência e passa a ter uma vida de vegetação? Essa difícil questão é um exemplo da dificuldade em auferir valores utilitaristas à vida humana, pois, ainda que em aparente sofrimento, a pessoa doente pode ter momentos de afetividade e tem sua presença no ambiente familiar preservada. O questionamento utilitarista talvez recaia na possibilidade de se tentar a todo custo evitar o sentimento de luto dos familiares com a preservação de uma vida de sofrimentos, além da evidente questão econômica de destinar recursos a um tratamento sem resultado, em médio prazo, em detrimento de tratar pessoas com melhor prognóstico sofrendo de doenças tratáveis. Não se pretende aqui discutir qual a melhor conduta, o que se defende é que, um médico que não tenha o mesmo pensamento utilitarista seja forçado a cuidar de forma a reduzir a vida de alguém em fase terminal, quando sua intenção seja a de manter cuidados paliativos e deixar a natureza agir conforme seus desígnios.

Uma ética pública voltada ao contratualismo, em que se toma por base um acordo intersubjetivo existente na sociedade ética, pode preterir os indivíduos que ainda não fazem parte dessa sociedade, como embriões, fetos e crianças, considerando-os como excluídos do contrato ético. A ética intersubjetiva envolve a ética fenomenológica que traz uma abertura de valores de forma intencional e intuitiva, baseados em nível emotivo e religioso, todavia, subjetivos. Essa fundação subjetiva emocional deseja ser uma crítica concreta, mas está mantida em alicerces relativizados e de difícil defesa para a validade universal. (SGRECCIA, 1996, p. 76).

A teoria da comunicação também é intersubjetiva e se baseia no consenso social da comunicação capaz de permitir superar o utilitarismo com sua razão calculada, abrindo caminho ao entendimento (SGRECCIA, 1996, p. 77).

A orientação principialista, com seus princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, necessita de uma fundamentação, pois não é fácil precisar o que é bem ou mal para o paciente, além da dificuldade em estabelecer hierarquia entre os princípios, como quando se compara autonomia e beneficência, não sendo explícito qual o verdadeiro bem da pessoa a que se dirigem esses princípios. (SGRECCIA, 1996, p. 77-8).

Para Sgreccia, o modelo personalista de Bioética é aquele capaz de resolver as antinomias dos outros princípios e também é capaz de trazer objetividade de valores e de normas à discussão bioética. Esse modelo tem três formas históricas: o personalismo relacional, o hermenêutico e o ontológico. (1996, p.78).

O personalismo relacional comunicativo tem como destaque a relação intersubjetiva. O personalismo hermenêutico dá atenção especial à consciência subjetiva ao realizar uma interpretação da realidade a partir de uma pre-compreensão. A forma ontológica do personalismo não afasta a subjetividade relacional e a própria consciência, baseada em uma essência existencial unificada de corpo e espírito, assim, a personalidade está atrelada a uma individualidade constituída por um corpo animado e estruturado por um espírito (SGRECCIA, 1996, p. 78-9).

A tradição personalista tem alicerces na razão e na liberdade do homem. O aspecto puramente neuronal do homem não representa sua totalidade. É necessário razão, liberdade e consciência para integrar o homem, separando-o dos animais. O homem representa um todo do sentido da humanidade, e não apenas uma parte. A pessoa humana é o ponto de preferência da sociedade, é o seu fim e sua fonte, nunca um meio. Tanto a medicina como a ética tem o homem como destino, de modo a considerá-lo em sua plenitude de valor. (SGRECCIA, 1996, p. 79-80).

Uma pessoa vale por aquilo que é e não por suas escolhas. O personalismo defendido por Sgreccia não pode ser confundido com o individualismo subjetivista, em que a capacidade de autodecisão e escolha é um fator constitutivo da pessoa mais relevantemente valorizado. (SGRECCIA, 1996, p. 80).

Para o personalismo, toda escolha, além da capacidade de escolher, envolve um contexto, um fim, os meios e os valores buscados pela escolha. A pessoa deve ser vista como uma unidade corpo-espírito, uma totalidade entre o seu valor objetivo e a subjetividade responsável por esse valor. As escolhas pessoais provem de um conteúdo de valor por elas expresso. Nesse contexto, o valor ético de um ato deve ser considerado em seu conteúdo objetivo, suas consequências e, também, sob um perfil subjetivo de intencionalidade. (SGRECCIA, 1996, p.80).

Na avaliação de uma conduta médica, o aspecto normativo e deontológico prevalece em relação ao aspecto subjetivo verdadeiro e íntimo. A ética de virtudes não pode ser um contraponto à ética de princípios, pois, na aplicação de um juízo ético, as capacidades de encarnar os valores e a sensibilidade ao valor da pessoa

decorrem de uma avaliação da consciência, inspirada na virtude. Dessa forma, mesmo se fazendo uso de um modelo paternalista, há que haver uma complementação integrada entre a fundação e o esclarecimento dos valores e das normas para sua aplicação coerente. (SGRECCIA, 1996, p. 80-1).

Para Sgreccia, na resolução de um problema bioético, três fatores devem ser levados em conta. Inicialmente, o fato biomédico deve ser precisa e cientificamente verificado. Em segundo lugar deve-se aprofundar a discussão de valores relacionados à vida, à integridade e à dignidade da pessoa humana. O terceiro fator a analisar é a importância dos valores fundamentais da pessoa humana, determinados a partir da proporcionalidade entre esses valores e a ação dos agentes em um plano individual e social. (1996, p. 82).

A abordagem deste trabalho tem como direção essa forma personalista de enfrentar o problema biótico. Isto se justifica pela forma de estudar o problema a partir da relação entre dois indivíduos, cada um com sua forma peculiar de ver o mundo e de entender aquilo que lhe é Bem. A adequação entre as vontades desses dois indivíduos seria o objetivo da ação do médico em relação ao paciente. No mais das vezes isso é obtido. O problema surge quando a vontade médica, aqui entendida como as determinações de sua consciência, se choca contra a vontade do paciente.

3.3 O Encolhimento Moral da Medicina e da Ação do Médico

Os médicos, até recentemente, estavam unidos por essa perspectiva moral interna da medicina em combinação com a perspectiva religiosa, de modo a constituir uma comunidade moral. A sociedade valorizava o papel do médico com um alto grau de respeito, considerando-o um membro privilegiado da comunidade, reconhecendo sua importância social em relação ao cuidado com os pobres, com a saúde dos trabalhadores, com a instalação de hospitais e até com a medicina forense. A importância do médico não estava ligada apenas ao seu conhecimento de tratar doenças. Entretanto essa identidade moral coletiva da medicina vem sofrendo desgaste significativo nas últimas décadas em virtude de forças sociais e culturais poderosas. (PELLEGRINO, 1990, p. 223-4).

A deterioração da medicina como uma comunidade moral traz sérias consequências para a profissão e para a sociedade. Geralmente as ações coletivas

de médicos são vistas como forma de cartelização e isso seria incompatível com uma moral médica comum. Quando a voz comunitária da medicina se cala, por vezes não sobra ninguém para falar pelo paciente, restando apenas políticas e práticas capazes de destruir a ética ou colocar em perigo o bem-estar do paciente. Atualmente, os médicos parecem se retrair em um tipo de atomismo moral protetivo que coloca a sobrevivência pessoal acima de objetivos morais. Ainda há um enorme poder moral latente na comunidade médica, mas que parece ser ignorado ou até mesmo repudiado. A falta de ação como uma comunidade moral enfraquece a medicina e retira da profissão sua significância social mais efetiva e crível, de modo a neutralizar sua capacidade de neutralizar as forças hostis que a corrompe atualmente. (PELLEGRINO, 1990. P. 224-5).

O enfraquecimento da medicina como uma comunidade moral deixa o médico isolado com suas concepções éticas e morais num embate com os interesses que se colocam no mundo atual. O médico parece estar em uma situação em que as determinações morais de sua tradição se chocam com os interesses individualistas do mercado, não havendo uma conduta correta a ser seguida, que esteja, ao mesmo tempo, em conformidade com os ditames internos e com a vontade do paciente.

A importância dirigida à liberdade individual tende ao privatismo ético, com foco em direitos negativos e pluralismo moral que não são facilmente compatíveis com uma comunidade moral. A busca por ganhos particulares e prazeres pessoais também contribui para uma inconsistência de objetivos e de legitimidade ligados a padrões sociais amplos e indefinidos. Na medicina, essa amplitude de aspectos morais separa os médicos, sobretudo em relação a assuntos cruciais da vida humana, como aborto e eutanásia. O Juramento de Hipócrates já não é mais a força de unificação que era no passado. As mudanças que se observam nas percepções morais tornam difícil escolher que preceitos morais ainda são válidos na ética médica. A ética médica atual e seus interesses têm um foco principal em dilemas morais e casos individuais e pouco se posiciona em relação a uma responsabilidade coletiva. Há uma enorme pressão sobre a ética profissional médica de modo a legitimar o lucro e a transformar o médico em um engenheiro social, empreendedor, executivo, gerente de serviços de saúde ou empregado, deixando de ser o advogado do paciente. Cada novo papel social assumido pelo médico na sociedade atual o afasta cada vez mais do objetivo primário de cuidar da pessoa doente. (PELLEGRINO, 1990, p. 224).

Casos de atos médicos em que existem evidente controvérsia e dissenso moral em relação à prática profissional são facilmente aceitáveis e geram poucas discussões quanto a sua justificativa. Todavia, nem sempre a objeção de consciência está atrelada a essas práticas evidentemente controversas. As ações e práticas médicas podem envolver relações clínicas em que uma prática é aceita de forma bem embasada pela comunidade médica, mas que, um paciente em particular, não aceita como forma de tratamento. Wicclair cita, como exemplo, o caso de um paciente com leucemia mielomonocítica que ainda pode ser submetido a tratamento quimioterápico após resposta pobre ao tratamento instituído inicialmente, mas que recusa terminantemente receber essa nova tentativa de tratamento e prefere apenas receber cuidados paliativos. (WICCLAIR, 2000, p. 207).

Não é difícil notar que há uma diferença entre aquilo que o médico considera como Bem e a noção do paciente sobre aquilo que é Bem para si mesmo. As experiências pessoais e anseios, diferentes de uma pessoa para outra, podem causar choques de opinião quanto ao que seria considerado como o melhor em uma situação problemática. As motivações morais e éticas são, como já comentadas anteriormente, variáveis de indivíduo para indivíduo.

Essa colisão de interesses morais pode surgir dentro da própria medicina, sobretudo em relação à noção do objetivo do tratamento médico. A aceitação de novos objetivos, chamada de concepção evolucionária por Wicclair, pode não se adaptar ao conjunto de concepções morais de um médico. A problemática parece estar na conciliação de concepções diferentes com o resguardo da autonomia dos autores envolvidos nessa disputa de concepções.

O pluralismo sadio, que envolve os profissionais de saúde e os pacientes e consumidores, requer uma contínua vigilância para resguardar a autonomia individual, neste caso associada tanto ao paciente quanto ao profissional. Assim, a defesa de padrões seculares de profissionalismo deve se esforçar para acomodar os valores dissidentes de profissionais objetores. Essa colisão entre moral individual do profissional e interesse pessoal do paciente trazem à discussão questões e detalhamentos de especificações relacionadas a consciência, mas deixar de considerar a consciência não resolve o problema. Da mesma forma, a defesa dos direitos de recusa baseada em critérios morais e religiosos, busca o reconhecimento de direitos que frustram os desejos daqueles que não compartilham da mesma opinião. (LUSTIG, 2012, p. 82).

Um sistema de saúde em uma sociedade que tenha uma tradição pluralista deve tentar encontrar formas de delinear de forma respeitosa, os interesses entre pacientes que demandam cuidados e produtos que sejam objetados por certos profissionais. É esperado que nenhum lado fique plenamente satisfeito, sobretudo quando se toma um posicionamento de que os ditames morais devem ser honrados sobre todas as consequências como se fossem direitos inafastáveis. A objeção em realizar procedimentos com base na consciência pode classificar os profissionais como dissidentes, gerando discussões sobre esse comportamento sem se apreciar as verdadeiras causas dessa objeção, com bases morais religiosas e legais, diminuindo a dialética necessária para se buscar ponderações entre deveres decorrentes da consciência e deveres decorrentes de justificativas morais interpessoais não decorrentes da vontade individual. (LUSTIG, 2012, p. 81-2).

Uma mudança no *ethos* da medicina, de modo a se adaptar aos interesses do mercado, legitimando o interesse próprio sobre a beneficência, poderia tornar secundários a maioria das virtudes tradicionais da medicina. De outra forma, defender de forma radical as obrigações tradicionais da medicina pode impedir o médico de realizar empreendimentos, negócios e até de exercer funções políticas fiscais, sociais e econômicas. Os questionamentos internos dos profissionais médicos podem levá-los a valorizar o ideal da profissão e ao bem-estar dos pacientes, todavia outros podem se questionar os motivos de abraçar padrões tão elevados de ética profissional para além do observado em outras profissões da sociedade. Pellegrino teme que já exista uma resposta que perpassa pela falência dos valores mais antigos da atividade médica e que se observa atualmente em uma forma de acomodação e até de desistência por parte de médicos que não conseguem manter seus valores éticos e que não acreditam que seja possível impor esses valores no mundo e no mercado contemporâneos. (PELLEGRINO, 1990, p. 222).

Os objetivos da medicina e aquilo que constitui a prática da medicina são uma convenção social, isto é, é determinada pela sociedade. A perda da importância da medicina diante de uma transformação do serviço de saúde em *commodity*, seu uso pelo mercado para gerar lucro e a exploração por empresas e corporações têm levado a uma diminuição do comprometimento do médico com o bem estar do paciente. Nessa realidade atual, assuntos de discussão moral e religiosa, como o aborto, a eutanásia, pesquisa com células tronco, dentre outros, passam a sofrer

uma influência de fatores relacionados com a utilidade, consenso geral e liberdade de escolha. A visão secular da sociedade atual, determinando aquilo que é permitido e aquilo que se proíbe, não permite a existência de outra racionalidade de mundo. O contexto social atual impõe sérios conflitos de consciência ao médico com formação religiosa, mas também ao médico que se encontram nas situações de obrigatoriedade de subverter seus conhecimentos para uso indevido por governos totalitários e interesses políticos e econômicos. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 223-4).

Dizer que a medicina é um empreendimento moral não significa que a moral aqui envolvida é somente aquela dos valores pessoais do médico, mas sim os valores da prática médica. Um valor moral pessoal do médico deve ser suficientemente forte para se oponha aos valores próprios da medicina. Um núcleo de valor ético pessoal deve ser comparado com um núcleo de valor da profissão médica ou não se pode chegar a uma discussão razoável. (WICCLAIR, 2000, p. 217).

Realizar uma comparação entre os interesses do paciente e aquele do médico é uma ingrata tarefa, pois há um choque entre direitos individuais com o mesmo grau de importância. Como a relação médico-paciente está contida em um universo tradicional da medicina e sua atividade de tratar, toda tentativa de avaliar desacordos entre médico e paciente fora desse contexto resultará em prejuízo para o médico e para o paciente. Reduzir essa relação a um mero contrato é simplificar demasiado a amplitude da relação médico-paciente. Existe ainda uma forma de entender a prática da medicina como um contrato entre a sociedade e os médicos.

Há duas explicações para as obrigações profissionais dos médicos no aspecto de contrato social. Uma é a hipotética concordância associada com a teoria de contrato ético, já estudada, e a outra é a concordância ou negociação entre a profissão médica e a sociedade. (WICCLAIR, 2008, p. 181). Uma concepção contratualista da ação médica na sociedade reque manter a ideia de uma atividade moralmente determinada.

Nessa versão do contrato social, a sociedade garante direitos e privilégios aos médicos na expectativa de que eles reconheçam certas obrigações profissionais adquiridas ao se entrar nessa profissão. Nessa tese há um contrato entre sociedade e profissão. Óbvio que não há um contrato real, mas se constitui, antes, em uma negociação social. A negociação social se corporifica em processo legislativo, códigos profissionais, regulações institucionais e outros. Essa caracterização de

negociação social costuma ser vaga e ambígua e não suporta a conclusão de que a objeção de consciência seja incompatível com as obrigações profissionais do médico. (WICCLAIR, 2008, p. 181 – 182).

Um eventual contrato social relacionado à prática da medicina deve ser levado em conta nas discussões das obrigações e privilégios da profissão médica como um todo, mas pode não ser adequada para avaliar a relação entre os indivíduos médico e paciente. Nessa relação de indivíduo para indivíduo há o confronto ou adequação de duas formas de ver a realidade e a concepção de Bem. Quando o Estado intervém, determinando obrigações ao médico que desequilibram essa relação, o profissional se encontra em situação de incapacidade de agir de forma congruente com os ditames estatais e seus ditames internos de consciência. Essa falta de uma forma adequada de agir se constitui em algo similar à anomia.

3.4 A Objeção de Consciência do Médico e o Contexto Relacional com o Paciente

As divergências entre médicos e pacientes quanto à noção daquilo que é melhor, as interferências do mercado, a incompatibilidade de interesses individuais do paciente para com a concepção moral do médico, ou para com a moral coletiva da medicina, podem ser fatores que levam o médico a recusar prestar cuidado ou realizar procedimentos em decorrência da consciência.

A objeção de consciência pode ser entendida como a recusa em realizar uma solicitação de um paciente ou seguir uma política institucional com base em razões morais. Esse conceito abrange tanto a recusa em realizar pessoalmente o cuidado de saúde solicitado como a recusa em prescrever um cuidado ou medicamento. Essa objeção deve ser embasada de forma racional de modo a ser tomada como uma justificativa para a exceção. (CARD, 2014, p. 320).

Em muitas partes do mundo, os médicos tem a liberdade de realizar a objeção de consciência na prescrição e fornecimento de serviços de saúde que são considerados legais e, algumas vezes, essenciais. Como esses profissionais não tem que explicar o motivo de sua objeção, torna-se improvável diferenciar uma verdadeira recusa por razões de consciência de uma recusa baseada em outras razões, como a mera preferência. (LORI; MCLEOD, 2014, p. 16).

A objeção de consciência acontece quando alguém se recusa em realizar uma ação ou prover um serviço justificando que, ao realizar tal ação, estará agindo contra a própria consciência. Na área de saúde, um médico exerce a objeção de consciência quando se recusa a disponibilizar recursos ou serviços que sejam considerados legais e aceitáveis do ponto de vista profissional, além de estar dentro do alcance de sua competência técnica, com a justificativa baseada em motivos de própria consciência. (WICCLAIR, 2011, p. 1).

A objeção de consciência pode ser entendida como um direito subjetivo frente a uma obrigação ou normativa legal, decorrente das relações laborais ou funcionais, tanto de âmbito público como privado, de modo a não cumprir tal determinação por razões religiosas ou filosóficas. (CASAS; DIDES, 2007. Apud: VEGA; ARAYA, 2011, p. 125-6).

A objeção de consciência se constitui, sob um prisma sociológico, em um conflito que decorre do choque entre a norma jurídica, que impõe um dever, e a norma moral, por parte do objetor, que se contrapõe ao dever. Seria uma negativa em obedecer a um mandato posto por uma autoridade legitimamente reconhecida, em virtude de um juízo moral do objetor que considera esse mandato como injusto ou delituoso. A objeção de consciência se traduz em uma motivação moral que determina ações e condutas diferentes da normatividade social imperativa em uma sociedade democrática. (SIEIRA, 2000, p. 247. Apud: VEGA; ARAYA, 2011, p. 124).

A objeção de consciência difere da simples desobediência ao direito, pois ela não se constitui em simples questionamento e não acatamento ao ordenamento jurídico do Estado sem uma justificativa racional por razões de consciência. (VEGA; ARAYA, 2011, p. 126).

Os profissionais de saúde podem se recusar a realizar algum tipo de cuidado, procedimento terapêutico ou tratamento clínico e cirúrgico por várias razões. Wicclair (2014, p. 268) cita que a recusa pode ser baseada em condições clínicas, como recusar realizar uma cirurgia para retirada de um tumor que seja considerado inoperável. O ato de recusar pode estar baseado em evitar um dano a si mesmo, como evitar fornecer tratamento e cuidados a pacientes com doenças altamente contagiosas e fatais, ou quando sofrem ameaça no caso de realizar um ato. Um profissional de saúde pode se recusar a prover um atendimento de saúde quando achar que sua retribuição pecuniária é insuficiente ou inadequada, como quando ocorre de um médico recusar em continuar atendendo pacientes de um determinado

plano de saúde. Um profissional de saúde pode recusar em prestar serviços que sejam proibidos pelos padrões e normas da profissão ou que sejam legalmente impedidos. Pode ainda um profissional de saúde recusar a prestar assistência que não seja de sua competência clínica. Por fim, um profissional de saúde pode recusar a prestar assistência à saúde por envolver procedimentos e condutas que sejam contrárias a suas convicções morais, aqui envolvidas convicções religiosas ou não.

A objeção de consciência é, portanto, uma forma de recusar a prestar uma assistência na área de saúde, seja prescrição de medicamento, ato cirúrgico ou outro procedimento, que tenha como base justificadora o fato de ser contrário aos ditames da consciência, sem ser caracterizada outra razão dentre as relacionadas acima. Essa objeção deve estar relacionada com uma assistência ou cuidado, aceitos pela atividade da profissão e legalmente permitidos, além de ser clinicamente indicado e que esteja no âmbito da competência técnica do profissional. O serviço médico objetado deve estar entre aqueles oferecidos pela instituição de saúde e ser compatível com a missão institucional. (WICCLAIR, 2014, p. 268).

Há que ser feita uma consideração a respeito da objeção de consciência, ela não decorre de um entendimento de agressão à ética simplesmente, ela vai mais além e atinge a integridade moral do médico, e essa objeção deve ser entendida como um esforço para preservar essa integridade moral. Para que a integridade moral esteja ameaçada, é necessário que o médico possua um núcleo de valores éticos, que envolvem virtudes e máximas, esse núcleo ético devem fazer parte daquilo que o médico acredita ser, isto é, fazer parte de sua integridade e concepção de si mesmo e a ação ou conduta a ser tomada deve ser incompatível com seus valores éticos alegados. Ao aceitar realizar algo incompatível com a própria consciência, o médico age com uma traição e pode perder o auto-respeito e a própria estima por si mesmo. (WICCLAIR, 2000, p. 214).

Como consequência do caso *Roe vs Wade*, que permitiu a descriminalização do aborto, surgiram, nos Estados Unidos da América (EUA), leis que permitiram ao profissional de saúde se recusar a participar ou realizar procedimentos aos quais se tenha uma objeção com base moral ou religiosa, tais como o aborto ou a esterilização. Já se contam, portanto, mais de quarenta anos de tentativas de regular e conciliar o conflito entre os profissionais de saúde com convicções religiosas e os pacientes ou consumidores que buscam a realização de procedimentos ou aquisição de produtos de forma legalmente permitida, mas que tais profissionais consideram

passíveis de objeção. Essas leis também protegem os objetores de consciência de represálias e de discriminações profissionais. Atualmente, quase todos os Estados dos EUA têm determinações legais e cláusulas que afetam, com base na objeção de consciência, cuidados e procedimentos para o término da gestação, esterilização, cuidados de final de vida, biotecnologia relacionada com células-tronco, envolvendo não somente a atenção médica, mas também outras profissões de saúde. (LUSTIG, 2012, p. 72-3).

A objeção por motivos de consciência pode ser tomada como uma forma de limitar a autonomia do paciente, impedindo-o de receber o atendimento ou tratamento desejado ou necessário. Em relação a esse argumento de que a objeção de consciência gera uma imposição sobre a autonomia do paciente e é, portanto, incompatível com o direito desse paciente, impondo a ele um grupo de crenças morais que podem não ser compartilhadas por ele mesmo, e que podem trazer custos e perda de tempo para que consiga o tratamento ou procedimento desejado, como no caso de uma mulher desejar o aborto, Kaczor (2012, p 62) refere que há dois níveis de discussão: um legal e outro moral. A legislação americana permite o aborto, mas as mesmas leis não obrigam os médicos a realizar o aborto quando estes tem objeção de consciência em realizar tal procedimento, de modo que há um embate legal, porém, neste ponto, a recusa do médico não é considerada ilegal. O aspecto moral se envolve com a violação do direito moral a realizar o aborto que a mulher tem na sociedade americana. O autor questiona se esse direito moral é um direito de liberdade ou um direito de reivindicação.

Kaczor (2012, p 62-3) explica que um direito de Liberdade envolve a condição de realizar algo, ou de não realizá-lo. Um direito de liberdade, como o direito de expressão, envolve o direito de não se expressar, e não impõe aos outros a obrigatoriedade de ajudar alguém a concretizar esse direito, por exemplo, não obrigando a uma rede televisiva a transmitir o discurso de alguém que deseja se expressar. Um direito reivindicatório, de outro lado, envolve o dever e a obrigação de outros em ajudar na concretização desse direito, como o direito de ir e vir, que condiciona aos outros indivíduos a obrigatoriedade de não restringir esse direito. Assim, o direito à vida, envolve a obrigatoriedade de os outros não atentarem contra a vida de alguém. Destarte, se o direito ao aborto envolve a obrigatoriedade de o médico realizá-lo, o direito a objeção de consciência em relação a não cometer aborto se desfaz completamente.

No entendimento de Kaczor (2012, p 63), considerar o direito da mulher a cometer aborto como um direito de reivindicação sobre o médico é o mesmo que dizer que é uma obrigação e dever do médico em realizar tal ato. Ora, essa discussão não tem fim, pois os argumentos se colocam de forma circular. A pergunta posta pelo autor, considerando a verdadeira essência da discussão, seria debater se as necessidades físicas do paciente devem ser consideradas prementes sobre as necessidades espirituais do médico.

Quando um médico objeta realizar um tratamento ou procedimento por convicções de consciência religiosa, ocorre um choque entre o direito do paciente em receber aquele tratamento específico e o direito de liberdade de consciência do médico.

Um indivíduo que tem uma fé religiosa tende a acreditar que uma obrigação, decorrente de lei que o obrigue a agir de modo contrário às suas convicções religiosas, é uma grave violação de seus direitos humanos e um atentado contra sua ética. Os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos, além de muitas constituições e outras leis tendem a proteger a liberdade de consciência religiosa, assim como condenam a discriminação. (DICKENS; COOK, 2000, p. 71).

Leis de um Estado que não permitem uma exceção de obediência que seja baseada em convicções políticas, filosóficas, morais, sociais ou de outra natureza interna, como as leis que determinam serviço militar compulsório, educação infantil obrigatória e vacinações que não sejam voluntárias, costumam permitir a não submissão com base em crenças religiosas. (ROSS; ASPINWALL, 1997. Apud: DICKENS; COOK, 2000, p. 71-2).

Uma das áreas em que a medicina mais amplia suas capacidades é a reprodução humana. A definição de início da vida e a dignidade e valor inerente ao ser humano em formação gestacional suscita reações e discussões que podem levar o médico a recusar a realização de atividades que envolvam esse aspecto particularmente delicado. Por isso, dentro da área de atuação médica, a especialidade de ginecologia e obstetrícia apresenta mais casos de objeção de consciência do que as outras. Tal fato decorre de que muitos procedimentos relacionados à especialidade tocam em pontos sensíveis a convicções éticas, morais e religiosas. Dentre esses temas controversos, é possível citar os procedimentos de aborto, esterilização humana para controle de natalidade, métodos de reprodução assistida, como a fertilização in vitro, que demanda a perda

de grande quantidade de esperma, óvulos, e mesmo embriões. Um profissional médico que se veja diante do desejo de contracepção ou de medidas para a reprodução assistida de um paciente como objetivo e interesse na área de saúde, passa por um dilema interno quando essas medidas e tratamentos não estão de acordo com sua convicção religiosa. (DICKENS; COOK, 2000, p. 72).

A atividade médica tradicionalmente teve objetivos facilmente identificáveis. A evolução técnica trouxe problemas que antes não eram enfrentados pela prática médica, pois eram apenas desejos não realizáveis dentro do campo médico de outrora. Dessa forma, a condição de imposição da biologia humana vem sendo domada, podendo ser oferecida uma solução para problemas que antes a medicina não podia gerenciar. Uma gravidez em idade tardia, para uma mulher que antes não conseguiu engravidar é razoavelmente aceita, mas quando uma mulher em idade avançada deseja a maternidade, há que se questionar os papéis sociais em relação aos cuidados dessa criança a ser gerada, pois não existe um modelo natural observável, e casos espontâneos são raríssima exceção à regra.

Em uma situação em que a objeção de consciência se torna difícil de diferenciar de uma forma discriminatória de recusa de tratamento ocorre na recusa de tratamentos de fertilidade e de fertilização in vitro para mulheres lésbicas. Quando se pensa apenas no bem estar da criança que será gerada, essa recusa deve ser comparada com o auxílio reprodutivo para mulheres com câncer e para mulheres muito idosas. A crença de que uma criança deve ser criada por um pai e uma mãe, pode levar o profissional a considerar que a chance de perder um genitor precocemente seja uma exposição da criança a uma situação de degradação. Todavia, a decisão de recusar o auxílio reprodutivo de uma mulher lésbica pode revelar a mesma preocupação para com a criança, mas, não se pode definir até que ponto esta preocupação não está fundada em conceitos preconceituosos a respeito de uma criança ser criada por um casal de mulheres lésbicas. Talvez a comparação de decisões e de prestação de serviço para com mulheres heterossexuais solteiras ou sem um companheiro ajude a determinar até que ponto se está diante de uma objeção de consciência ou de mera discriminação. (WICCLAIR, 2011, p. 98).

O choque de interesses, decorrente dos objetivos de saúde desejados pelo paciente e as convicções do médico parecem criar um senso crescente de necessidade de proteção dos direitos de consciência do médico. Essa proteção do direito de consciência do médico pode ser facilmente acomodado em uma sociedade

quando não há comprometimento do direito do paciente em ter acesso ao tratamento necessário e desejado por parte de outro profissional que se disponha a executá-lo. Todavia, em alguns países e localidades a objeção de consciência está tão disseminada que facilmente obscurece o direito do paciente em receber o tratamento a que precisa ou deseja, deixando o indivíduo com opções de tratamento reduzidas e até mesmo sendo exposto a riscos relacionados à saúde. (DICKENS; COOK, 2000, p. 72).

Há situações em que um procedimento objetado por um médico, como o aborto, passa a ter uma reconfiguração de objetivo. Por vezes, o Bem desejado ou buscado pelo paciente não está em desacordo com a noção de Bem do médico e aquilo que se considera razoável dentro dos objetivos da medicina. O aborto pode ser necessário para a manutenção da vida da mulher gestante, não estando relacionado com o objetivo de se livrar de uma gestação indesejada.

Não há que se falar em objeção de consciência relacionado à interrupção da gravidez em situações em que existe evidente risco de saúde ou de vida para a mulher grávida, como no caso de uma gravidez ectópica, assim como não pode ser considerado esterilização a retirada de testículos de um homem que tenha um tumor canceroso. (DICKENS; COOK, 2000, p. 72).

Na América, a proteção legal da recusa profissional, baseada em bases religiosas e morais, contrasta com a permissão legal de procedimentos, serviços e produtos médicos que são recusados com essa justificativa. Esse jogo de interesses, entre o direito de o paciente ter acesso ao serviço ou produto e o direito do profissional de recusar o fornecimento ou realização de serviço de saúde por reivindicação da própria consciência, decorrem do pluralismo existente na sociedade contemporânea. Nessas situações conflituosas os secularistas apontam para a responsabilidade profissional como uma força cogente contra a argumentação e recusa moral na premência sobre os direitos individuais dessa recusa em virtude da consciência. (LUSTIG, 2012, p. 73).

Para Pellegrino (2002, p. 226), a liberdade de consciência é um direito moral. O axioma primário de uma vida moral é fazer o bem e evitar o mal, isso cabe para todas as teorias de bem e de mal que se assuma, absolutismo moral ou relativismo, deontologista ou utilitarista, ou um construcionista social ou comunitário. Atualmente o termo “valores” vem sendo usado com o rótulo de bom ou mal, ou moralmente

correto ou errado. Os valores parecem substituir termos como princípios, deveres, virtudes, levando a um entendimento subjetivo do termo.

A consciência do médico é formada pelas suas convicções sobre o que é certo e o que errado, tanto como profissional quanto como pessoa humana. Essa consciência médica sempre foi protegida contra os abusos de tiranos, da lei, dos costumes e dos outros profissionais médicos. Atualmente, com a secularização da sociedade e com as mudanças observadas na relação médico-paciente e naquilo que se considera como finalidade da medicina, a objeção de consciência passou a ser alegada pelo médico na proteção de sua liberdade de consciência. A objeção baseada em aspectos da consciência não deve ser entendida como uma forma de impor ditatorialmente a vontade do médico no direcionamento do tratamento, o respeito pela autonomia do paciente não mais permite esse tipo de conduta. (PELLEGRINO, 2002, p. 223).

A noção de bem de Aristóteles é compatível com o pensamento de Pellegrino, pois o médico desenvolve a sua noção de Bem a partir de sua história de vida no contexto de sua tradição cultural, envolvendo conceitos éticos e morais sociais e familiares.

Como exemplificação, não é difícil pensar em uma justificativa para a objeção de consciência de um médico em caso de ser solicitado um suicídio assistido. As pessoas em geral não têm um consenso moral, nem os profissionais de saúde o têm. Mesmo no estado americano do Oregon, onde essa conduta é aceita por determinação legal (*Death With Dignity Act*) desde 1994, os médicos a consideram controversa, alguns a consideram imoral, enquanto outros acreditam que essa conduta viola os padrões profissionais éticos. Resta uma controvérsia moral, onde tanto a tolerância dessa prática quanto a aceitação da objeção de consciência tem seus defensores. (WICCLAIR, 2000, p. 206).

Quando o médico deixa de realizar um tratamento ou procedimento baseado na própria consciência, surge um comportamento profissional indesejado pelo paciente, ou não aceito pela ética profissional, ou mesmo pelo ordenamento cirúrgico. Assim, as consequências de uma recusa do médico, com base em motivos de consciência, podem ser de natureza ética e legal no comprometimento do profissional. O aspecto ético está ligado aos códigos de ética e de conduta que existem em quase todos os países. O juramento de Hipócrates, que inicialmente proibía o aborto, é um exemplo ancestral de código de conduta que ainda hoje é

utilizado como referência. Em alguns países esse juramento é proferido de forma adaptada e deixando certas proibições, como o veto ao aborto, a critério da concepção moral de cada médico, dando um caráter mais secular a esse juramento. (DICKENS; COOK, 2000, p. 73).

Alguns autores consideram apenas o aspecto pragmático da atividade médica e sua evolução mais recente, guiada pelo desenvolvimento científico e técnico. Desconsiderar a história e a tradição médicas, além de não atentar para a consciência do médico e suas concepções de ética e moral pode simplificar um conflito entre o médico e o paciente a uma mera questão de vontade e autonomia.

Nesse sentido, para Doyall (1994. Apud DICKENS; COOK, 2000, p. 73), a orientação baseada em consciência espiritual não deveria ser uma determinante na atuação médica mais contemporânea, que tem um viés de cientificidade e secularidade mais evidente. O médico pode usar de subterfúgios de modo a impor suas convicções ao tratamento do paciente. A objeção do médico apresenta, pois, um confronto ético diante do princípio de respeito ao paciente, principalmente à sua autonomia e autodeterminação. O encaminhamento a outro profissional não objetor seria uma forma de minimizar esse dilema.

Os aspectos legais relacionados à negligência e abandono determinam uma conduta protetiva do médico para com o paciente que está sob seu cuidado. É esperado que quando exista algum impedimento à continuidade do tratamento, que o paciente seja adequadamente referenciado a outro profissional com perícia no tipo de atendimento necessário. Os motivos de encaminhamento mais comuns são a superlotação de um serviço de saúde ou a existência de uma condição de saúde que não seja da competência do médico para realizar o tratamento, como aquelas que são de outra especialidade. A objeção de consciência seria uma outra causa de encaminhamento a ser considerada. (DICKENS; COOK, 2000, p. 73).

A liberdade profissional é exercida de forma diferente entre médico profissional liberal e o médico empregado. As próprias obrigações trabalhistas já são capazes de reduzir a capacidade de escolha e determinação do médico, uma atuação como servidor público determina ao médico a obrigação de exercer uma função exigida e delimitada pelo Estado.

Alegar a objeção de consciência por um médico que trabalha de forma independente em clínica e consultórios privados é mais fácil, pois pode haver uma previsão contratual prévia sobre os impedimentos de razão ética, moral ou filosófica

na prestação dos serviços de saúde, mas muda completamente de aspecto quando se trata de um profissional empregado. As responsabilidades decorrentes das relações de emprego podem tornar extremamente estressante a justificativa da consciência na recusa em prestar um atendimento médico e realizar procedimentos incompatíveis com a moralidade interna do profissional. (DICKENS; COOK, 2000, p. 72).

Um maior problema relacionado à objeção de consciência ocorre quando o médico considera que o encaminhamento de um paciente a outro profissional capaz de realizar sem objeções um tratamento recusado por razões de consciência do médico inicialmente procurado. Há um risco de o médico, por convicções de foro íntimo recusar também o encaminhamento, e até deixar de informar a opção de tratamento a que ele se recusa, como uma opção dentre as possíveis soluções para o problema médico que se tenta tratar, opção essa que poderia ser do interesse do paciente.

Nesse entendimento, Lawrence e Curlin (2007, p. 10) referem que desacordos relacionados à possibilidade de os médicos seguirem seus ditames de consciência frequentemente se relacionam com opiniões religiosas. Essas orientações religiosas podem fazer com que o médico assistente deixe de considerar certos procedimentos, que não são permitidos pelo seu credo, como possivelmente desejados pelo paciente, evitando mesmo encaminhá-lo a outro médico que possa realizar o tratamento sem objeção de consciência.

O médico tem o direito de decidir a quem tratar e o paciente deve decidir de quem receber cuidado médico. As obrigações morais do médico para aqueles que não são seus pacientes só encontra exceção nas situações de emergência. Havendo tratamentos ou serviços que o médico se recusa a praticar, essa informação deve ser divulgada para evitar o aborrecimento de pacientes procurá-lo em busca destes tratamentos. Quando o médico encaminha um paciente que deseja um tratamento ao qual se obsta em realizar, não estará em cumplicidade com a relação advinda desse paciente com o médico referido, ainda que seja ilegal ou negligente por parte do médico que o acolhe. (COOK; DICKENS, 2006, p. 337).

Os médicos seculares são mais abertos ao fato de um médico realizar correta e ampla informação, deixando as opções para decisão do paciente, ainda que a decisão envolva conduta objetada pelo médico, que, neste caso, deveria encaminhar a um médico que realize o tratamento ou serviço desejado sem qualquer

constrangimento (CURLIN, F.A. et al., 2007. Apud: LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 10).¹

Nos serviços de saúde estruturados de países desenvolvidos, pacientes que tenham a indicação de realizar um tratamento que esteja disponível em sua região, mas que pode ser obtido em outra localidade, podem ser encaminhados com a cobertura dos custos decorrentes desse encaminhamento, incluindo despesas médicas, de traslado e de acomodação, estando também cobertas as despesas de um familiar acompanhante. (DICKENS; COOK, 2000, p. 73-4).

A consciência do médico, como já se referiu, pode estar entre os motivos que levam um indivíduo a tomar essa profissão. Nessa escolha, a consciência religiosa tem grande influência, sobretudo quando se pensa na finalidade altruísta da prática médica. As limitações de atividade a que o médico pode se impor por questões de consciência que pode ter impacto na evolução da proteção dos interesses dos pacientes. Para Cook e Dickens (2006, p. 337), o direito do médico em se recusar a participar de procedimentos que ofendam sua consciência parece ser incompatível com os direitos que os pacientes têm em receber os tratamentos indicados pela medicina e que sejam protegidos pela lei. O objetivo primeiro da medicina é de dar tratamento aos doentes, e essa deve ser considerada a primeira consideração do médico. Para alguns médicos, o compromisso de ajudar seus semelhantes através de seus conhecimentos tem inspiração religiosa, como uma vocação, e constitui sua forma particular de trilhar o caminho de sua salvação. A tensão decorrente do choque entre as convicções religiosas e os procedimentos indicados pela medicina se configura em profundo conflito de interesses. O médico que se vê diante desse conflito busca uma resolução na própria conduta médica, mas esse conflito ético pode ser evitado através de uma acomodação mútua.

Pellegrino (2002, a, p. 221) discute sobre a dificuldade em se aceitar impedimentos de consciência religiosa em um mundo em que o secularismo determina a tônica das relações. Para o autor, o dilema social do conflito de consciência se torna mais evidente e agudo quando profissionais da saúde têm

¹ É importante referir que os termos “médicos seculares” e “médicos religiosos” usados pelos autores americanos citados nesse trabalho não tem, aqui, uma conotação de médicos de serviços ou ordenações religiosas em oposição aos médicos sem qualquer compromisso religioso. Para esse trabalho, deve-se entender como “médicos religiosos” aqueles que tem condutas e convicções internas derivadas de um eixo de pensamento ligados a alguma forma de religião, enquanto os “médicos seculares” são aqueles compromissados com uma abordagem tradicional mais voltada para os aspectos científicos da prática médica, sem deixar grande envolvimento de convicções religiosas na sua atuação profissional.

fortes convicções religiosas que são incompatíveis com o exercício de algumas tarefas profissionais por motivos de compromisso de convicções de consciência. A problemática que se coloca é assegurar o direito à liberdade de consciência do profissional em uma sociedade secular comprometida com o relativismo moral, com a autonomia pessoal e com os compromissos implícitos em pacto social que determina e exige certas condutas desse profissional. É necessário questionar a possibilidade de um profissional se recusar a prestar um serviço de saúde ou se deve haver uma previsão dessa situação com mudanças de políticas públicas.

Para Pellegrino (2002, a, p. 229-30), a relação médico-paciente sofre modificações com os envolvimento ético, interpessoal e negocial do mundo moderno. Tais influências sobre o relacionamento entre médico e paciente podem levar o profissional a ter dúvidas quanto a melhor conduta a tomar. A natureza da relação médico-paciente não tem hoje o mesmo consenso que já teve no passado, cristalizado no juramento de Hipócrates. Hoje se questiona o quanto dessa relação pode ser transacionado, até onde os valores do paciente podem ser sobrepostos às crenças do médico, e aquilo que se considera mais importante, o Bem do paciente ou o Bem social. Nos dias de hoje, os médicos não conseguem mais discernir objetivamente o que é moralmente permissível e o que é contraditório na relação com o paciente, tornando difícil decidir por qual ação deve agir de forma prática de modo a não ter conflitos de consciência.. A situação exposta por Pellegrino se coaduna com a situação de anomia já comentada.

A própria noção dos procedimentos e condutas que constituem uma boa prática médica não está bem esclarecida. A avalanche de conhecimentos científicos de que a medicina se apropria no agir de tratar e curar seus doentes torna difícil definir se ela é mais uma *tékhnē* ou uma forma de arte baseada em conhecimento e capacidades voltadas para a saúde. Parece que não se trata de simples aplicação técnica, pois se observam variáveis na forma de tratar e de aplicar o conhecimento. Poucas vezes a medicina se apresenta de forma unânime. Os profissionais médicos diferem, sobretudo em suas consciências, sobre a validade de um tratamento mais moderno em relação ao antigo. Opinam de forma divergente a respeito de métodos de diagnóstico complementares. Todavia, apesar das divergências técnicas e científicas, os médicos que professam uma boa prática, mantém sempre em foco os melhores interesses dos pacientes. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 230).

Paradoxalmente, a moralidade secular, com a justificativa da tolerância e liberdade religiosa, transforma-se em uma forma de ortodoxia, na qual os valores baseados em preferências pessoais e na escolha moral, compreendidos como procedimentos democráticos, se ajustam a uma economia de mercado do cuidado de saúde de modo a excluir o pensamento religioso. Essa neutralidade de políticas públicas acaba por se revelar pouco democrática quando não aceita posicionamentos daqueles que tem uma consciência bem determinada em direção a um conjunto de crenças, tornando-os sectários intolerantes. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 232).

O amplo dissenso e os vários discursos existentes na sociedade contemporânea torna o secularismo uma resposta plausível ao questionamento da pluralidade de crenças religiosas e morais. Como não existe sistema moral ou religioso de aceitação universal, acredita-se que nenhum deve ser o dominante. Nessa sociedade atual de liberalismo político, todos tem o direito de expressar seus pensamentos e convicções, e cada um deve respeitar os pensamentos e convicções alheias. As decisões, entretanto, devem ser tomadas em relação às políticas públicas em áreas de grande discussão como a saúde e os aspectos da vida humana. A tecnologia associada à medicina trouxe uma miríade de possibilidades de procedimentos e ações sobre o início da vida e também sobre seu término. Todas as fases da vida humana passam a ser manipuladas e passíveis de controle biológico. A licitude desses procedimentos pode ser discutida com base na consciência individual. A objeção de consciência serve, neste mundo moralmente plural, como proteção para aqueles que divergem da maioria. A solução trazida pelo pensamento secular tem gerado, cada vez mais, conflitos de consciência na área médica. (PELLEGRINO, 2002, a, p. 230-1).

Para Pellegrino (1990, p. 227), o conhecimento médico é valorizado pela sociedade. Para o autor, o conhecimento médico possui características que geram obrigações àqueles que o detém. O conhecimento prático de tratar doenças não é um conhecimento que se adquire apenas para o próprio uso. Esse conhecimento é adquirido a partir dos privilégios que a sociedade outorga ao ensino médico, como, por exemplo, permitindo a invasão de privacidade dos doentes que o ensino médico necessita. Os privilégios que a sociedade deposita no ensino da medicina não tem preço e não é um bem de consumo qualquer. O investimento que os governos

fazem na educação médica tem por objetivo o suprimento contínuo de pessoal médico, e não prover uma vida tranquila e de boa remuneração ao médico.

Os médicos têm o privilégio do monopólio do exercício da medicina a partir de estudos específicos e padrões de prática. A coletividade assume a responsabilidade de manter o conhecimento médico acessível e disponível. O médico age como um servo da medicina e não como explorador do conhecimento nele depositado. O médico deve proteger seu conhecimento, aprimorá-lo e ensiná-lo, tornando-o disponível aos outros. . (PELLEGRINO, 1990, p. 228).

Wicclair (2008, p. 182) também discute a relação de obrigação do médico para com seu paciente, mas não considera que seja uma relação absoluta. Dessa forma ataca a crítica de que a objeção de consciência é incompatível com a profissão médica. O juramento médico, diz-se, gera uma obrigação ética de prestar todos os serviços dentro de um alcance normal, desse modo, se alguém não pode cumprir as necessidades solicitadas em sua formação ou especialidade, esse alguém não devia escolher essa formação. Esse modelo também falha em dar suporte à tese de incompatibilidade, por várias razões. As especialidades e subespecialidades médicas podem ter divisão de trabalho. Um ortopedista pode ser especializado em pé, e ser mais especializado em apenas um tipo de cirurgia. Não se trata de negar cuidados ao se recusar realizar um tratamento específico. Cada especialidade tem um núcleo de atuação. Os obstetras e ginecologistas podem realizar partos, mas nem todos o fazem. Talvez o núcleo de ação dessa especialidade seja realizar exame pélvico. Adentrar em um campo de atuação especializado não significaria assumir a obrigação de realizar todos os tratamentos inerentes àquela especialização, de modo que seja impossível acomodar objeções éticas ou religiosas.

A responsabilidade do médico em agir de modo a preservar os interesses do paciente sofre influências de outros interesses. Pellegrino (1990, p. 228) comenta que a ação médica é o caminho comum de tudo o que ocorre com o paciente e ao médico cabe determinar procedimentos que são realizados de modo a se chegar ao objetivo de cura ou tratamento do paciente. Por tudo isso o médico se transmuta na salvaguarda do bem estar do indivíduo que deposita nele a confiança de sua saúde e vida, acreditando que suas decisões não estarão eivadas de interesses contraditórios em relação aos interesses e objetos da profissão. O médico não consegue agir de forma dupla, pois quando os interesses do paciente estão em

conflito com aqueles de instituições hospitalares, econômicas ou políticas, cabe a ele agir a favor ou contra o paciente. A responsabilidade final recai sobre o médico com toda sua cumplicidade para com o paciente.

Wicclair (2000, p. 208 - 209) acredita que, nas situações de recusa médica justificada pela consciência, ocorre um choque de direitos de autonomia. O autor informa que, apesar de não haver um consenso genuíno na maioria das discussões éticas médicas, há uma visão prevalente no mundo ocidental sobre a importância da autonomia, segundo a qual um paciente pode se recusar a receber um tratamento e os médicos teriam a obrigação ética de aceitar essa recusa, desde que o paciente seja competente para tomar essa decisão. Entretanto, ao lado dessa visão prevalente, ainda que não haja um endosso científico qualificado na sua defesa, começa a ser comum reconhecer a objeção de consciência. Em uma situação de recusa do paciente por um tratamento possível de trazer a cura, ainda que em percentual pequeno, determinada por estudos e pesquisas médicas, coloca o médico em uma situação de embate moral: deve seguir a visão prevalente que defende a autonomia do paciente ou deve seguir seus preceitos científicos que estão em consonância com o objetivo de cura? Wicclair também questiona se essa seria uma boa razão para se reconhecer a objeção de consciência do médico.

Por vezes o princípio do respeito à autonomia é citado como um embasamento para a objeção de consciência na medicina, pois, apesar desse princípio ser costumeiramente associado a um direito do paciente em recusar uma conduta médica, ele não se aplica somente a essa situação, ele também pode ser simetricamente aplicado ao médico. O respeito à autonomia do médico se torna incompatível quando ele se vê forçado a realizar condutas e tomar decisões que não encontrem embasamento em sua formação ética. Entretanto o respeito ao princípio de autonomia do médico é muito amplo se aplicado de forma irrestrita, apenas alguns tipos de razões podem servir como base para a objeção de consciência, e dentre eles, as razões de embasamento ético e religioso. Uma razão para ser sopesada diante do princípio de autonomia do paciente deve ter como base um valor, um peso, enfim, que seja capaz de justificar a objeção de consciência. (WICCLAIR, 2000, p. 212).

A tolerância da diversidade moral parece estar na base do reconhecimento da objeção de consciência do médico. As sociedades democráticas pós-industriais tem a diversidade moral como um princípio que determina que não há um substrato

moral comum a que se submetam todas as diferentes visões dos indivíduos. (WEAR; LAGAIPA; LOGUE, 1994. Apud: WICCLAIR, 2000, p. 210).

Há certo paradoxo que decorre da tolerância ao individualismo e da pluralidade permitida e defendida na sociedade, pois a acomodação de interesses antagônicos que superam a esfera pessoal obrigatoriamente causará algum tipo de consequência a outro indivíduo. Determinar qual é o limite na aceitação do exercício da pluralidade pode ser reconhecido como uma forma de intolerância, e essa intolerância limita a aceitação da pluralidade. É necessário que, nas situações em que a decisão de recusa de agir de um médico determine algum tipo de prejuízo ao paciente, uma ponderação de direitos em choque seja feita.

3.5 Acolhimento e Limitações da Objeção de Consciência do Médico

Nos Estados Unidos, o mais precoce reconhecimento da objeção de consciência em documento legal ocorreu em 1973 no caso *Roe vs. Wade*, em que a Suprema Corte Americana aboliu leis de proibição do aborto, mas manteve uma cláusula de consciência para a recusa do médico em realizar práticas abortivas e de esterilização. No Reino Unido, desde 1967, já existe uma cláusula de objeção de consciência permitindo aos médicos recusar a participar de procedimentos de finalização de gravidez no *Abortion Act*. (WICCLAIR, 2000, p. 206).

Os princípios dos Direitos Humanos protegem os interesses tanto dos pacientes como dos outros indivíduos envolvidos no atendimento de saúde. Dessa forma o médico pode resguardar sua objeção de consciência, mas deve informar ao paciente sobre formas de tratamento legalmente permitidas que não sejam realizadas por ele, tanto de seus pacientes, como daqueles a que não venha a se tornar o médico responsável. Os médicos de atuação privada habitualmente não são responsáveis por aqueles que não aceitaram como pacientes, desde que essa recusa não seja decorrente de discriminação, não devendo se considerar a objeção de consciência como uma forma discriminatória. (DICKENS; COOK, 2000, p. 73).

As diversidades de definições causam um grande número de desacordos sobre a aplicação da consciência na medicina, podendo se depreender algumas respostas aos embates. A primeira delas é considerar que uma tradição moral é superior a uma outra, levando a tentativas de persuasão e de convencimento de superioridade racional de um entendimento sobre o outro. Uma tradição moral, para

ser considerada válida, deve ter uma consistência interna e persistir por uma duração temporal que determine princípios específicos que não sejam atacados pelos céticos. Como uma tradição moral não costuma apresentar essas características de forma comum, além de coexistirem várias tradições no mundo contemporâneo, essa tentativa de comprovação de uma superioridade costuma ser frustrante. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 13).

Uma segunda tentativa de resolver os choques entre as ideias nesse campo seria simplesmente retirar o pensamento religioso do campo de discussão. Todavia, a desconsideração do aspecto religioso para justificar a tomada de decisões pode inviabilizar a prática médica, uma vez que se considere o peso da tradição religiosa na sociedade e na classe médica. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 13).

Uma terceira forma de lidar com o problema seria tecer debates a respeito do significado da ação médica e de seus objetivos. Esse debate não resolveria os conflitos, mas reduziria a falta de satisfação na prestação de serviços médicos ao se reconhecer as tensões e os desacordos existentes e tentar chegar a um ponto mediano de acordo. Para isso, os participantes nesse debate devem especificar suas definições de consciência e o modo com que chegam a sua decisão. Nos debates devem ser levados em conta os aspectos religiosos e filosóficos, de modo a se criar políticas públicas que ajudem a reduzir as implicações nos embates de consciência e tomada de decisões. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 13).

Card defende que uma forma moderada de abordar os conflitos advindos do exercício da objeção de consciência seria uma forma de avaliar a razoabilidade. O profissional pode ter sua condição de objetor garantida se ele demonstrar que sua recusa é baseada em razões minimamente razoáveis. A crítica a essa forma de abordagem é que ela poderia ser pouco prática diante da dificuldade em se determinar o peso e o valor da consciência na prática médica, gerando mais desacordo. (CARD, 2014, p. 321).

Card se questiona o que seria uma crença razoável, passível de discussão. Busca resposta em Marsh (2014. Apud: CARD, 2014, p. 321) que afirma que “uma recusa razoável consiste em argumentos filosóficos para [justificar] a verdade de alguma instância moral ou, pelo menos, para apelar para que essa instância possa ser razoavelmente afirmada”. Essa tentativa de justificar um entendimento moral a partir de uma moralidade, que não é compartilhada pelos outros, torna muito difícil convencer alguém de que sua visão ética ou religiosa é a correta. Marsh também

refere que defender uma visão moral ou metafísica com argumentos é pouco convincente para com alguém que já tem uma controvérsia com as ideias defendidas.

Contra os argumentos de Marsh, Card (2014, p. 321) informa que evidência e verdade são coisas diferentes. Para alguém que alega uma crença ou conjunto de crenças, esta justificativa é apenas o suporte para solicitar que sua objeção seja aceita e respeitada. Desta forma, a razoabilidade se relaciona não apenas com o aspecto razoável intrínseco da crença que justifica a objeção, mas também com o peso que essa crença possa ter diante das obrigações e deveres da profissão médica em relação ao cuidado com os pacientes. Assim, o interesse na evidência, de forma oposta a verdade, tem grande importância, pois somente comprovando que para garantir a exceção da prática em virtude da consciência haja um balanço razoável entre os deveres do profissional e os interesses do paciente em receber o cuidado necessário, e em tempo hábil, é que se deve resguardar a objeção de consciência ao médico.

A objeção de consciência tem um caráter estritamente pessoal, em essência não busca mudar a concepção dos outros, mas apenas invocar a crença mais profunda de uma pessoa para evitar tomar parte em uma ação que lhe seja moralmente oposta. A visão de razoabilidade defendida por Card (2014, p. 321-2) não exige que o profissional que alega objeção de consciência convença aos outros de suas crenças sinceras, pois as justificativas íntimas que levam à objeção não podem ser confundidas com a objeção em si. Isso não torna a objeção uma simples alegação de foro íntimo, ela deve ser capaz de ser explicada e racionalizada dentro de sua própria racionalidade.

Para que se avalie a racionalidade da crença, moral ou religiosa, que sustenta uma objeção de consciência, é necessário que se examine os fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos na situação objetada. Os fatores intrínsecos são aqueles relacionados à crença do objetor, enquanto os extrínsecos são aqueles que avaliam as circunstâncias em que a objeção será exercida. (MARSH, 2014. Apud: CARD, 2014, p. 322).

Os fatores intrínsecos de avaliação de uma objeção envolvem a sinceridade da crença que deve embasar o apelo de objeção, de modo a se diferenciar a objeção baseada em consciência de um mero desacordo em relação a opção do paciente. Card (2014, p. 322) também defende que um fator intrínseco a ser

considerado é que esse acreditar, que justifica a objeção, deve estar em relação com dados empíricos avaliáveis. Essa avaliação empírica significa que os dados e situações observáveis devem se relacionar com as razões éticas, morais ou religiosas da objeção, de modo a não se confundir com outras formas de objeção. Um exemplo de utilização de dados empíricos ocorre quando um médico recusa a aplicação de técnicas de reprodução assistidas em uma mulher. Uma objeção baseada em razões clínicas, como um grande risco de morte da paciente em caso de engravidar, pode justificar uma objeção em realizar procedimentos de reprodução assistida com fundamentos clínicos e éticos, relacionados à própria prática médica. Todavia, se o médico se recusa a realizar auxílio reprodutivo em uma mulher em virtude de ela ser solteira, e o médico acreditar que uma criança deve ser criada em um lar com pai e mãe, e que essa gravidez é moralmente errada, haveria aqui uma situação de objeção baseada em consciência.

Os fatores extrínsecos da avaliação da razoabilidade da objeção decorrente da consciência, segundo Card (2014, 322-3), incluem: 1) o fato de uma objeção médica baseada em consciência não causar ausência de cuidados ou dano injustificado ao paciente; 2) não evidenciar uma aparente posição de inconstância do médico, devendo respeitar a hipossuficiência do paciente na relação; 3) não se fundamentar em crenças discriminatórias, e 4) não deve violar o dever de cuidado, sobretudo em situações de emergência ou de necessidade de ação imediata.

Card (2014, 32) considera, ainda, um quinto fator ou condição extrínseca na avaliação da razoabilidade de uma objeção do médico. Essa condição é que a objeção de consciência requer um peso a mais na comprovação das justificativas, as quais devem ser comparadas com a prestação consciente de cuidados. Uma necessidade de cuidados envolve uma racionalização e ajustes de consciência, através de contínua avaliação e revisões de razões e padrões. Se uma mulher procura um médico para realizar aborto de forma eletiva, que pode ser realizado por um esvaziamento uterino por intermédio de procedimento de curetagem, não implica que esse procedimento deve ser recusado quando sua finalidade for tratamento de alguma complicação que possa acontecer após um aborto espontâneo, ou mesmo provocado, em que a ação do médico tenha por finalidade o tratamento e a prevenção de graves danos à saúde.

Essa insegurança em determinar a verdadeira razão da objeção leva alguns autores a defender a verificação das bases morais ou religiosas do profissional que

suportam a alegação de objeção por motivos de consciência. Lori e McLeod (2014, p. 16) dividem os posicionamentos relativos à comprovação das justificativas em dois grandes grupos: aqueles que buscam provar a sinceridade e aqueles que buscam provar a razoabilidade da justificativa da objeção.

Na busca de comprovar a sinceridade da justificativa da objeção, o profissional médico deve mostrar que a crença que o leva a recusar a realizar algum cuidado está fundamentada em convicções morais ou religiosas às quais ele deve se ater sob pena de lesão ao seu bem estar mental. O que se busca é provar a veracidade e a sinceridade das razões de consciência. (MEYERS; WOODS, 2007. Apud: LORI; MCLEOD, 2014, p. 16).

Card está, portanto, entre os autores que acreditam que a base da objeção de consciência deve ser avaliada quanto a sua razoabilidade e justificativa nos casos em que se aplica. (CARD, 2007, p. 13. Apud: LORI; MCLEOD, 2014, p. 16).

Wicclair (2011, p. 34-6) descreve três formas de abordar o problema da objeção de consciência na área da saúde: o absolutismo da consciência, a tese de incompatibilidade e o compromisso. O absolutismo da consciência defende que o profissional de saúde não está obrigado a prestar qualquer serviço que lesione sua consciência, assim como não está obrigado a encaminhar ou facilitar o tratamento do paciente para um profissional que possa prestar o serviço necessário ou desejado. O absolutismo de consciência, dessa forma, protege o profissional de exercer qualquer atividade direta ou indireta relacionada com algo contrário às suas convicções.

A tese da incompatibilidade é o oposto do absolutismo da consciência. Segundo essa tese, a recusa em prestar um serviço ou tratamento que seja legal e esteja entre os procedimentos aceitos pela profissão, está em total desacordo com as obrigações profissionais. Para Wicclair (2011, p. 85-6), tanto o absolutismo da consciência como a tese de incompatibilidade não atendem à correta proteção dos interesses do paciente e da consciência do profissional médico. O autor propõe uma terceira forma de abordagem e avaliação, chamada de abordagem de compromisso, que defende que a recusa de consciência do médico pode ser acomodada em uma relação desde que algumas obrigações éticas profissionais sejam protegidas, de modo a não haver prejuízo ao paciente e resultando em um balanço razoável entre a integridade de consciência do médico e as necessidades de cuidado do paciente.

Existe certa controvérsia a respeito da necessidade de os médicos justificarem as razões de suas objeções com bases morais ou religiosas, não havendo outra necessidade além de advertir o paciente que o profissional não realiza tal tipo de cuidado ou serviço. Lori e McLeod (2014, p. 16-7) também se posicionam entre os autores que acreditam que a objeção de consciência deve ser justificada pelo profissional que recusa uma prestação de serviço médico sob essa alegação. Entretanto, para esses autores, a simples comprovação da sinceridade da justificativa moral é insuficiente, e a busca por comprovar a razoabilidade da justificativa é excessiva. Para esses autores, a integridade moral da profissão médica necessita que uma eventual recusa de tratamento com base em convicções de consciência deve ser apreciada. Comentam ainda que a oposição a toda e qualquer forma de objeção, independente da justificativa e do eventual dano que venha a ser causado por essa negativa, é uma falha grave em se desconsiderar a importância da esfera moral, sobretudo sobre a ação de pessoas que trabalham envolvidas com os problemas da vida e da morte.

Apesar da tolerância da diversidade moral parecer plausível em relação a temas contenciosos, como o aborto e o suicídio assistido, ela é mais discutível quando se relaciona a padrões mais estabelecidos, como o princípio da autonomia do paciente e sua capacidade de recusar determinado tratamento médico. Se levada a um extremo, a tolerância da diversidade moral significaria que o médico nunca estaria obrigado a seguir padrões éticos que ele rejeitasse. Dessa forma se depreende que a objeção de consciência do médico não será aceita se ela exigir uma neutralidade de valores ou se ela não estiver alinhada com nenhuma estrutura de padrão ético ou moral prévia. Wicclair (2000, p. 211) comenta que a neutralidade de valores pode ser até recomendada para os governos de democracias liberais que respeitam a pluralidade, mas não é um objetivo apropriado de ser aplicado à medicina.

A tolerância da diversidade moral também requer uma justificação sobre o motivo dessa diversidade ser tolerada, e na medicina, a tolerância aos apelos da consciência também devem ser justificados. (WICCLAIR, 2000, p. 211).

A objeção de consciência não pode se uma espécie de documento em branco que permita ao médico agir da forma que melhor se adaptar a suas concepções éticas e morais. Outros valores e interesses devem ser analisados, como a eficiência da instituição de saúde, a autonomia do paciente, a dignidade humana do enfermo.

Wicclair (2000, p. 218) cita que, de acordo com os padrões americanos, quando um médico se opõe a uma conduta exigida pelo paciente por motivo de objeção de consciência, há uma facilitação na transferência do paciente aos cuidados de outro profissional, mas, em havendo uma possibilidade de se antever um embate moral entre a vontade do paciente e as convicções do médico, tal fato deve ser relatado e explicado ao doente o mais precoce possível na relação de tratamento, para que ele possa decidir, devidamente orientado, se deve procurar outro profissional na condução de seu caso.

Wicclair (2000, p. 220-1) explica que, a partir do momento que um médico decide abandonar o acompanhamento de um paciente por motivações de consciência, ele pode acreditar que ao encaminhá-lo a outro médico que preste o tratamento solicitado, ele estará cometendo um ato atentatório aos seus princípios. Seria como se um médico que não concorde em realizar aborto jamais encaminhasse alguém com necessidade de realizar a interrupção da gravidez, seja por questão de risco da gestação ou por determinação legal, a um médico que realize tal procedimento, pois estaria, em seu entendimento, levando o paciente à perdição. Uma simples transferência a outro médico poderia ferir a consciência moral do médico que assiste o paciente. Essa transferência deve ser avaliada do ponto de vista dos interesses do paciente. Para o paciente, uma transferência a outro médico gera uma sensação de fraqueza e de passividade, uma vez que ele não sabe qual a qualidade do tratamento que poderá receber e sua confiança depositada no médico que o trata será perdida. Tal situação é de grande importância em decisões de casos de doenças graves que evoluem para inexorável óbito, como um câncer terminal.

Há situações em que a objeção de consciência deve ser minorada diante da situação emergencial em que o paciente se encontra, e a recusa em informar ou em realizar rápido encaminhamento não pode ser tolerada. Se uma mulher vítima de estupro, com alto risco de engravidar, não for informada da possibilidade de usar contraceptivo tardio (pílula do dia seguinte) para evitar uma gravidez, tal omissão pode expor a mulher a uma gravidez indesejada e ter que decidir, posteriormente, se aceita um aborto ou segue com a gravidez de um fruto de estupro. (WICCLAIR, 2011, p. 104) Nessa situação, a consciência do médico pode considerar que o uso de contraceptivo tardio não deixa de ser uma forma abortiva, uma vez que a fecundação já ocorreu.

É interessante citar que, no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em maio de 2012 a resolução nº 1.989 que dispõe sobre a antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 4 de 17 de junho de 2004. Tal resolução não trás explicitada em seu texto o direito de recusa do médico em realizar tal procedimento, ainda que esse direito esteja resguardado no Código de Ética Médica. (CFM, 2012). Mais recentemente, em março de 2013, na Primeira Reunião de Conselheiros do CFM, realizada em Belém - Pará, houve um pronunciamento, ainda que não unânime por parte dos conselheiros, de que a entidade apoia a autonomia da mulher em relação à decisão de aborto até a 12ª semana de gestação, bastando para isso a autodeclaração de violência, sem necessidade de avaliar a veracidade do fato. (CFM, 2013). O CFM se mostra, portanto, politicamente alinhado com o princípio de autonomia da mulher. O CFM defende a ética da conduta médica relacionada ao aborto nas condições em que defende uma excludente de ilicitude, embora se manifeste como contrário ao aborto. Esse posicionamento pode gerar entendimentos paradoxais na classe médica, sobretudo quando o médico confundir ausência de infração ética com a obrigatoriedade de executar a prática do aborto.

Vale ressaltar que este trabalho não tem como objetivo a defesa de uma posição profissional como sendo a eticamente válida, pois percebe-se a dificuldade de se chegar a uma posição pacificada diante da grande controvérsia de opiniões. Como já se discutiu, essa multiplicidade de opiniões, segundo MacIntyre, é explicada pela existência de múltiplos fragmentos de tradição no mundo contemporâneo. A objeção de consciência do médico, dessa forma, se justifica apenas na discussão do caso concreto, respeitando-se o posicionamento do profissional baseado em suas convicções mais internas de consciência.

Dessa forma, seja um posicionamento de defender o médico e seu direito de abandonar um paciente por motivos de objeção de consciência, seja a defesa dos interesses do paciente em manter um tratamento de seu desejo, obrigando ao médico assistente a atentar contra seus próprios valores morais, não se encontrará a resposta para todos os possíveis casos de impasse ético e moral. Wicclair (2000. p. 222-5) defende que cada caso deve ser avaliado de modo a se decidir ou não pela defesa da objeção baseada em consciência do médico, e se a transferência para outro profissional está justificada. O autor acredita que a objeção de

consciência tem grande peso moral quando ela está baseada em crenças que fazem parte do núcleo ético da pessoa do médico, e seria, de outra forma, menos valorizada se fosse baseada em concepções mais periféricas à sua integridade moral. O peso de uma objeção de consciência do médico será evidentemente maior quando a conduta exigida seja contrária às condutas defendidas pela medicina e por suas normativas éticas. O peso moral de uma objeção baseada na consciência é considerado maior quando ele é justificado pela noção que o médico tem de si mesmo como profissional da saúde em relação às objeções baseadas em uma ética pessoal não profissional.

É recomendado que os apelos da consciência sejam acolhidos sem comprometer os direitos e interesses do paciente. Quando a acomodação de objetivos e interesses no tratamento é impossível, a transferência a outro profissional deve ser facilitada. Essa transferência deve ser realizada de modo a melhor se acomodar aos interesses do paciente. (WICCLAIR, 2000, p. 225).

A instituição de saúde deve zelar pela integridade moral de sua equipe, mas deve ter como objetivo realizar um equilíbrio entre a recepção e acomodação dessa objeção com os interesses do pacientes, dos outros integrantes da equipe de saúde, e com a administração institucional. (WICCLAIR, 2014, p. 269).

Wicclair (2014, p. 267) defende que uma forma de gerenciar a objeção de consciência em uma instituição de saúde inclua a implantação de política que siga quatro orientações. Inicialmente, a recusa baseada em consciência deve ser acolhida quando sua solicitação não impedir o paciente de ter acesso à informação, aconselhamento e ser encaminhado em tempo hábil. Em segundo lugar, a objeção será acolhida quando não impedir o paciente de obter o tratamento necessário em tempo hábil na mesma instituição. Em terceiro lugar, a objeção de consciência será aceita quando não causar uma sobrecarga excessiva aos colegas, supervisores, chefia de departamento ou administradores na instituição. Por fim, sempre que possível, o profissional de saúde deve realizar uma notificação antecipada aos chefes de departamento ou supervisores.

A orientação inicial de fornecer informação necessária e precisa ao paciente e seu responsável deve ter como orientação a necessidade e indicação médica, não podendo obstruir a informação da possibilidade de se utilizar alguma forma de tratamento que o médico não realize por questões de consciência, o que não significa que ele irá realizar tal tratamento. A correta informação deve ser realizada

em tempo hábil que permita a realização do procedimento escolhido pelo paciente sem prejuízo para seu quadro clínico. Wicclair (2014, p. 269-70) informa que essa condição pode ferir a consciência de alguns objetores que se recusam até a informar da possibilidade de se utilizar alguma forma de tratamento que seja contrário a sua consciência. Nessa situação, o médico responsável objetor deve encaminhar a outro profissional que possa prestar toda a informação necessária.

Na segunda condição de acolhimento de uma objeção de consciência, Wicclair (2014, p. 270) explica que um profissional deve encaminhar o paciente a um outro profissional que não tenha objeção em realizar um tratamento desejado ou necessário. Existem situações em que uma mulher pode precisar de medicação contraceptiva de urgência, a qual pode ser considerada como abortiva e ser contrária à consciência do médico, também pode ocorrer de um médico intensivista não concordar com medidas de palição em paciente terminal que sejam discutíveis como forma de antecipação da morte. Nessas situações, o médico deve solicitar que outro profissional assuma a condução do caso ou reveja a indicação clínica e a necessidade de tal procedimento.

A terceira orientação de aceitação de uma objeção diz respeito a não sobrecarregar o sistema institucional de prestação de serviços de saúde em relação aos outros profissionais e à chefia e administração. O próprio autor ressalta que é difícil determinar o que é uma sobrecarga excessiva, pois está relacionada ao contexto da instituição e ao momento da ocorrência do caso. Wicclair (2014, p. 271) complementa informando que, nos casos de necessidade de encaminhamento interno para outro profissional, o objetor pode alegar a cumplicidade moral e seu comprometimento por não fazer algo errado, mas encaminhar a quem o faça. Essa alegação não prospera quando se considera que respeitar a autonomia e promover a saúde e o bem estar do paciente está nos objetivos fundamentais dos profissionais de saúde. Wicclair conclui que uma forma de gerenciar a objeção de consciência em uma instituição de saúde inclua a implantação de política que siga quatro orientações. Inicialmente, a recusa baseada em consciência deve ser acolhida quando sua solicitação não impedir o paciente de ter acesso à informação, aconselhamento e ser encaminhado em tempo hábil. Em segundo lugar, a objeção será acolhida quando não impedir o paciente de obter o tratamento necessário em tempo hábil na mesma instituição. Em terceiro lugar, a objeção de consciência será aceita quando não causar uma sobrecarga excessiva aos colegas, supervisores,

chefia de departamento ou administradores na instituição. Por fim, sempre que possível, o profissional de saúde deve realizar uma notificação antecipada aos chefes de departamento ou supervisores.

A orientação de declarar e informar previamente das objeções de consciência que se tem aos superiores, coordenadores e administradores das instituições de saúde pode minimizar os riscos de se envolver em situações em que a objeção de consciência possa criar algum tipo de constrangimento durante o exercício profissional. Essa orientação também serve para lembrar ao profissional que existem situações de ameaça aos seus ditames morais no exercício da medicina e da atenção à saúde, de modo a reforçar a importância de bem escolher a especialidade e subespecialidade que pretende desenvolver. (WICCLAIR, 2014, p. 274).

Na avaliação das razões de objeção com base na consciência, algumas características devem ser percebidas, sobretudo a razoabilidade e a sinceridade da justificativa. A razoabilidade deve ser levada em consideração dentro do aspecto de consciência em que se posiciona. Deve haver umnexo entre a justificativa e a motivação interna do profissional. Um objetor de consciência que refere não aceitar métodos de contracepção com efeito abortivo não pode usar essa justificativa para se recusar a prescrever métodos anticoncepcionais sabidamente não abortivos. (WICCLAIR, 2014, p. 275).

A sinceridade ou veracidade da justificativa moral para objeção deve buscar a consistência, a universalidade, a não evasão, e a condição dialógica da justificativa. A consistência da justificativa está relacionada aos julgamentos e motivações, coerentes com as melhores condutas a que se é capaz de realizar. A universalidade está ligada aos julgamentos individuais e ao julgamento dos outros, sendo uma forma de clamar pela sua crença e critérios morais de julgamento. A não evasão decorre do fato de não se utilizar a objeção de consciência como justificativa para escapar de outras responsabilidades e buscar uma autoproteção. A condição dialógica diz respeito ao fato de existir uma convicção interna capaz de ser comunicada e ter sua deliberação racional discutida e avaliada em seus méritos. (WICCLAIR, 2014, p. 277).

Wicclair (2014, p. 278-9) ressalta ainda que a avaliação das razões de cunho moral de um médico que apela para a objeção de consciência não tem intenção de julgamento, mas de autorreflexão do próprio profissional, para que se verifique a adequação da conduta exigida, e por ele recusada, para com as suas convicções

morais genuínas, podendo melhor avaliar a natureza e o peso de sua objeção. A abordagem da discussão não deve ser de embate, mas de clarear e facilitar o entendimento das razões morais do profissional.

O acolhimento institucional de uma objeção de consciência pode ser recusado por três razões legítimas. A primeira delas é a discriminação individual, seja de étnica, religiosa ou de gênero, uma vez que atacam sobremaneira a ética e os princípios de justiça, dignidade e respeito que envolvem a profissão médica. A segunda causa de não aceitação da objeção se relaciona ao fato de estar associada a uma crença contrária ao conhecimento dos objetivos do tratamento de saúde, como se recusar a tratar a dor por considerá-la um castigo divino, sem atentar para o objetivo norteador da medicina de aliviar o sofrimento. A última razão é quando se demonstra um falso entendimento empírico, como aquele relacionado ao mecanismo de ação de uma droga, como no exemplo citado anteriormente de se acreditar que um medicamento tem efeito abortivo, sem que seja realmente verificado. (WICCLAIR, 2014. p. 279-80).

Lori e McLeod (2014, p. 18), ao comentar e criticar sobre a utilização de comitês institucionais que avaliassem a justificativa da objeção de consciência, explicam que a razoabilidade e a praticidade de se utilizar dessa forma de controle da objeção de consciência são questionáveis diante da obrigatoriedade de o objetor ter que fornecer justificativas que podem, por sua vez, serem tomadas por desarrazoadas e impraticáveis.

A valoração e a definição da saúde é um assunto que compete a todos os cidadãos e ao Estado. Em uma sociedade democrática se faz necessário assegurar o direito à saúde como uma das bases para a convivência, fazendo uso de mecanismos informais, como a ética e a moral, além de mecanismos formais e institucionalizados como o Direito. (SEOANE, 2006. Apud: VEGA; ARAYA, 2011, p. 124).

O direito à saúde e o direito de acesso à atenção sanitária não deve ser limitado ou restrito por um entendimento incorreto da objeção de consciência, o que pode levar a um uso inapropriado desse instituto de modo a disfarçar responsabilidades profissionais. (CASAS; DIDES, 2007. Apud: VEGA; ARAYA, 2011, p. 124).

3.6 Críticas à Objeção de Consciência do Médico

A objeção de consciência, por sua controvérsia, tem gerado vários críticos que atacam a aplicabilidade da consciência do médico no processo de decisão quanto ao tratamento a ser realizado.

Assim, existem muitas formas de enfrentar o posicionamento do médico que recusa um tratamento com base em motivos de consciência. Um grupo de autores é terminantemente contrário, defendendo que a objeção de consciência é injustificável por ser contrária e incompatível com o exercício da medicina. Outros autores defendem que a recusa é justificada desde que seja baseada em critérios morais genuínos. Essas posições refletem os lados contrários e extremos de se avaliar a objeção de consciência. (CARD, 2014, p. 320).

Atualmente, por exemplo, as discussões sobre a prescrição de medicações para o controle de natalidade, auxílio para o aborto e cuidados de fim de vida, têm gerado um novo debate sobre a antiga questão sobre o fato de os médicos terem o poder de seguir sua consciência de uma forma justificada. Alguns autores defendem que a consciência do médico não deve interferir na obtenção de tratamentos e serviços médicos que sejam permitidos por lei ou que sejam de indicação da profissão. Todavia, outros argumentam que o médico não se encontra obrigado a dispor todo tipo de tratamento requerido pelo paciente e pela profissão médica. (LAWRENCE; CURLIN, 2007, p. 10).

A controvérsia em não se aceitar de antemão a possibilidade da objeção de consciência pelo médico envolve algumas razões que impedem a simples aceitação da recusa do médico e encaminhamento a outro profissional habilitado que possa realizar o tratamento necessário ou desejado. Um problema inicial dessa aceitação acontece quando o médico é o único a trabalhar na cidade ou quando todos os médicos de uma localidade são objetos para os mesmos procedimentos, sendo impossível garantir concomitantemente o direito do médico e o direito ao tratamento do paciente. Um segundo problema decorre da teoria da cumplicidade, em que um médico alega objeção em realizar um tratamento e se recusa a encaminhar o paciente a quem possa executar esse tratamento sem objeções, pois acredita que dessa forma esteja agindo com cumplicidade na realização do ato a que tem objeção. Outro problema em não se solicitar uma justificativa é deixar a objeção de consciência como uma justificativa vaga para embasar recusa determinadas por

discriminação. Um problema final é a comprovação de que, em havendo uma recusa moralmente justificada, o ato de encaminhar a outro profissional é, também, inapropriada e moralmente justificável, dessa forma, exigir um encaminhamento é problemático e não ajuda a resolver o impasse. (LORI; MCLEOD, 2014, p. 17-8).

Diniz (2013, p. 1705) entende que a objeção de consciência é um direito resultante da hegemonia do poder médico, podendo não refletir uma situação de justiça em saúde. Um médico que recuse realizar o cuidado à saúde sexual de um homem homossexual ou realizar o aborto de uma mulher vítima de estupro, deve ser ouvido e cuidado em sua angústia decorrente de sincero sofrimento religioso, porém isso não justifica deixar de prestar esse serviço aos indivíduos que dele necessitam. Em um Estado laico, as instituições de saúde devem garantir a assistência sem que os usuários do serviço sejam perturbados por demandas individuais de recusa de assistência.

A objeção de consciência entendida como uma recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por razões morais é entendida como um direito fundamental, absoluto e universal, todavia, na assistência de saúde pode ser considerado como um dispositivo de proteção de sentimentos, um ajuste de proteção, que deve ser garantido por medidas administrativas de acomodação interna aos serviços de saúde. Diniz (2013, p. 1704-5) tem a opinião de que não se pode tornar absoluto esse direito sob pena de grave ameaça ao funcionamento dos serviços de saúde, em virtude da sobreposição entre concepções religiosas e direitos na política.

Diniz e Vélez (2008, p. 648-9) comentam sobre a influência forte da tradição moral cristã no debate sobre o aborto de anencéfalos, cujos valores amparam os argumentos contrários à legalização do aborto em um país que alega ter uma democracia laica. Referem que há uma retórica tradicional que se baseia na imoralidade do aborto como um ato atentatório à vida potencial do conceito, impedindo a apreciação de outros argumentos éticos no palco de discussão político sobre o tema. A inviabilidade da vida do conceito não era discutida por se tratar de aborto, sem que se fizesse a devida diferenciação que o caso particular exigia.

A crítica de Diniz e Vélez (2008, p. 649) é direcionada ao envolvimento excessivo de questões religiosas, sobretudo cristãs, nas pautas de discussão do Congresso Nacional, de modo a haver uma defesa de interesses específicos de racionalidades morais específicas e não a discussão da ideia de pluralismo moral

razoável a partir dos múltiplos argumentos. As autoras defendem que a discussão de casos controversos deveria partir de um confronto argumentativo com bases fundamentadas na razão pública laica. Comentam ainda que essa invasão de dogmas específicos de uma comunidade moral cristã se deve a uma tradição democrática de pouca cultura.

Diniz e Vélez (2008, p. 650) argumentam que a objeção de consciência é um instrumento de garantia do poder do médico que é exercido principalmente contra os interesses de mulheres em questões reprodutivas. Informam que o argumento de que a objeção de consciência é uma forma de defesa à diversidade moral e de crenças é equivocado, pois o médico de um serviço público de saúde é um representante da moralidade laica da república e não de sua moralidade particular. Destarte, apelar para a objeção de consciência é contrária à razão pública, que deve ser o único fundamento possível dos direitos e deveres relacionados a um Estado democrático.

Segundo Diniz e Vélez (2008, p. 650-1), o fato de uma comunidade moral considerar o aborto como um atentado à lei divina, esse argumento não pode ser usado como defesa na esfera pública. Ainda que essa crença moral seja racional e defendida por um grupo de indivíduos, não a torna razoável para a esfera pública de um Estado laico e baseado na pluralidade moral.

Wicclair (2000, p. 214) refere que uma forma de criticar a Objeção de consciência é a tese de incompatibilidade. A objeção de consciência do médico assume grande importância, sobretudo quando se interpõe o argumento de que, se alguém não deseja fazer tudo aquilo que a medicina exige, esse alguém não pode ser médico. A prática da medicina é uma aventura e empreendimento moral, pois a decisão e escolhas do médico devem ser orientadas por sua obrigação de respeitar os interesses do paciente em vez dos seu próprios, além disso, o processo de decisão e condução de um caso médico deve ser guiado por valores éticos e por protocolos profissionais adaptados a cada caso em especial, uma vez que o médico não é um profissional que realiza serviços por encomenda

Savulescu (2006, p. 294) defende que a atividade médica é um dever, e que o médico está obrigado a realizar a função determinada por sua profissão. A consciência pode ser a justificativa para se evitar realizar o dever. Quando um dever é verdadeiro e necessário, a objeção de consciência pode ser errada e imoral. Um dever que não possa ser realizado por razões agravantes deve ser considerado

ilegal. Para Savulescu, a objeção de consciência tem um espaço muito limitado na prática dos cuidados médicos atuais. Para o autor, todos os recursos técnicos oferecidos pela medicina e destinados ao cuidado do paciente devem ser definidos legalmente e a sua disponibilidade deve ser apenas limitada por uma consideração razoável do bem estar do paciente e seu desejo após uma correta informação. Savulescu defende a corrente de que, se alguém não está preparado para oferecer todos os recursos médicos permitidos por lei e baseados na eficiência e no benefício do paciente, em virtude de algum conflito com seus valores próprios, tal pessoa não deve se tornar médico. Um médico não estaria autorizado, portanto, a oferecer serviço médico de forma parcial ou reduzir suas obrigações nos cuidados para com os pacientes.

Os médicos, em virtude de seu grande conhecimento sobre tratamento e efeitos de suas práticas, costumavam decidir sobre que tratamento seria mais apropriado para o paciente. Sempre houve uma preocupação especial com os próprios valores do médico na dispensação desse tratamento de saúde. Esse comportamento paternalista vem sendo substituído pelo exercício da autonomia do paciente e pela divulgação facilitada do conhecimento médico aos leigos. Os valores pessoais do médico surgem de forma mais recente sob a forma de um direito a objeção da consciência ao oferecer seus serviços de saúde. (SAVULESCU, 2006, p. 294-5)

Savulescu (2006, p. 295) defende alguns argumentos contra a aceitação da objeção de consciência pelos médicos, cita especificamente a introdução da ineficiência e inequidade à relação médico-paciente, a inconsistência dos ditames morais do médico como indivíduo, os compromissos do médico para com o paciente e sociedade, além da discriminação que pode decorrer da aplicação da objeção de consciência.

A ineficiência e inequidade podem resultar da objeção de consciência do médico, pois o tratamento a ser recebido pode estar na dependência da consciência do médico, de modo a limitar a prestação de serviço existente e eficaz que seja desconhecida pelo paciente. As justificativas mais variadas podem ser utilizadas para justificar a objeção do médico, podendo mesmo haver interesses pessoais ou de outra natureza que comprometam a decisão em prol do bem estar do doente, sendo inconsistente afirmar que apenas os interesses e valores pessoais ligados à religião sejam os justificadores de uma objeção. A profissão médica tem um

compromisso social de prover o melhor tratamento que seja legalmente permitido, não se justificando uma limitação dessa oferta baseada na consciência do médico, pois haveria um comprometimento do sistema de proteção da saúde e o benefício ao paciente seria reduzido. Considerar valores religiosos mais importantes que os seculares seria uma forma discriminatória de graduá-los, discriminação essa incompatível com a ética médica. (SAVULESCU, 2006, p. 295).

O argumento a favor da permissão da objeção de consciência do médico justificado pela proteção do agravo à liberdade do profissional e à sua liberdade de consciência é verdadeiro, para Savulesco (2006, p. 295), apenas quando ele pode ser acomodado aos interesses do paciente. O objetivo primeiro da prática médica é proteger a saúde do paciente, dessa forma a objeção de consciência não deve ser tolerada quando comprometer a qualidade e eficácia do tratamento fornecido pelo médico. O mesmo autor sugere que os estudantes de medicina devem ser avisados dos compromissos da profissão, de modo a não prosseguir se não estiverem preparados para assumi-los quando se tornarem médicos. O paciente deve ter a sua disposição todos os tratamentos disponíveis sem o filtro de consciência de outra pessoa, mesmo sendo o médico.

Uma eventual contrariedade de interesses baseados em objeção de consciência deve ser avisada o mais precocemente possível e o paciente deve ser encaminhado a um profissional que possa realizar o tratamento desejado ou necessário ao seu benefício, mas obstado pelo médico, sem que haja prejuízo no acesso ao tratamento e sem interferência da consciência do médico. Savulescu (2006, p. 295) defende que um médico que não assume seus compromissos deve ter sua permissão para exercer a medicina revogada através de mecanismos legais. O local para discussão da expressão da consciência e da consideração de diferenças e limitações no atendimento à saúde seria a discussão pública e deve se refletir na política pública aplicada na atenção à saúde, não caberia uma reflexão isolada de um indivíduo. Somente em situações em que a ação médica é incerta ou não bem delimitada em documentos legais poderia ser aceitável a objeção médica em prestar certos serviços, como na antecipação da morte e nos casos de aborto tardio. Dessa forma Savulescu defende que a objeção médica seria apenas justificada pela ilegalidade, não considerando a moralidade como justificativa viável.

Savulescu (2006, p. 296-7) chama a atenção para as diferenças existentes entre a medicina exercida de forma particular e a medicina pública. Na medicina

privada o médico tem mais liberdade em oferecer ou negar serviços de saúde baseado em seus valores internos, desde que haja o consentimento informado dos pacientes, com o devido esclarecimento dos riscos e opções existentes. Entretanto, o mesmo não se aplica na medicina pública, pois aqui o interesse público sobrepuja os interesses individuais, e permitir uma medicina guiada por valores fatalmente resultará em idiosincrasias e numa prática médica discriminatória e pouco tolerante. Os valores, defende Savulesco, são importantes para a vida, mas tem papéis diferentes na vida pública e privada.

Wicclair (2008, p. 181) defende a ideia de que um modelo de obrigações profissionais do médico não provê um suporte inequívoco à tese da incompatibilidade. Somente um risco de sacrifício razoável pode ser exigido do médico.

Diante do problema de que os profissionais da área de saúde estão submetido a situações em que se espera deles uma conduta que, em princípio, tais profissionais podem ter restrições e objeção por razões internas, Weinstock (2014, p.8) acredita que essas limitações em realizar o direito do paciente em ser tratado não afetam a habilidade do profissional em realizar procedimentos e serviços que estejam associados ao núcleo de obrigações de sua profissão.

Dickens (2009, p. 346. Apud: KACZOR, 2012, p. 63) não concorda com a possibilidade de objeção do médico ao considerar que a tradição da medicina sempre envolve o risco da pessoa do profissional em detrimento do bem estar do paciente, como ao se expor a doenças infecciosas e perigosas para que possa tratar o doente. Kaczor (2012, p. 63), dessa forma, entende que Dickens conclui que o médico deve sacrificar seus próprios interesses espirituais em não realizar certos procedimentos pelo bem do paciente.

Kaczor (2012, p. 63) contra-argumenta que há uma diferença importante entre correr um risco de se ferir e deliberadamente ser ferido. Usando o mesmo raciocínio de Dickens, ressalta que a tradição da profissão médica sempre envolveu o risco inerente ao lidar com doenças graves e em ambientes insalubres, e que esse risco é assumido pelo médico de boa vontade. Todavia, não considera lógico que o médico tenha um prejuízo certo e esperado na sua ação, como por exemplo, não se espera de um médico que faça a doação de um órgão a um paciente necessitado, ou que deixe de sair em férias para não se afastar de seus pacientes.

Dickens (2009, p. 346. Apud: KACZOR, 2012, p.63) aduz que a objeção de consciência do médico fere o princípio kantiano de respeitar a pessoa humana como um fim e não usá-la como objeto. Kaczor (KACZOR, 2012, p.66) refere que, ainda que não se discuta ser o aborto alinhado ou não com esse princípio kantiano, e sem discutir sua ética, um médico que objeta a realizar o aborto não viola a máxima. Embora a atividade médica envolva interesses, e embora a relação médico-paciente decorra da vontade de ambos em manter esse vínculo profissional, não se pode afirmar que médico ou paciente esteja usando ao outro como um meio de conseguir seus desejos, pois a dignidade e a autonomia de ambos devem ser respeitadas. O princípio kantiano não diz respeito, tão somente, ao uso de outras pessoas por interesse financeiro ou espiritual, ou o médico não poderia cobrar por seus serviços, mas está relacionado a um uso exclusivo da pessoa como meio. Na situação de um aborto desejado, a paciente mantém sua autonomia e o médico deve manter a sua, podendo mesmo recusar a realizar tal ato, e a paciente pode manter sua autonomia e continuar a procurar um profissional que realize o aborto.

Por vezes se diz que alguém que não deseja realizar serviços médicos legais e permitidos pela profissão médica deveria buscar outra atividade. Wicclair (2008, p. 171-1) busca determinar as obrigações dos médicos a partir de teorias éticas gerais. Usa o consequencialismo, contratualismo e a teoria do direito para contestar o que ele chama de tese da incompatibilidade, pois não encontra um suporte inequívoco que sustente essa tese.

Sob uma perspectiva consequencialista, Wicclair (2000, p. 172) avalia as duas concepções: aceitar ou não a objeção de consciência sob o ponto de vista das obrigações da profissão médica. Avalia a adoção de uma das duas posições a partir dos resultados, com base em que esses resultados levem a um aumento do bem estar. A tese de incompatibilidade defende que mais bem estar estaria relacionado a não se permitir a objeção do médico a realizar atividades e serviços de saúde com base em sua consciência. Aqueles que rejeitam a tese da incompatibilidade acreditam no contrário. As observações empíricas, obviamente, podem confirmar ou “des-confirmar” qualquer das decisões. Wicclair acredita ser simplista comparar uma concepção de obrigação profissional que permita ou não a objeção de consciência, pois uma série de condições podem se associar a ela, como, por exemplo, uma obrigação de notificação prévia e de encaminhamento. Além disso, essa avaliação pode ser ainda mais complexa ao se adotar um ideal de concepção pluralista de

bem estar, e o seu valor intrínseco é associado à integridade moral, o primeiro valor relacionado ao impedimento de consciência.

É fácil considerar que o desejado é ter acesso aos cuidados de saúde e proteger a integridade moral das pessoas. A escolha ficaria entre dois princípios, um primeiro, ligado à obrigação profissional e um segundo, relacionado ao próprio profissionalismo da saúde. Um princípio permitiria a objeção de consciência do médico quando não prejudicasse o acesso do paciente ao serviço médico, enquanto o outro princípio simplesmente proíbe a objeção de consciência. A princípio, o primeiro princípio seria preferível ao segundo. Dessa forma, ao escolher o princípio da obrigação profissional se estaria protegendo um interesse importante, a integridade moral, sem ameaçar de forma significativa o outro interesse, o acesso ao cuidado de saúde. (WICCLAIR, 2008, p. 172-3).

Sob a perspectiva do direito, é possível observar, avaliando os dois princípios citados, dois direitos em conflito: o direito à liberdade de consciência e o direito à saúde com acesso facilitado e sem prejuízos. O princípio da obrigação profissional protege ambos os direitos. Existem duas possibilidades de avaliar situações de choque entre direitos a partir desses mesmos princípios. Essas avaliações são consequencialistas e partem do pressuposto de se defender o direito, seja do médico, seja do paciente. Todavia, essas possibilidades não são decorrentes de uma justificação ética da objeção de consciência no cuidado de saúde. (WICCLAIR, 2008, p. 173).

3.7 A Objeção de Consciência do Médico Segundo o Código de Ética Médica

O atual Código de Ética Médica (CEM) prevê explicitamente a objeção de consciência, tanto em seus princípios fundamentais como dentre os direitos elencados para os médicos no Brasil. Outros artigos do CEM também fazem referência à situação do desacordo que a objeção de consciência pode representar na relação entre médico e paciente.

O CEM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009) traz evidente nos seus Princípios fundamentais alguns aspectos já discutidos. Inicialmente há uma referência a usar o conhecimento médico e científico em prol do benefício do paciente, *in verbis*:

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

[...]

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

França comenta que a medicina deve ser exercida como ciência e como arte, não devendo ser apenas uma medicina técnica, onde a erudição médica se substitui por uma sólida estrutura instrumental. (FRANÇA, 2010, p. 19)

Essa discussão sobre a medicina não ser apenas *tekhné*, mas uma forma de aplicação e atividade que utiliza a *tekhné* para alcançar seus objetivos, no caso, o benefício do paciente. A técnica é sempre bem vinda, desde que não se transforme em tecnicismo alienante do contexto de vida do paciente.

A autonomia do médico, segundo o CEM, tem como um ponto fundamental a permissão da objeção de consciência, havendo apenas dois limites ao seu exercício, os casos de urgência e emergência e os eventuais riscos de dano ao paciente que podem decorrer dessa recusa:

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Para França (2010, p. 22), embora o médico esteja sujeito aos modelos socioeconômicos atuais, quando passa a ser um assalariado ou servidor público, ele ainda mantém seu caráter liberal. A autonomia daqueles que exercem a profissão médica deve ser respeitada, dentro da compatibilidade com a ordem pública e social. Considera ainda que não há dispositivo que obrigue o médico a tratar de um paciente, exceto por contrato, expresso ou tácito, e nas situações de urgência ou emergência, quando ele é o único médico do local, e sua recusa seja a causadora de dano insanável ao paciente.

Ainda segundo França (2010, p. 23), o médico exerce uma profissão de prática livre, mas que tem uma obrigação de assistência relacionada ao bem-estar público, e somente esse interesse público pode limitar a liberdade da profissão, não se devendo esquecer que a medicina traz intrínsecos elevados interesses ligados à pessoa humana.

O aspecto relacional da medicina não pode ser esquecido. Apesar de haver uma relação contratual ou de prestação de serviços, a tradição da relação médico-

paciente mantém sua força. Confiar a alguém um bem tão precioso como a saúde e a vida, ultrapassa uma responsabilidade de caráter contratual. Os prejuízos advindos de uma má prática médica não são capazes de ser substituídos de uma forma pecuniária. Os bens vida e saúde não são quantificáveis em valor monetário. Um senso de responsabilidade mais intenso deve estar presente na atividade médica, qual seja uma valorização da vida humana e um respeito que deve ir além do eventual ganho de honorários. A responsabilidade cai sobre o médico de forma a colocar a vida e a saúde do paciente como objeto fim de sua prática. Ora, somente alguém com um senso de responsabilidade e de consciência moral acima do mediano pode ter condições de exercer essa função com a desenvoltura ética que o indivíduo e a sociedade desejam e esperam.

Exigir consciência moral para a prática médica e tolher a expressão dessa consciência se revela um paradoxo semelhante a não se permitir que algo que seja considerado o Bem para si não seja aceitável como o Bem para outro.

O CEM também elenca, nos seus princípios fundamentais, que a autonomia do paciente deve ser respeitada, mas de forma clara explícita e reforça a noção de que essa autonomia não se sobrepõe aos ditames de consciência do médico. O médico deve estar atento e buscar compreender qual a noção de Bem que o paciente persegue e buscar ajustar a linha de tratamento a essa noção:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Os métodos invasivos da medicina moderna, explica França, podem se constituir em uma proposta de tratamento vantajosa, porém os riscos inerentes ao ato devem ser considerados. O paciente pode não desejar correr esses riscos. Não se admite a imposição de condutas como uma ameaça à liberdade individual. O médico deve agir de forma solidária e compreensiva, tendo como objetivo principal a saúde da pessoa humana, estando sempre presente a relação entre a saúde e a liberdade. A rejeição ao paternalismo médico não representa uma quebra da tradição. (FRANÇA, 2010. p. 36-7).

O paternalismo médico inicialmente presente e determinante na relação médico-paciente foi substituído por uma relação de mais equidade, com a autonomia do paciente sendo cada vez mais respeitada. Note-se, entretanto, que na medicina,

muitas vezes, é necessário algum tipo de dissabor e desconforto, inerentes aos processos e técnicas terapêuticas e diagnósticas, para se chegar a uma resolução favorável do quadro. Por vezes o paciente não é capaz de perceber todo o cenário do tratamento proposto e recusa um tratamento altamente benéfico em detrimento de uma abordagem menos dolorosa e menos eficaz. Cumpre ao médico realizar uma correta orientação sem o objetivo de um convencimento do paciente com posicionamento paternalista em favor da opinião do médico, mas com a nítida função de munir o paciente com os elementos necessários para rever sua decisão e, dessa forma, ser capaz de optar por uma abordagem terapêutica de uma forma verdadeira consciente e devidamente orientada.

Dentre os direitos dos médicos, reivindicados pelo CEM, o direito a objetar por razões de consciência volta a ser referido, com uma ampliação, relacionada ao direito que tem o médico de não ser discriminado por razões de consciência religiosa ou opinião de outra natureza. Resta clara a posição deontológica médica de manter a prerrogativa de objetar mesmo diante de atos legalmente aceitáveis:

DIREITOS DOS MÉDICOS

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

França (2010, p. 54) informa que existem atos médicos permitidos, mas que não tem caráter imperativo. Cita o caso do aborto de caráter piedoso, em que o médico pode se recusar a realizar, desde que não haja iminente risco de vida para a gestante, sendo permitido ao médico encaminhar a paciente a outro profissional. Para o autor, esse direito do médico cria uma discussão entre aquilo que é legalmente permitido, mas que pode não ser considerado ético pelo médico em sua consciência.

A esfera ética e disciplinar do CEM tem uma aplicação administrativa e não vincula os aspectos civis e penais de um ato médico. Uma ordem judicial de fazer, determinando ao único médico da localidade a realizar um aborto, ao qual é contrário por preceitos de ordem religiosa, coloca o médico diante de uma escolha de duas possibilidades erradas: aceitar a obrigação judicial em sacrifício de sua consciência, ou se recusar a realizar a determinação judicial e enfrentar os ditames

legais. Aqui se percebe uma situação similar á anomia, quando o médico percebe que deixa de existir uma forma possível de agir corretamente.

Quando o CEM informa as proibições e limites do médico na relação com o paciente e seus familiares, a autonomia do paciente é novamente ressaltada:

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

O médico tem a obrigação de não recusar a prestação de um serviço de urgência a inexistência de um substituto. O médico, todavia, pode renunciar à continuidade de um tratamento a um paciente quando o relacionamento para com esse paciente não for razoável para a condução do caso. Está implícito que o viés relacional é fundamental na atividade médica. Não é possível deixar de levar em conta esse aspecto de relação entre médico e paciente quando se discutem direitos e deveres de ambas as partes.

3.8 A Objeção da Consciência do Médico como Direito

O princípio geral de obediência ao Direito se deduz da sua própria natureza, pois dela se depreende a legitimidade da obediência. A objeção de consciência, portanto, requer que esse princípio seja momentaneamente suspenso em alguns

casos específicos, configurando-se em um conflito entre um dever, de obedecer à lei, e um direito, de obedecer à própria consciência. (VIOLA, 2009, p. 53).

A objeção de consciência tem por objetivo recusar um comportamento, imposto pelo Estado ao cidadão de forma legítima, não havendo diferença se se trata de norma decorrente de lei ou de regulamento, seja de ordem geral ou individual. O cidadão que objeta deve estar sujeito a esse Estado e ao ordenamento jurídico estatal. A recusa se dirige à norma e não ao ordenamento, e a motivação é a força da consciência moral do objeter. (DI PIETRO et al., 2005, p.7).

A recusa em prestar um tratamento ou serviço médico deve ser considerada quando essa prestação for uma obrigação jurídica e proveniente de uma autoridade pública. Esse requisito estrutural da objeção de consciência revela que o direito de objeção de consciência é uma tutela de direito diante do poder estatal, isto é, proteger a esfera íntima da pessoa contra a invasão política do Estado. É uma defesa do indivíduo no confronto estatal entre a ética e a obrigatoriedade da lei. Diante do dever de se proteger o poder público, a defesa da objeção de consciência deve ser usada somente em caso em que esse poder estatal forte se volta contra o indivíduo. Assim, o direito de objetar por razões de consciência, é o direito que tem a pessoa de se proteger do mesmo poder a que ela confiou sua proteção. (VIOLA, 2009, p. 54).

O objeter de consciência não se posiciona de forma contrária ao ordenamento jurídico como um todo, mas se impõe de forma contrária a uma norma que se revela incompatível com a sua moralidade individual. É um comportamento individual e não violento, diferindo da desobediência civil. A objeção, neste caso, é um apelo a uma concessão da justiça subordinada ao ordenamento jurídico baseada em um princípio particular de moralidade ou de doutrina religiosa. (VIOLA, 2009, p. 54).

Childress explica melhor a diferença entre desobediência civil e a objeção de consciência. A desobediência civil é uma forma pública, não violenta e submissa de violar a lei como uma forma de protesto, baseada em princípios morais e políticos, e que tem por objetivo realizar ou evitar mudanças de ordem social, política ou legal. O objetivo da desobediência civil é provocar uma mudança social, enquanto a objeção de consciência tem objetivo mais pessoal, que é o de se manter verdadeiro para com seus fundamentos e princípios éticos e religiosos, evitando a cumplicidade com ações moralmente erradas. A desobediência civil está ligada a atos públicos de protesto, enquanto a objeção de consciência é mais privada, pois não existe o

interesse de propaganda pública, não se busca atenção, apenas que se respeite sua decisão de não participar de atos que sejam violentos para a sua consciência. A desobediência civil envolve uma deliberada violação da lei como forma de protesto, o que não se observa na ação de um objetor de consciência. (CHILDRESS, 1985, p. 68. Apud: WICCLAIR, 2011, p. 11-2).

Ressalte-se a diferença entre a objeção de consciência em saúde, relacionando ao aborto que é permitido atualmente, e a objeção de consciência ao serviço militar obrigatório que havia na Itália. Na recusa ao serviço militar, esta deveria ser requerida, e, depois de avaliação, poderia ser concedida, com atribuição de prestação de serviço alternativo ao objetor, em decorrência de previsão constitucional. A objeção de consciência em relação ao aborto não precisa de requerimento e concessão, apenas uma declaração. (DI PIETRO et al., 2005, p.13).

É importante ressaltar que na Itália, o debate sobre a objeção de consciência teve início nos anos quarenta do século passado, diante da recusa do médico em participar de aborto terapêutico, sendo prevista essa possibilidade de recusa no Código de Deontologia Médica de Torino em 1948. Todavia, o primeiro Código de Deontologia Médica Italiano, de 1954, não trazia expressa essa possibilidade de recusa. Essa discussão toma força com a aprovação da Lei 194/78 que legalizou o aborto voluntário na Itália, que antes era conduta criminosa. O Código de Deontologia Médica italiano aprovado em 1978 traz expresso que a recusa a realizar procedimentos em desacordo com a própria consciência é permitida ao médico. Para facilitar a recusa médica em realizar o aborto, a Lei 194/78, trouxe o art. 9, que permite ao profissional de saúde não tomar parte nos procedimentos de interrupção da gravidez por motivo de objeção de consciência, desde que haja uma declaração prévia ao médico provincial. Essa declaração só tem efeito após um mês de sua apresentação e pode ser revogada. Essa declaração prévia não desobriga o profissional de saúde a cuidar da paciente em suas necessidades anteriores e posteriores ao procedimento de interrupção de gravidez. (DI PIETRO et al., 2005, p. 8-12).

Para Casini e Cieri (1978, p. 16), na Itália, a objeção de consciência aos procedimentos abortivos coloca o objetor em uma posição de conformidade e respeito ao ordenamento, pois ele está tutelado pela mesma lei ordinária com reconhecimento previsto e justificativa legal determinada. (CASINI; CIERI, 1978. p. 16. Apud: DI PIETRO et al., 2005, p.13).

Para Danesi (1998, p.77-8), é importante que se faça a distinção entre as variações da objeção de consciência, pois existe uma forma legalizada e uma forma antijurídica. É possível realizar uma avaliação semântica, em que se percebe existir uma indeterminação de aceção e uma indeterminação de definição.

Essas formas dogmáticas devem ser vistas com um maior detalhamento para que seja possível entender qual a problemática que pode considerar a objeção de consciência como incompatível com a ideia de direito fundamental em um ordenamento.

A objeção de consciência pode ser entendida sob uma visão lexical da dogmática jurídica, da jusfilosofia e da teoria do Direito. (DANESI, 1998, p. 86).

Sob uma visão semântica, a indeterminação da objeção de consciência decorre de existir formas lata, estrita e intermediária. A aceção mais estrita de objeção de consciência conhecida, em um entendimento dogmático, é a recusa em prestar o serviço militar, que sempre teve uma maior visibilidade e que ainda serve de consideração nos ordenamentos jurídicos contemporâneos. A forma intermediária envolve outras situações jurídicas em que a recusa por motivo de consciência pode ser encontrada, com maior clareza de determinação técnica e jurídica, enquanto a forma lata pode englobar as mais variadas formas de espécies jurídicas. (DANESI, 1998, p. 79-80).

Uma segunda forma de indeterminação semântica é a existência de uma pluralidade de definições, aqui Danesi (1998, p. 80-3) se restringe a estudar a forma intermediária de objeção de consciência. Inicialmente há uma distinção interna da objeção de consciência, diferenciando os tipos de objeção *contra legem* e *secundum legem*. A objeção *contra legem* deve ser diferenciada da desobediência civil, enquanto a objeção *secundum legem* é associada à opção de consciência, não devendo, portanto, ser definida como uma forma de objeção, pois aqui o direito a recusar já foi reconhecido e é previsto pela lei. O autor ressalta que a locução *contra legem* pode ser substituída, nos casos de objeção, por *secundum ius*, pois é muito difícil se conceber uma forma de objeção, lexicalmente falando, que não tenha uma aceitação no ordenamento, independente de existir uma interposição legislativa contrária, pois há um paradoxo em considerar a desobediência como um direito, e a objeção seria, portanto, uma desobediência somente quando é avaliada sob uma óptica jusfilosófica meramente positivista. A concepção de uma objeção *secundum ius* também traz uma incerteza relativa à definição de Direito, derivada da dogmática

antipositivista, ou somente antinormativista, a qual justifica a aceitação da objeção de consciência por ser reconhecida por fontes diversas da lei, como a jurisprudência.

A filosofia jurídica coloca a objeção de consciência como espécie do gênero resistência à autoridade, e denota um conflito entre uma obrigação jurídica com um dever moral (diferindo da desobediência civil, em que há um conflito para com o engajamento político), gerando uma reflexão sobre o entendimento político e alcance da consciência no mundo contemporâneo, de forma a mostrar a incerteza entre os limites da esfera ética e da esfera política. (DANESI, 1998, p. 87-8).

A teoria do direito discute a objeção de consciência sob o conceito de norma jurídica, podendo se preocupar com a natureza penalística e punitiva de uma sanção positivada e com a natureza político-legislativa da norma, que entende que a objeção de consciência pode ser entendida como uma recusa a uma obrigação de fazer, podendo ou não haver uma obrigação substitutiva. (DANESI, 1998, p. 96).

Viola considera que a objeção de consciência seja difusamente reconhecida como um direito positivo tutelado e garantido pela mesma lei estatal que impõe deveres diante de um fato. O questionamento que o autor coloca é determinar quais as razões que justificam esse direito e quais suas relações para com a matéria particular em que ela é reconhecida. O questionamento mais específico feito pelo autor é determinar se o direito à objeção de consciência é um direito prefigurado no Estado constitucional de direito, e que estaria, portanto, implicitamente presente na carta constitucional, em virtude de sua relação lógica com os direitos humanos, os quais preveem os direitos de liberdade de consciência e liberdade religiosa. Em havendo lógica nesse raciocínio, a objeção por razões de consciência, teria um alcance mais geral, o que seria incompatível com o poder estatal derivado do ordenamento jurídico, todavia, há que se ressaltar que o direito à objeção de consciência só pode ser alegado em situações e casos específicos, não se constituindo em uma forma de alternativa à desobediência civil. (VIOLA, 2009, p. 55).

Para Viola (2009, p.56), a objeção de consciência está no limite da obrigação jurídica, alargando sua problemática, sob a óptica da tolerância, de modo a neutralizar a dimensão de verdade pretendida pela consciência de modo a não constranger o objetor à observância de norma contrária a sua convicção interna. Essa discussão deve alcançar a dialética da natureza, da estrutura, da função, da garantia e da limitação do direito de objeção da consciência. Não se pode alegar que

uma norma jurídica obriga, por si só, a consciência do cidadão, tal alegação ou sua total negação estão fadadas, ambas, ao erro.

É obvio que a obrigatoriedade de seguir uma norma jurídica tem um caráter moral, a partir de uma causa externa que se torna uma orientação de comportamento social. Isso não impede que o indivíduo se pergunte por que seguir e obedecer a essa norma. É fato que existe uma obrigatoriedade primária em um senso ético e político de se respeitar o ordenamento da vida social, o qual deve ser aceito por todos. A objeção de consciência é um problema em que o conteúdo da norma não é incompatível com o ordenamento jurídico, posto que tem legitimidade e caráter moral social fundamental, mas é incompatível com as convicções de consciência do indivíduo, seja de caráter religioso ou laico. (VIOLA, 2009, p. 56).

A objeção de consciência envolve uma dimensão determinada como pessoal e íntima, diferente de uma concepção comunitária e cívica derivada do reconhecimento do sistema jurídico embasado nos valores fundamentais estabelecidos pela constituição. A obrigatoriedade da aceitação de normas jurídicas de forma consciente é um objetivo perseguido pelo ordenamento jurídico contemporâneo. Quando esse ordenamento está em congruência com os direitos naturais e com as concepções morais de uma comunidade, não há espaço para distinções entre comportamento externo e convicções internas, eles coincidem. A objeção de origem na consciência só deveria existir, portanto, diante de uma contradição gritante e inevitável. (VIOLA, 2009, p. 57).

O direito constitucional contemporâneo à consciência privada do indivíduo está inserido no direito à liberdade de consciência, o qual, por sua vez, é um desdobramento necessário para que ocorra a defesa constitucional da dignidade da pessoa humana. Viola cita que há dois aspectos de difícil harmonização, de um lado há comportamentos que são por si uma violação contra a dignidade da pessoa, considerados ética e juridicamente errados em absoluto, e de outro a defesa da liberdade de consciência, que pode produzir um elemento de subjetividade imprevisível no ordenamento jurídico. O primeiro aspecto pode ser averiguado sob o ponto de vista do direito natural e do valor da pessoa humana, enquanto que a liberdade de consciência, quando exercida, pode colocar o indivíduo em choque com o *ethos* da comunidade, podendo reduzir a valoração interpretativa fundamental da legislação. (VIOLA, 2009, p. 57-8).

Em relação ao aspecto do exercício da liberdade de consciência, Weinstock discute se as razões de objeção de consciência devem ser ligadas somente à religião ou se podem decorrer de outras tradições de reflexão moral. Para o autor, não há dúvida que o cidadão tem interesse em que sua consciência seja respeitada pelo Estado e pelas instituições, assim como o Estado democrático tem o interesse de promover a reflexão moral dos cidadãos. (WEINSTOCK, 2014, p. 9). Weinstock, dessa forma defende que a consciência, seja originada na tradição religiosa, ou em tradição secular, deve ser respeitada e defendida pelo Estado.

A consciência advinda de um padrão axiológico que sofre influências múltiplas, assume uma posição singular em cada indivíduo. Dessa forma cada indivíduo pode trazer em si vários fragmentos formadores de sua consciência de uma forma plural, mas também pode ter sua consciência firmada em bases mais definidas, como no caso da religião. Essa consciência, quer advinda de tradições plurais, quer decorrente de uma tradição em especial, assume o controle na determinação racional da vida de cada um. Scheffler (2010. Apud: WEINSTOCK, 2014, p. 10) defende que um dentre os grandes interesses das pessoas é ser capaz de se localizar dentro de um contexto temporal que seja transcendente em relação a suas vidas individuais. Essa possibilidade de pertencer a uma tradição, religiosa ou não, é uma forma de facilitar a superação dos obstáculos da vida comum, o que seria mais difícil sem que houvesse pontos de referência temporal e de limitação. Assim, as práticas e hábitos que o indivíduo tem como membro de uma tradição, são de importância central na forma como se lida com a própria finitude temporal.

A pluralidade de origem das tradições capazes de influenciar a consciência do indivíduo determina a um Estado que respeite essa multiplicidade de entendimentos e convicções. Embora tradições seculares e tradições religiosas possam conviver lado a lado, em um indivíduo em particular, pode haver maior influência de uma delas em detrimento de outra. Weinstock (2014, p. 10-1) ressalta que há uma diferença entre as razões de o Estado ser limitado em relação ao cidadão quanto ao conteúdo de poder do indivíduo em alegar a liberdade de consciência e a liberdade religiosa. São fenômenos similares, mas não idênticos. A liberdade de consciência protege o processo e os resultados da reflexão moral, enquanto a liberdade religiosa protege o direito de tomar parte em ritos e práticas além de seguir regras comuns. Essas liberdades, em conjunto, protegem e estabilizam o senso de identidade, estão relacionadas a distintos tipos de considerações morais. Uma semelhança em

relação a ambas é a possibilidade de que sejam confrontadas com discussões de razoabilidade.

O direito de recusa do profissional de saúde por motivo de consciência deve ser garantido por algumas razões. Os agentes de saúde devem ver a si mesmos como agentes morais, em virtude do contexto da área em que atuam, sendo permitido que eles tenham uma reflexão crítica sobre as demandas de sua atividade e que tenham protegido um espaço de expressão próprio. Sob um ponto de vista das instituições de saúde, é importante que os profissionais dessa área tenham a capacidade de compreender as leis, regras, códigos de conduta e protocolos do Estado e da profissão, pois deles é exigido um comportamento moral a partir do próprio julgamento de cada caso e, não podendo exercer esse juízo, seria quase impossível exercer suas atividades com congruência moral. A sociedade ainda não está completamente decidida a respeito de certas atividades relacionadas à saúde, como o aborto, a morte assistida, certas formas de reprodução assistida, de modo que, em sendo os profissionais da saúde parte da sociedade, é esperado que essas questões também estejam entre eles. No mundo real existe controvérsia quanto a moralidade e o alcance de práticas médicas, e vão continuar existindo apesar dos esforços de se criar políticas e regramentos para a área médica, com diferentes posicionamentos em relação aos interesses e argumentos de discussão, sendo, pois, interessante para uma democracia liberal que os profissionais ligados à saúde também tenham resguardados seu direito de opinião e de se posicionar contrários a realizar certos atos dentro de sua área de atuação. (WEINSTOCK, 2014, p. 11-2).

Viola (2009, p. 58) realiza uma avaliação, a partir dos dois aspectos, enfrentando a lei natural e o liberalismo individualista. O direito natural defende que a consciência pessoal deve ser defendida de modo a permitir escolhas, sobretudo sobre a forma de viver a própria vida. A tradição liberal considera o indivíduo atomista com sua preferência particular voltada para os próprios interesses. Não se deve confundir preferência com consciência, pois esta pode levar o indivíduo a realizar concessões que diminuem seu interesse particular em detrimento de um bem comum universal. Na forma individualista, a pessoa procura o bem para si, enquanto em uma forma mais consciente, procura o bem pelo próprio bem, o que pode colocá-la em movimento contrário com a noção de bem dos outros, gerando um desacordo.

Para Viola (2009, p. 58), a objeção de consciência deve ser uma “válvula de proteção da pessoa que se ativa apenas nos casos mais graves ou extremos”. Ela representa uma forma de resguardar a consciência individual diante das determinações políticas de uma comunidade a respeito do bem comum. A grande questão é como conciliar essas duas visões de bem.

É importante ressaltar que o direito natural valoriza o indivíduo, o que o torna incompatível para ser justificativa de um direito dentro de uma prática relacional, como a que existe entre médico e paciente. Há que se repetir que, na aplicação da objeção de consciência por parte do médico, a justificativa que se defende é a consciência com suas mais variadas influências, e não uma mera vontade ou satisfação pessoal de outra justificção. Entender a objeção de consciência como uma forma de direito natural reduz a capacidade de compreensão da sua importância para a preservação do indivíduo, pois o direito de objetar é direito fundamental, sendo possível depreendê-lo a partir do texto constitucional.

Adeodato (2010, p. 87-8), seguindo esse entendimento, critica o direito natural e sugere que esse direito é um recurso daqueles que sentem a opressão do direito positivo sob qualquer espécie de forma, constituindo-se em uma reação do indivíduo ou de grupos sociais contra uma ordem que resiste a suas individualidades. O direito natural depende da existência de uma noção de indivíduo, sendo de grande importância na civilização ocidental o direito natural e o individualismo. Considerar o direito natural como uma fonte primária do direito significa considerá-lo como uma forma de reação do indivíduo aos constrangimentos sociais a que está submetido.

O mesmo autor defende que as fontes formais dogmáticas do Direito são vistas como resultado e produto de algo mais primário, ainda que de natureza controversa, sendo uma de suas denominações o direito natural, que não está contido na esfera de saber em sentido estrito, pois suas construções são destinadas à ação, surgidas na insatisfação do contexto social. O direito natural, assim como outras fontes primárias do Direito, teria a função de revelar um direito completo e justo, capaz de corrigir as falhas do direito positivo, aparecendo a concepção intuitiva de uma norma transcendente. (ADEODATO, 2010, p. 86 - 87).

Essa ideia de direito natural pode sofrer influência da teologia, da metafísica e da ciência, podendo variar com o momento social de modo a constituir uma reação pró ou contra o ordenamento positivo vigente. Essa forma de direito empírico, observável, só se manifesta quando o ser humano tem a oportunidade de perceber

sua própria consciência, se percebendo como um ser distinto da sociedade e capaz de ter uma concepção própria de justiça. (ADEODATO, 2010, p. 87).

As discussões que tradicionalmente aconteciam no ambiente de discussão social passaram a ter o indivíduo como um centro de discussão, e este indivíduo recorre ao Direito para garantir seu posicionamento dentro do tecido social, esteja essa sociedade direcionada ou não com a sua própria noção de Bem comum. A pluralidade de tradições coexistentes pode levar a uma disputa de justificativas para que uma delas seja considerada mais pertinente que outra em determinado caso. Como já se discutiu, MacIntyre sugere que uma forma de tradição seja eleita como base para que se possa realizar um diálogo a partir de um ponto comum, a qual, para o autor, é a ética de virtudes aristotélica.

Assim, nesse sentido, Adeodato (2010, p. 106-7) aduz que o Direito se tornou no ambiente ético comum e único na pós-modernidade, pois as demais ordens éticas, dentre elas a religião e a moral, perderam sua importância social. A possibilidade de modificar rapidamente o conteúdo ético do direito positivo, a partir da procedimentalização e dogmatização do direito ocidental, determinam o aparecimento de uma disponibilidade de conteúdos éticos sem par na história, ensejando a tolerância. As fronteiras da tolerância não são definidas pelo próprio direito e esse não tem mais o apoio de outras ordens éticas tradicionais, pulverizadas em pequenos grupos, sem a capacidade de amortecimento e resolução de conflitos, ampliando a demanda do direito, inicialmente restrito aos casos mais agudos.

Nesse sentido, para sua efetividade e garantia, ratifica-se que a objeção de consciência não pode ser entendida como um direito natural, mas como um direito existente associado a um ordenamento jurídico, com um caráter de fundamentalidade.

Entretanto, a consciência particular não gera um direito *prima facie* de não cumprir as leis determinadas pelo Estado. A objeção de consciência só é considerada legítima quando está prevista em lei. Assim, compete ao Poder Legislativo determinar as situações que, juridicamente, são permitidas de exceção ao cumprimento do dever legal, de modo a circunscrever o efeito desestabilizador da desobediência. No caso de previsão legal, não há que se falar em desobediência. O verdadeiro problema é a objeção de consciência *contra legem*, por incompatibilidade para com o bem comum determinado pela autoridade política. (VIOLA, 2009, p. 59).

Para que se entenda a autoridade política como determinadora da noção de bem comum é necessário que se entenda o que é a comunidade política e o que é o bem comum.

O Estado pode ser entendido como um aparato institucional e procedimental que dá forma jurídica ao discurso constitucional, e a constituição não é um programa de vida comum, pois se tornou uma linguagem comum de desacordo, legitimando o dissenso e administrando-o sob a forma de um regimento prático. A comunidade política deve implementar os valores constitucionais e influenciar a maneira de interpretação e de praticabilidade desses valores sob a forma de ato legislativo, através de uma complexa forma de articulação que não pode ser negligenciada. Essa comunidade política tem uma ordem fixa e outra móvel, sendo considerada fixa os valores fundamentais que possuem forma vaga e indeterminada, enquanto a parte móvel é representada pelo pluralismo com suas multiplicidades de interpretações. O pluralismo interpretativo revela-se na discussão democrática a respeito dos valores fundamentais, mas entende-se que nem todas as interpretações são corretas e admissíveis. (VIOLA, 2009, p. 59).

Dessa forma, a objeção de consciência pode ser considerada uma forma de direito constitucional na forma de respeitar a consciência do cidadão como se se conferisse a esse juízo de consciência uma relevância pública. Uma sociedade de orientações pluralistas deve tomar percepção do confronto de declarações de direitos fundamentais existentes, e não se ater apenas a uma concepção oficial desses direitos. (VIOLA, 2009, p. 60).

Essa compreensão pluralista da sociedade faz novamente eco com a noção de McIntyre, discutida no capítulo I, de que a sociedade contemporânea tem muitos fragmentos de tradições que são determinantes na origem dos dissensos.

Apesar desses evidentes conflitos e dissensos, a pessoa humana tem uma dimensão racional, que percebe a necessidade de viver em conjunto com o outro, e que deve manter valores comuns, e uma dimensão individual, que pode ter uma visão diferente aos valores comuns, gerando um conflito interno. A sociedade permite uma pluralidade de alternativas de ação, que variam com a consciência individual, porém essas múltiplas possibilidades de ação podem se converter em um confronto entre ser pessoa ou ser cidadão. A avaliação da objeção de consciência como direito deve ultrapassar a tendência de se aceitar essa recusa apenas quando

está em conformidade com a orientação ideológica, e de não aceitá-la quando está baseada em ideias contrárias a essa orientação. (VIOLA, 2009, p. 61).

Há um questionamento a ser feito sobre a maneira de enfrentar o individualismo, defendido pelo direito natural de orientação liberal, com uma integração ao direito fundamental, de modo a compreender o aspecto mais tradicional da noção coletiva da *pólis*, hoje representada pelo Estado e pela sociedade, para que seja possível discutir o direito individual em um aspecto relacional.

As ordens normativas tradicionais tinham a função de coordenar as expectativas de condutas futuras de comportamento. Tais ordens sofrem de uma dissolução com a complexidade da sociedade atual, havendo isolamento entre elas, com o surgimento de um individualismo de concepções morais, religiosa, política, onde cada indivíduo quer defender sua própria ideia de conduta em cada aspecto de relação social. Resta apenas o Direito como meio de resolução de conflitos em uma sociedade complexa, havendo uma sobrecarga do Direito e do Estado. A tolerância extremada é criticada por Adeodato (2010, p. 106-8), pois se revela paradoxal, podendo se apresentar como a covardia de tolerar os intolerantes, ou a uma indiferença. Enfrentar o paradoxo significa uma tentativa de conciliar os princípios de tolerância e igualdade.

A dogmática constitucional coloca em discussão se todos os direitos protegidos pela constituição são considerados fundamentais, ou se existem direitos fundamentais em virtude de seu conteúdo e direito apenas formalmente constitucionais. Essa controvérsia está ligada à discussão sobre temas considerados materialmente constitucionais, intrinsecamente relacionados ao assunto constitucional, e os temas formalmente constitucionais, simplesmente por se encontrarem no texto constitucional, sobretudo em constituições detalhistas como o é a Constituição Federal de 1988. (ADEODATO, 2010, p.137-8).

Os direitos naturais foram vistos como se estivessem acima dos direitos positivos desde os precursores gregos, como Sófocles e Aristóteles, e posteriormente elevados a uma amplitude de inerência para com a condição humana e de igualdade radical a partir do pensamento cristão. O constitucionalismo, que deu origem ao Estado Liberal como primeira forma de Estado de Direito no Ocidente, tinha como um de seus pilares o individualismo, mas essa perspectiva individualista ignorou a pobreza e a exploração humana, deixando o *laissez faire*

liberal retirar os freios das atividades exploratórias e predatórias dos mais fortes. (ADEODATO, 2010. p. 136).

O texto constitucional brasileiro tem os direitos fundamentais como gênero que abrange os direitos individuais, coletivos, sociais, de nacionalidade e políticos. Os direitos do art. 5º (individuais e coletivos) seriam considerados fundamentais e garantidos por normas de aplicação imediata. Os direitos individuais reconhecem o indivíduo como possuidor de autonomia na sociedade, e são objeto de uma hermenêutica extensiva com ampliação do alcance semântico desses direitos tradicionais. O direito à liberdade é um direito que pode ser muito ampliado, a partir do poder de escolher como agir, com um grau de indeterminação que permite uma grande manipulação retórica. (ADEODATO, 2010, p. 139-40).

A noção de direito fundamental reflete uma herança plural da modernidade, havendo uma noção de que, em sendo a constituição a lei fundamental, todo direito protegido por seu texto seria fundamental, enquanto uma outra noção, de perspectiva material, leva em consideração um conteúdo de maior hierarquia ética de certos direitos, os quais poderiam estar acima da positivação constituinte originária. Essa noção de direito fundamental pode ser estendida a partir da decisão de quem decide o caso concreto, podendo chegar a um ativismo judicial, com a criação do direito pelo julgador. (ADEODATO, 2010, p. 146-8).

Se o direito de objetar por motivos de consciência for tomado como um direito fundamental ligado ao direito de liberdade de consciência e de religião, resta avaliar se ele deve estar previsto de uma forma direta e explícita no texto constitucional para que seja alegado e exercido.

Para Coutinho (2005, p 2-3), a objeção de consciência tem sua fonte jurídica no Direito Constitucional, constituindo-se em um direito fundamental, pois representa um dos corolários da liberdade de consciência, que possui um posicionamento subjetivo.

Nessa alegação da objeção de consciência como direito fundamental, Coutinho informa que a origem da objeção de consciência nasceu com a distinção entre a obediência a Deus e a obediência às leis terrenas, que teriam ocorrido em relação às ordens destoantes da religião cristã impostas pelo Império romano e que foram objetadas pelos mártires cristãos. Ela se configura em uma forma de reação a uma intromissão inaceitável do estado nas convicções dos indivíduos. O argumento de respeitar algo que seja sagrado para si justificaria a impossibilidade de abdicar

preceitos de ordem interna e religiosa e, dessa forma, manter o sentido de orientação da vida. Com a evolução do cristianismo, esse mesmo argumento veio a servir ao Protestantismo na defesa do livre arbítrio, o qual, por sua vez, transformou-se em um dos fundamentos do liberalismo. (2005, p. 4).

A partir da noção original de uma forma de defesa para se conservar íntegras as normas de índole religiosa, a objeção de consciência vem se tornando e evoluindo para uma forma de se resguardar da exigência decorrente da cidadania exercida em um estado de Direito democrático, quando se confrontam questões capazes de destruir a consciência mais interna do cidadão. (COUTINHO, 2005, p. 4).

A objeção de consciência tem seu primeiro registro em um texto constitucional na Constituição da Pensilvânia de 16 de agosto de 1776, fazendo referência a uma forma geral e particular (objeção a participar de força militar). Curiosamente, a Constituição Americana de 17 de setembro de 1787 não dispõe sobre a objeção de consciência em seu texto de uma forma explícita, por isso, tem sua previsão em nível infraconstitucional somente. (COUTINHO, 2005, p. 5).

A Suprema Corte Americana suspendeu, em 1973, a proibição do aborto, permitindo a legalidade do procedimento. Diante da repercussão e da objeção de muitos médicos, o Congresso Americano permitindo aos médicos e outros profissionais da saúde a recusarem participar da prática abortiva. No final do século passado alguns estados americanos aprovaram o direito de um indivíduo determinar antecipadamente as diretrizes de final da vida através de um testamento vital, determinando que fosse respeitada essa vontade. O congresso Americano também reconheceu no caso de determinação antecipada de diretrizes para o fim de vida que os médicos pudessem alegar o impedimento de consciência. Esses casos, relacionados ao aborto e à determinação do final da vida permitem a liberdade de consciência do médico por determinação legal e são chamadas cláusulas de consciência no direito americano. (PELLEGRINO, 2002 a, p. 225-6).

As discussões sobre a objeção de consciência na Itália, antes relacionadas somente ao aborto, ampliaram sua área de debates para os procedimentos de fecundação artificial, manipulação genética, solicitação de eutanásia comissiva, assistência ao suicídio e procedimentos para modificação de sexo. Outro tema de debate é a prescrição e venda de produtos com efeito de evitar a nidação do conceito, conhecida como “pílula do dia seguinte”, método de contracepção tardia

que não impede a fecundação, mas impede a progressão da gravidez, considerada como método abortivo pelo objetor. (DI PIETRO et al. 2005, p. 24-5).

O debate italiano sobre a contracepção tardia com a chamada “pílula do dia seguinte”, levou a Comissão Nacional para a Bioética a considerar, em 2004, que a recusa em prescrever tal medicação pode ser justificada por uma “cláusula de consciência” com base no direito constitucional de tutelar a vida do conceito. Tal justificativa revela o papel fundamental do foro interno e mais íntimo do homem e, também, pela promoção do bem fundamental e indispensável da vida humana desde a fecundação. (DI PIETRO et al., 2005. p. 26-7).

A Constituição Portuguesa de 1976 (PORTUGAL, 1976) prevê a liberdade de consciência no art. 41, nº 1, indo além de sua previsão simples, citando a objeção de consciência como forma do direito a essa liberdade, a qual pode ser exercida fora do âmbito religioso:

Artigo 41.º

Liberdade de consciência, de religião e de culto

1. A liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável.

[...]

6. É garantido o direito à objeção de consciência, nos termos da lei.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) traz a objeção de consciência, de uma forma direta e explícita, prevista no art. 143, I, com a defesa apenas do aspecto pertinente ao serviço militar:

Art. 143. O serviço militar é obrigatório nos termos da lei.

§ 1º Às Forças Armadas compete, na forma da lei, atribuir serviço alternativo aos que, em tempo de paz, após alistados, alegarem imperativo de consciência, entendendo-se como tal o decorrente de crença religiosa e de convicção filosófica ou política, para se eximirem de atividades de caráter essencialmente militar.

§ 2º As mulheres e os eclesiásticos ficam isentos do serviço militar obrigatório em tempo de paz, sujeitos, porém, a outros encargos que a lei lhes atribuir.

O fundamento do direito à objeção é a dignidade da consciência de cada indivíduo, respeitando a capacidade de cada um em se autodeterminar conforme seu critério de decisão. Nesse caminho, Coutinho defende que a objeção de consciência deve ser respeitada sempre que for invocada, mesmo quando os motivos de consciência sejam considerados errôneos, pelo fato de o objetor não possuir um conhecimento suficiente no caso concreto, de modo a permitir encontrar um verdadeiro critério de consciência, e também quando não teve a oportunidade de

aprofundar esses critérios. Para o autor, não se deve tornar o direito à objeção como absoluto, podendo ser revisto com estudo e reflexão. (COUTINHO, 2005, p. 11).

Coutinho explica que o direito à objeção de consciência, previsto na Constituição Portuguesa de 1976 é um direito fundamental de eficácia imediata e indireta. É de eficácia imediata, pois está consagrado como preceito em norma constitucional com eficácia imediata destinada diretamente ao cidadão, e tem eficácia indireta, pois não exequível por si mesma, uma vez que é incompleta e exige complementação legislativa procedimental para sua execução. (COUTINHO, 2005, p. 13).

No caso brasileiro, o direito de objeção de consciência não tem previsão constitucional explícita e direta, exceto no caso de recusa a prestação de serviço militar. É importante verificar como se pode encontrar a defesa do direito de objeção por convicções internas na interpretação constitucional, ainda que seja necessário encontrar essa previsão de uma forma indireta ou implícita.

Na defesa da objeção de consciência como direito constitucional, Viola (2009, p. 62) apresenta quatro teses justificando esse direito à objeção de consciência. A primeira tese defende que, em princípio, nenhuma norma legislativa vincula a consciência do cidadão pelo seu conteúdo. A consciência pessoal é independente da contagem dos votos. Ainda que uma norma injusta possa ser mantida como moralmente obrigatória em virtude do dano social de sua desobediência, ela ainda será conflituosa quando se confronta a comunidade política com a consciência pessoal, com reflexos desse conflito na fidelidade e lealdade a essa norma. O direito à objeção de consciência eleva a consciência da pessoa a um relevo constitucional, transferindo o conflito entre comunidade e particular para dentro do ordenamento, devendo ser levado em conta que o juiz está sujeito a um ordenamento jurídico em sua completude quando age em um Estado constitucional de direito, não podendo avaliar tão somente normas isoladas.

A segunda tese determina que há sim um fundamento constitucional da objeção de consciência e que ele está baseado nos direitos à liberdade de consciência e à liberdade religiosa. A objeção de consciência decorre desses dois direitos fundamentais, mas eles não justificam a desobediência por razões de consciência. A liberdade de consciência fundamenta um argumento legítimo para recusar a obediência a uma lei. Quando existe uma determinação legal prevendo o direito de objetar, como no caso do serviço militar, e, na Itália, no caso de aborto, há

uma concessão da autoridade política, uma dispensa prevista, que não é simples exceção. Deve ser encarado o problema de determinar a estrutura desse direito, seus limites e condições de exercício. (VIOLA, 2009, p. 62-3). No Brasil, como já se referiu, esse direito não está previsto diretamente, o que não inviabiliza sua justificação a partir dos mesmos direitos fundamentais de liberdade de consciência e liberdade religiosa.

A terceira tese faz referência ao caráter complexo da consciência, que apresenta dois componentes que são protegidos pela objeção: a formação da consciência e o juízo prático do comportamento exterior. A consciência, para servir de justificativa para a objeção, deve ter alguns elementos para ser avaliada em sua conformidade para com o bem jurídico tutelado pela norma objetada. A consciência deve se ater a uma realidade objetiva, não pode ser mero capricho ou fato emotivo irracional. Quando associada ao sagrado, não se questiona a expansão de uma liberdade religiosa, mas se verifica se o fato se relaciona com o aspecto necessário da própria dignidade e autoestima do indivíduo, devendo ser uma expressão do juízo prático originado em profundas convicções pessoais. Como ao Estado só interessa a ação prática, o direito de objeção resguarda a consciência da esfera íntima de um confronto com o poder estatal. (VIOLA, 2009, p. 64).

Por fim, a quarta tese lembra que a objeção de consciência não pode depender da existência de uma lei estatal de forma exclusiva. Não se pode defender a proibição da objeção de consciência, não prevista em lei, por ser uma afronta à segurança jurídica, pois o Estado constitucional tem por objetivo defender o direito do cidadão contra o poder estatal forte, evitando a ditadura da maioria. A Objeção de consciência é um elemento essencial da dialética democrática, visando à sustentação do consenso do cidadão quanto ao conteúdo da norma, permitindo a existência de um dissenso capaz de permitir a evolução do ordenamento. A objeção de consciência deve ser entendida como um direito humano constitucionalmente garantido, pois decorre da liberdade de consciência que reconhece o direito de viver e agir conforme os ditames internos, de modo que o direito de objetar deve ser avaliado no sopesamento dos valores constitucionais e na tutela do direito do outro. (VIOLA, 2009, p. 68-9).

É interessante notar o modo como Canotilho faz referência implícita à importância da tradição e sua evolução no texto constitucional a partir de um sentido antigo resgatado pelas ferramentas da hermenêutica. Para o referido autor, o

pensamento dogmático-sistemático jurídico deve dar mais atenção à problematização do ambiente e da pré-compreensão das justificativas tradicionais dos aspectos constitucionais através de um pensamento mais aberto. Essa abertura do pensar pode conduzir a discussão por uma investigação dos aspectos hermenêuticos da interpretação, aplicação, compreensão e concretização, sem estar preso aos postulados hermenêuticos. (CANOTILHO, 1994, p. 67).

Essa liberdade em relação aos postulados hermenêuticos se faz por utilização dos instrumentos da hermenêutica de tomar o discurso legislativo e constitucional e o discurso referencial. O discurso legislativo constitucional é a instituição de regras de comportamento aos seres e às coisas através de enunciados pré-formativos e normativos. O discurso referencial se identifica com o mundo social anterior à palavra e, quando se usa, aqui, termos como “discurso”, “decodificação” e “estruturas”, não há uma significância estruturativa, mas uma metodologia complexa. (CANOTILHO, 1994, p. 67).

Para Canotilho (1994, p. 67-8), existe uma “arqueologia do sentido”, que vincula o legislador e se insere na constituição dirigente. O conceito de uma constituição dirigente, para o autor, não é ligada às descrições de espaços, jogos, estratégias, formas históricas e técnicas comuns a uma arqueologia do poder. A constituição dirigente tem um texto constitucional cuja interpretação e aplicação é de uma duplicidade política do campo interpretativo.

As ferramentas da hermenêutica devem ser usadas como ferramentas do sentido, e não como meio de criação de uma subjetividade ontológica. Essa tecnologia do sentido é materialista, porém, antipositivista. É materialista por considerar as instâncias econômicas como determinantes da estrutura epistêmica. É antipositivista em virtude de o positivismo ocultar os fenômenos de domínio político, tentando reduzir o problema a partir de uma dominação imperativa e normativa. (CANOTILHO, 1994, p. 68-9).

Essa tecnologia hermenêutica deve contemplar, de forma simultânea, vários aspectos da investigação jurídica, sem uma determinação de um sábio saber do Direito. Também deve contemplar uma investigação antropológica, sem colocar a ética em um “horizonte longínquo”. (CANOTILHO, 1994, p. 69).

A constituição tem uma dualidade intrínseca entre o mercado e o Estado. O mercado contribui com a ideia de sociedade civil e da igualdade dos homens. O Estado traz para a constituição o ideário da sociedade e da igualdade. Essa

dualidade torna os problemas em uma discussão dialética, pois não determinam pontos e limites absolutos, conferindo à constituição social um caráter de “problema de transformação da realidade”, o qual deve ser realizado pelos homens. (CANOTILHO, 1994, p. 69-70).

A discussão quanto à intromissão do direito da *pólis* na esfera de direito do indivíduo pode ser identificada na afirmação de Canotilho, de onde se depreende que o mercado, liberal, valoriza o individualismo, enquanto o Estado busca a vida política comunitária, onde a tradição tem papel de manter relações harmoniosas entre os indivíduos.

Esse posicionamento dialético entre a liberdade e a igualdade tem pressupostos filosóficos e políticos. Dentre os pressupostos, Canotilho (1994, p. 70) cita o distanciamento entre o sujeito e sua atuação prática e a natureza, pois homem e natureza são de domínios diferentes. Outro pressuposto é a existência de um sujeito que decide, colocando a realidade existente à sua disposição para decidir qual a sua constituição verdadeira. O indivíduo que decide é, em verdade, representado pelas classes e frações de classes, devendo ser abandonada a subjetividade fixa. Também se pressupõe uma relação recíproca entre os homens, uma reciprocidade dialética entre sujeito e objeto. Um outro pressuposto é entender que o mundo não deriva da natureza dos homens, e que o mundo não é fixo.

Outros pressupostos são a ordem e a ordenação. Apesar da ideia de uma boa ordem ser uma problemática aberta, nada impede que, em determinado contexto histórico, essa ideia de ordem pode se concretizar determinando qual a ordem a se buscar e quais os meios de realizar essa ordem. A ordenação é sempre problema central e aberto relacionado com a possibilidade e necessidade de conformação social. (CANOTILHO, 1994, p. 70).

Essa ordem é um problema de evolução e construção e deve ser enfrentado de forma explícita, mas, ainda resta o questionamento sobre como essa boa conformação da realidade deve constar nos textos constitucionais: de forma explícita ou implícita. A discussão se a constituição dirigente é matriz programática ou, em oposição, uma constituição da liberdade, ou ainda, como instrumento de governo, parece ser uma discussão de uma problematização entre o confronto de uma realidade e uma subjetividade transcendental. A constituição, para Canotilho (1994, p. 70-1), deve ter como tarefa a realidade.

A previsão constitucional relativa ao direito à liberdade de consciência, observada de forma direta e explícita na Constituição federal de 1988, e o direito à objeção de consciência em relação à prestação do serviço militar, também explícito no texto, que assume uma forma implícita em relação às outras formas de objeção da consciência, pode e deve ser levada em conta quando da discussão de eventuais conflitos na relação médico-paciente, assumindo um contexto dialético não individualista, mas tradicional e personalista, para que seja possível ter um ponto inicial de discussão identificável, de onde a sociedade pode tomar posicionamento para decidir a melhor forma de resolvê-los.

Uma avaliação teórica dos direitos fundamentais se faz necessária para que se possa afirmar a natureza fundamental do direito à objeção de consciência. Essa avaliação será feita à luz da teoria defendida por Robert Alexy, uma vez que seu estudo contempla a existência de direitos fundamentais constitucionalmente previstos de uma forma decorrente e indireta.

Para Alexy, as teorias de direitos fundamentais que pretendem explicar seu objetivo e a sua estrutura, são, em verdade, uma concepção básica geral e não podem substituir uma teoria mais elaborada. Essas teorias são abstrações e expressam uma tese fundamental, de uma forma unipolar. O autor informa que não é possível compreender adequadamente os direitos fundamentais a partir dessas teorias unipolares, em virtude da complexidade e da multiplicidade de regulamentações que partem dos direitos fundamentais. A única exceção seria a abstração máxima de uma teoria unipolar de garantir a dignidade humana, todavia, tal tipo de teoria poderia trazer em si as mais diversas teorias de direito fundamental. (2008, p. 40-1).

Segundo o autor, os direitos fundamentais têm inúmeras funções, aspectos e fins, sendo mais aceitável uma teoria combinada, mas uma crítica recai sobre a possibilidade de se usar diferentes teorias para tentar justificar as decisões judiciais, de modo a dificultar uma interpretação comum e previsível. A dificuldade em se determinar uma ideia básica para explicar os direitos fundamentais significa que não se pode ficar na superficialidade de ideias básicas, pois um alto grau de abstração permitiria várias formas de colisão em casos concretos. É necessário se considerar um modelo de direito fundamental a partir de uma ideia integrativa e de forma estrutural. (ALEXY, 2008, p.41-2).

Interessante notar que a multiplicidade de teorias básicas tem origens diferentes e suas aplicações concomitantes podem ser antagônicas. Alexy busca, em sua teoria estruturante e integrada, encontrar uma forma de consenso básico que permita discutir a aplicação dos direitos fundamentais e de dirimir os conflitos entre esses direitos.

Uma teoria estrutural é uma forma analítica de se entender o direito fundamental a partir da tarefa prática de integrar esse direito no sistema jurídico com suas influências e fundamentações de seu alcance. Visa, portanto, criar uma dogmática dos direitos fundamentais como disciplina prática e fundamentação racional de juízos quanto ao dever ser dos direitos fundamentais. Para que haja a racionalização e fundamentação, é necessária a clareza da estrutura da norma, dos conceitos e das formas de argumentação dos direitos fundamentais. A realidade quase sempre mostra uma desconcertante variabilidade de entendimentos que variam desde a qualificação dos direitos fundamentais como direitos individuais até a de princípios objetivos. Esses entendimentos, por sua vez, suscitam outros questionamentos que envolvem a própria definição sobre o que é princípio, o que é objetivo, o que é individual, o que é valor comunitário, dentre outros. (ALEXY, 2008, p. 43-4).

Alexy refere que há uma estreita correlação entre o conceito de norma de direito fundamental e o próprio direito fundamental, como se fossem os dois lados de uma mesma moeda. Todavia sob um ponto de vista positivista essa relação não recomendável, pois algumas normas de direito fundamental não poderiam ser consideradas como normas dessa natureza. (2008, p. 50-1).

Para Alexy, o conceito de norma de direito fundamental deve ser entendido como mais amplo que o conceito de direito fundamental em si. Não há interesse em discutir esse conceito de norma para efeito de estudo de objeção de consciência no âmbito desse trabalho, mas há que se diferenciar a norma, com suas modalidades deônticas básicas de dever, proibição ou permissão de um enunciado normativo, de onde se extrai, por interpretação de seu significado, a norma em si. (2008, p. 51-4).

A partir de um enunciado normativo, a norma é expressa por seu contexto e pelo significado deôntico, que encerra os enunciados de ser permitido, proibido, dever, ter direito, etc. Todo enunciado normativo pode ser transformado em um enunciado deôntico de modo a identificar a estrutura das normas que expressam, da mesma forma que um enunciado afirmativo expressa uma afirmação. Um enunciado

afirmativo expressa algo que é, enquanto um enunciado deôntico expressa algo que deve ser. (ALEXY, 2008,p.54-8).

A norma, além de seu significado semântico, deve ter validade no ordenamento jurídico para que haja eficácia. Alexy questiona como é possível determinar que certas pretensões, decorrentes de asserções determinadas constitucionalmente, tem validade dogmática. A partir desse problema, o autor estuda os enunciados da Constituição alemã que dispõem sobre os direitos fundamentais com o direcionamento de dois outros problemas, quais sejam, a existência de um critério para identificar um enunciado constitucional como uma expressão de um direito fundamental, e, mais importante para este trabalho, se há direitos fundamentais que não estejam expressos diretamente por enunciados na constituição. (2008, p. 65-6).

Alexy diferencia dois critérios na identificação de um direito fundamental no texto constitucional, um substancial e outro estrutural. O critério substancial diz respeito aos direitos que constituem o fundamento do próprio Estado, no caso, do Estado Liberal, os direitos individuais de liberdade. O critério estrutural se relaciona com a estrutura do texto constitucional, e, nesta condição, seriam considerados direitos fundamentais apenas aqueles expressos nas disposições explicitamente designadas como “direitos fundamentais”. Contra esses argumentos, de critério estrito, existe a observação de que há outras disposições constitucionais que expressam claramente direitos fundamentais. (2008, p.66-8).

Todavia, determinar como sendo direitos fundamentais somente aqueles que estão expressos de forma clara, também padece da mesma restrição de critérios. Uma norma pode ser expressa por diferentes enunciados deônticos, de modo que uma norma pode ser indeterminada ou aberta, tanto semanticamente, como estruturalmente. (ALEXY, 2008, p.69-70).

A abertura estrutural de uma norma de direito fundamental permite se repreender vários enunciados, mas esses enunciados constituirão normas de direitos fundamentais quando mantiverem uma relação especial com a norma diretamente expressa, uma “relação de refinamento”, nas palavras de Alexy. O autor também cita que, quando não existe essa relação de refinamento evidente com a norma expressa, um determinado direito fundamental pode ser aceito mesmo quando “não escrito”. (2008, p. 71-2).

Um direito fundamental não expresso diretamente no texto constitucional deve ter como critério de validação uma “correta fundamentação referida a direitos fundamentais”, embora essa própria fundamentação possa ser discutível, essa discussão não atinge a todas as normas atribuídas às normas de direito fundamental. Definir uma norma como atribuída a uma norma de direito fundamental baseada em uma fundamentação correta pode ajudar, inclusive, a estabelecer até mesmo normas diretamente expressas. (ALEXY, 2008, p. 74-5).

Assim, para Alexy, uma definição geral de norma de direito fundamental é a de que se trata de normas em que existe a possibilidade de uma fundamentação correta referida a direitos constitucionais. Há que se entender, portanto, que há uma diferença na facilidade de se fundamentar uma norma diretamente estabelecida e outra, que esteja estabelecida de forma indireta. (2008, p.76).

Dessa forma, parece claro que a existência de direitos fundamentais explícitos relacionados com a liberdade de consciência e com a liberdade religiosa, pode justificar a objeção de consciência como um direito fundamental derivado e justificado de uma forma mais ampla, não sendo defensável justificar a proibição ou não aceitação do direito de objeção apenas com bases estruturais de inexistência de previsão direta e explícita.

A previsão direta do direito de objeção por razões de consciência está presente na Constituição federal de 1988, porém atrelado à recusa de prestação de serviço militar. Conforme o pensamento de Alexy, essa norma de direito fundamental direta pode ser facilmente compreendida a partir dos direitos à liberdade de consciência e da liberdade religiosa. Ora, esses mesmos direitos são capazes de justificar a existência de outras formas de objeção baseada em motivos internos de consciência, dentre eles a objeção do médico no seu trato para com o paciente. É possível afirmar que esse direito à objeção de consciência é facilmente visível quando se tira a cortina de uma interpretação meramente explícita e estrutural. Uma análise mais ampla percebe claramente a garantia fundamental implícita ao direito de objeção por razões de consciência.

Não se pode defender que tal direito de objeção na atividade médica seja isento de prejuízos ao paciente, mas a percepção desse direito fundamental do médico em seu exercício profissional permite sua defesa e discussão, nas situações de conflito, com a tutela constitucional, permitindo a correta ponderação e sopesamento na sua aplicabilidade.

CONCLUSÃO

Eventuais dissensos entre as finalidades de um tratamento médico, que podem ocorrer entre o profissional e seu paciente, podem decorrer de uma divergência de concepção sobre qual é o objetivo da abordagem terapêutica a ser tomada. O médico pode ter por objetivo a busca da cura de uma doença, enquanto o paciente deseja apenas o alívio de um sofrimento. Ocorre que uma eventual tentativa de cura pode envolver aquele sofrimento indesejado e os dissabores de procedimentos invasivos e dolorosos que podem não ser aceitos pelo paciente.

Um paciente pode procurar um médico com o objetivo de realizar um procedimento de esterilização, como a vasectomia, com o objetivo de controle de natalidade, mas o médico pode entender que essa forma de controle cirúrgico, em virtude de sua difícil reversibilidade, é uma forma de mutilação, de atentar contra a integridade da saúde do indivíduo, impedindo a reprodução natural.

Em uma situação de paciente com doença terminal, sem possibilidades de continuar um tratamento com finalidade de cura ou de melhorar o sofrimento, o médico indica cuidados de palição terminal em quarto de internação comum, de modo a resguardar a interação familiar nos últimos momentos de vida, garantindo uma dignidade no processo final da morte, mas o paciente entende que sua vida deve ser levada às últimas consequências, mesmo que pra isso haja necessidade de aplicação de procedimentos fúteis e prolongadores de um sofrimento final e inexorável.

Uma mulher, após o diagnóstico de gravidez em decorrência de um crime contra sua liberdade e dignidade sexual, deseja a interrupção da gravidez por não tolerar gerar um filho do seu violador, entretanto, o único médico da cidade se recusa a realizar o procedimento em virtude de suas convicções religiosas.

As situações acima não são infrequentes na atuação médica e as decisões tomadas pelos médicos não são idênticas e pacificadas, assim como nem todos os pacientes exigem condutas de difícil realização. Qualquer decisão ou conduta tomada nessas situações limites estarão ferindo o direito de alguma das partes da relação entre médico e paciente. Em virtude de haver, na atuação médica, esse elo forte entre médico e seu paciente, esta relação não pode ser colocada em segundo plano nas discussões quanto aos objetivos e resultados de tratamento pretendido.

Nessa relação entre médico e paciente, os aspectos científico e técnico da medicina cedem lugar a uma interação entre indivíduos com visões de mundo que podem ser assemelhadas ou muito diferentes. Essa forma de entender o mundo e de direcionar sua vida está diretamente ligada ao modo como cada pessoa define o Bem a ser alcançado naquele momento de sua trajetória no mundo. As noções de Bem do médico e do paciente direcionam a relação entre eles. A diferença inconciliável entre o Bem pretendido com a prática médica pode tornar a relação inviável e eivada de antagonismos.

A história de vida individual, a cultura familiar, a tradição cultural comunitária, o entendimento inerente a cada pessoa, podem levar a formação de noções particulares de Bem. Esse Bem de cada um irá resultar em determinações que busquem os interesses e condutas práticas que permitam realizar o Bem pretendido. Como foi visto, MacIntyre acredita que, no mundo atual, muitos fragmentos de conjuntos de valores e entendimentos de grupos socioculturais e tradicionais resultam em racionalidades, formas de pensar e entender o mundo, diferentes entre si, podendo se posicionar, em certos momentos, como diametralmente opostas.

As racionalidades atuais são como colchas de retalho que não têm um padrão único e definido, com a perda de um parâmetro capaz de direcionar a discussão de eventuais dissensos quanto ao Bem que se busca. Na tradição grega ancestral já havia diferenças de opinião sobre a forma de entender o Bem. Platão acreditava que esse Bem deveria estar voltado para a *pólis*, enquanto Aristóteles acreditava em uma forma menos idealizada e mais real, com a concepção de Bem centrada no indivíduo, porém sem perder o contexto de que o indivíduo faz parte de um grupo social maior. No mundo atual, o liberalismo e o individualismo se coadunam melhor com o Bem de Aristóteles, entretanto, a justificção de agir em busca de um Bem tem explicações que não são coerentes com a ética de virtude aristotélica.

Quando o elemento harmonizador de uma tradição, no caso da tradição grega aristotélica, representado pelo ideal de virtude, é retirado do cenário de discussão e ponderações, restam apenas desejos e vontades de dois indivíduos que nem sempre são facilmente conciliáveis. MacIntyre acredita que a tradição iniciada por Aristóteles pode ser usada como um elemento de planificação para uma abordagem dialética que seja capaz de chegar a um consenso. O individualismo e o emotivismo dificultam a discussão conclusiva sobre a conduta ética a ser tomada, uma vez que esse posicionamento tem como foco os anseios pessoais.

Na relação entre médico e seu paciente, além do objetivo buscado por cada indivíduo, existe a influência dos fatores sociais e estatais, como um reflexo da noção de bem defendida por Platão. Ocorre uma confluência entre interesses individuais e comunitários, entre interesses internos e externos ao indivíduo. Não se pode deixar de atentar para o fato de que as decisões que, *a priori*, são de caráter interno, podem ter repercussões externas e atingir outro indivíduo. Quando um indivíduo recusa a realizar um tratamento capaz de curá-lo de um mal, está expondo sua família à perda de um elemento importante, com eventual necessidade de auxílio da sociedade. Essa percepção de que se é um indivíduo em interação com outras esferas de interesses e necessidades de outros indivíduos, faz surgir a percepção da moral e da ética.

A ética de virtudes de Aristóteles é capaz de alcançar essas outras esferas individuais na antecipação de resultados de condutas na busca do Bem particular. Nesse momento pode ser percebida a variação da forma de entender essa interação de indivíduos, conforme a cultura e história em que o indivíduo está inserido. O médico, além das tradições cultural, social e histórica, tem ainda a influência de tradição profissional e as determinações decorrentes do ordenamento jurídico a que está submetido.

A tradição profissional médica é antiga e tem seu início representado, no mundo ocidental, pelo Juramento de Hipócrates, um código deontológico baseado em preceitos éticos de virtude. Essa ética, formatada em limitações e proibições, acompanhou a história da medicina como um fio condutor da tradição profissional. Hans Jonas explicou as razões justificadoras da responsabilidade que o médico tem para com seu paciente e para com a sociedade. Todavia, a evolução médica determinou uma ampliação da capacidade de causar, de modo que a responsabilidade médica passa a se fundamentar na necessidade de prudência na aplicação desse poder, podendo causar o bem, porém com risco cada vez maior de causar o mal.

O risco inerente aos procedimentos médicos e, de forma ampliada, a toda a exposição aos serviços de saúde, determina um fator de insegurança a todo paciente. A confiança depositada no médico é crucial para o bom percurso de um tratamento de saúde. O mundo atual testemunha uma setorização cada vez mais evidente da medicina, o médico parece deixar de ser cuidador da pessoa para ser cuidador de uma parte, isso gera uma insegurança no paciente que atinge a

confiança anteriormente depositada na pessoa do médico. O paciente tem a percepção que, às vezes, o médico parece cuidar apenas da doença, e não do doente.

Dessa forma, hodiernamente, temos um quadro de atuação médica que se baseia em grandes benefícios associados a grandes riscos decorrentes do aprimoramento técnico e científico, os limites de atuação da atividade médica estão muito alargados, porém com uma atuação limitada em cada profissional especializado, além de existir influências outras afetando esse quadro, como os interesses econômicos e mercadológicos, assim como se observam desvios de conduta em pesquisas aplicadas. A medicina, que anteriormente tinha uma atuação centrada no médico, de cunho paternalista, com a evolução social passa a absorver os valores liberais e começa a se importar mais com o paciente, seus interesses e direitos protegidos em detrimento dos valores defendidos pela tradição médica.

A valorização do paciente decorrente do princípio bioético da autonomia, quando aplicada apenas ao paciente, sem considerar outras influências, e associado ao princípio da beneficência, parece dar ao médico apenas deveres e ao paciente apenas direitos, causando um desequilíbrio na relação entre os dois. Não se defende que o paciente não deve ter todos seus direitos e garantias resguardados, o que não seria correto é retirar esses mesmos direitos do médico. A passagem de uma relação desequilibrada e centrada no médico não se ajusta com uma nova realidade de relação voltada apenas ao paciente. O que seria mais equitativo seria uma relação entre médico e paciente em que ambos sejam valorizados, e que sejam guardadas as devidas proporções de desigualdade quanto à capacidade de compreensão do problema de saúde pelo médico em se mantendo a determinação e capacidade de decisão do paciente.

A determinação estatal de impor obrigações ao médico, sem respeitar seu direito de recusar a prestar tratamento que seja deletério ao seu núcleo de consciência mais interno, determina mais uma camada de desequilíbrio na relação médico-paciente. O esperado seria uma instituição de políticas públicas capazes de garantir ao paciente o tratamento pretendido com o devido respeito à liberdade de consciência do médico. A tradição médica reconhece que o médico deve ter sua liberdade de consciência resguardada, o que é facilmente verificado pelos códigos deontológicos ocidentais, que resguardam a possibilidade de objeção dentro das prerrogativas éticas do médico. Essa recusa de agir do médico é facilmente

aceitável quando ocorre entre médico e Estado ou outro financiador do serviço médico, buscando a proteção do paciente.

A objeção de consciência do médico pode ser mais dificilmente aceita quando está em dissonância com os interesses do paciente, podendo ser tomada por um exercício de poder, um comportamento paternalista, mas o que se busca resgatar é a mesma autonomia que se defende em relação ao paciente. O discurso de Savulesco, que toma a obrigação médica de sempre garantir os melhores interesses do paciente é exagerada e não condiz com a realidade.

Essa delimitação de autonomia médica frente à autonomia do paciente é de difícil resolução, pois sempre haverá uma lesão a interesse quando o interesse de um indivíduo se sobrepõe a outro. Proteger os interesses do paciente de modo a só alijá-los em situação extrema de real objeção por genuíno motivo de consciência é tarefa quase impossível. Outros interesses podem entrar em jogo na decisão de objetar por parte do médico e esses interesses podem ser camuflados como motivações decorrentes da consciência.

O posicionamento médico diante do paciente não pode mais ser concebido como paternalista, assim como não pode levar em conta apenas o determinismo da ciência médica. Esse “positivismo biomédico” não se sustenta diante da autonomia do paciente. Não seria razoável conceber que o entendimento do paciente seria uma forma de obrigação irrecusável para o médico. A autonomia do médico também precisa ser respeitada. Uma composição de autonomies deveria ser buscada, mas tal não é possível sem que se chegue a uma congruência a respeito do Bem que deve ser buscado com o tratamento médico necessário.

Esse bem, obviamente, deve estar voltado para os interesses do paciente, todavia, em certas situações o paciente pode ter uma compreensão errônea e não justificada a respeito de sua doença e, mesmo após o esclarecimento do médico, o mesmo não tem interesse em ajustar sua concepção daquilo que é bem. Em uma situação como essa, o médico pode ser obrigado a realizar um tratamento que ele concebe como um malefício ao paciente. Percebe-se que a defesa despótica da autonomia do paciente, sem considerar a autonomia do médico, em havendo noções díspares sobre o que é o Bem para o paciente e para o profissional, pode forçosamente levar o médico a atentar contra o princípio da não maleficência.

O modelo bioético de orientação personalista, descrito por Sgreccia, representa uma forma de discutir o conflito entre interesses médicos e aqueles do

paciente, tendo como fundo a verificação dos valores pessoais e comunitários de cada um desses indivíduos que integram a relação. A avaliação desses valores deve ser colocada ao lado da fundamentação tradicional da qual esses mesmos valores se originam. Discutir apenas vontades e desejos individuais não chegam a uma conclusão diante de casos de difícil resolução. A tradição à qual o médico está profissionalmente atrelado é a tradição da medicina, sem afastar outros aspectos tradicionais familiares, culturais e históricos de caráter individual.

Como as obrigações do médico para com o paciente também são decorrentes da tradição médica, é importante que se discuta quais são os objetivos da medicina nos dias atuais, a partir da tradição histórica, sem deixar de avaliar os ganhos técnicos e científicos da modernidade. Certos procedimentos podem ser possíveis e factíveis tecnicamente no mundo moderno, mas podem ser considerados atentatórios contra os objetivos da ação médica.

A objeção de consciência do médico pode restar como única forma de resistência contra o encolhimento ético da medicina. As divergências de concepções religiosas não são a exclusividade dessa recusa. Ser obrigado a realizar um procedimento de tratamento que seja indigno para com o paciente por razões internas de ordem filosófica, moral e ética assume, para o médico, uma dimensão maior, pois ele tem pleno conhecimento das consequências de seus atos, tornando-o um cúmplice da agressão à dignidade de uma pessoa. A ética de virtudes que permeia a medicina desde os tempos hipocráticos é totalmente relegada a plano secundário quando o objetivo do ato médico é percebido, por aquele que irá realizá-lo, como algo que deve ser evitado.

É um paradoxo do mundo contemporâneo que o desenvolvimento da ciência médica não seja acompanhado de uma evolução concomitante na arte da medicina. Entenda-se que esse *status* de arte envolve a *tekhné* médica e a relação humana entre o médico e seu paciente de modo a melhor aplicar essa técnica. Tal fato decorre da ampliação da possibilidade de diagnósticos cada vez mais precoces com tratamentos progressivamente mais eficazes, tornando o médico apenas um gerenciador de recursos disponíveis e necessários para alcançar um objetivo no aspecto biológico do indivíduo. A redução da importância do médico nesse novo processo de cura pode afastá-lo da plena relação entre médico e paciente, diminuindo seu valor, causando a reboque, uma perda da humanidade nessa forma de medicina.

O desejo de receber um tratamento humanizado associado ao que de mais moderno existe na ciência médica tem elevado custo econômico. A influência do mercado pode reduzir a importância do papel do médico e aumentar a valorização dos aspectos técnicos voltados para a produção de produtos e máquinas voltadas para a saúde. Dentro desse sistema de prestação de serviços de saúde é necessário que o gerente do processo, o médico, tenha como objetivo a defesa dos interesses do paciente e sua recuperação, independentemente da geração de despesas e da obtenção de lucros injustos. Para que o médico realize esse gerenciamento é necessário que seu senso moral seja defendido e preservado. Uma atividade médica voltada apenas ao lucro desmedido e ao uso desnecessário de recursos torna-se semelhante a uma atividade mercenária.

Defender a integridade moral do médico envolve a defesa de sua consciência moral e de sua consciência de uma forma mais geral. Exigir posicionamento de uma consciência moral sem a devida liberdade para evitar certas demandas que sejam contraditórias a essa mesma consciência é ilógico. Em situações em que o médico é obrigado a exercer a medicina contra os interesses do paciente por imposição de um poder maior, como nas ocasiões de Estados totalitários, sua recusa em agir é eticamente aceita e desejável. Temos aqui o núcleo da justificativa de consciência que também se apresenta na objeção contra demandas individuais: para o indivíduo médico, uma determinada ação é considerada como um malefício ao indivíduo paciente e sua consciência não permite que tome parte em tal ação.

Como já se viu, a divergência quanto à noção daquilo que seria Bem para o paciente não invalida a concepção interna do médico, apenas revela uma incompatibilidade de objetivos que pode impossibilitar sua ação de forma diversa. Não invalida também a concepção interna ou o desejo do paciente, desnecessário classificar esta concepção como correta ou errônea, posto que desnecessária nesta discussão. Conciliar esses posicionamentos contrários pode ser problemático ou mesmo impossível.

A defesa da objeção do médico não deve ocorrer pela simples aceitação sem dar importância ao direito do paciente em conseguir um tratamento possível, disponível e permitido pela ética da medicina e pelo ordenamento jurídico. A objeção do médico não impõe ao paciente a indisponibilidade do tratamento pretendido, apenas impossibilita uma relação médico-paciente com aquele médico em particular.

A acomodação da objeção de consciência do médico é uma possibilidade que deveria estar prevista em serviços de saúde nos quais tais situações de divergência podem ocorrer, porém o médico não estaria protegido pelo instituto da objeção de consciência quando deliberadamente se expor a situações em que tenha necessidade de agir em contrariedade aos seus preceitos íntimos de com funções que sejam contraditórias a esses ditames. Um anestesista que acredite que a vida biológica residual de um indivíduo que tem diagnosticada sua morte encefálica deva ser preservada por valorização do Bem vida acima de tudo, não deveria se voluntariar a participar de uma equipe cirúrgica que realiza captação de órgãos para transplante, entretanto, se sua participação é determinada por autoridade que realiza sua transferência a partir de um serviço de prestação convencional de atividade anestesiológica, sua concepção interna toma outro significado e relevância para sua recusa.

No mesmo entendimento, um obstetra, contrário ao aborto, que realiza atividade de condução de partos em hospital da rede pública de saúde ligada ao Sistema Único de Saúde, não pode ser remanejado a um serviço de referência para procedimentos de interrupção de gravidez sem se esperar que ele alegue sua objeção caso seja contrário a essa prática. Também não é razoável que esse mesmo médico se voluntarie a trabalhar em hospital que realiza procedimentos contrários à sua consciência.

É importante, também, que seja possível proteger o paciente de um médico que alega recusa de consciência como uma justificativa destituída de verdade para encobrir motivos outros, sem responsabilidade ética. A mera vontade ou desinteresse não justifica a recusa do médico. Os interesses do paciente devem ser o fulcro da ação médica, apenas a incompatibilidade por questões genuínas de consciência deveria desobrigar o médico de sua responsabilização em prestar um atendimento ou procedimento.

Embora a objeção de consciência do médico seja discutida, neste trabalho, a partir de uma óptica relacional, existe a necessidade de controle público de seu exercício para evitar abusos. O Estado deveria intervir na determinação de limites aceitáveis de modo a prevenir eventuais embates, protegendo o direito do médico e do paciente em relação à sua liberdade de agir e em relação à liberdade de pensamento e consciência. Países cujo ordenamento já permitem, explicitamente, o exercício da objeção de consciência do médico, determinam formas de assegurar os

direitos dos pacientes a partir de informações prévias obrigatórias de impedimentos por razões de consciência para evitar constrangimentos e prejuízos ao doente. Formas de aplicar medidas de contingência para reduzir ou eliminar essas possíveis situações de embate entre médico e paciente. Alternativas de prestação de atendimento devem ser programadas e disponibilizadas nos serviços de saúde.

O Código de Ética Médica brasileiro prevê o direito de recusa do médico, protegendo sua consciência religiosa, moral e ética, mas, sobretudo, protegendo o médico do exercício anti-ético da medicina por pressões de mercado e de interesses econômicos de entidades custeadoras do tratamento. Como se falou, em tais situações a recusa a proceder de modo anti-ético para proteger os interesses do paciente é considerada virtuosa e desejável pela sociedade, entretanto, na objeção médica em relação aos interesses do doente, cuja justificação seja motivos internos e particulares do médico, a primeira impressão que se tem é de que os interesses do médico estão sendo colocados acima dos interesses do paciente de uma forma desproporcional.

Na relação médico-paciente o choque de direitos individuais deve ser avaliado enquanto direito individual sem perder a capacidade de avaliar a relação de obrigação profissional do médico. Delimitar até onde esse direito deve ser exercido tem uma dificuldade em duas facetas: interpessoal e entre o indivíduo e o Estado. Quando a limitação ocorre entre dois indivíduos devemos entender que existe, a princípio, certa equidade entre eles, não esquecendo que existe uma capacidade de compreensão técnica, e apenas técnica, maior no médico do que no paciente. Quando a vontade estatal se impõe sobre a vontade do indivíduo existe, diferente da relação interpessoal, um desequilíbrio evidente.

As liberdades individuais resguardadas pela Constituição servem como proteção contra a intromissão do Estado na esfera privada. Contudo, o Estado pode ter sua vontade alinhada com a vontade da maioria, sendo necessário que o resguardo da vontade minoritária exista e seja bem evidente e claro para ser defendido e respeitado.

Tentar acolher a objeção de consciência a partir da vontade da maioria, representada pela legislação vigente, pode comprometer o respeito a esse direito fundamental, tornando seu acolhimento e aplicação impossíveis, uma vez que a objeção se direciona contra uma determinação legal, deduzida como resultado da vontade majoritária. Há que haver uma tentativa de acolhimento na relação

interpessoal, de limitações de direitos entre os indivíduos de modo a não haver grande prejuízo a nenhum dos lados.

Uma política pública de controle da aplicação da objeção de consciência pelo médico deve tentar, ressalte-se, respeitar a esfera de intimidade do médico, além da vontade e necessidade do paciente, realizando um esforço para equilibrar o poder do conhecimento do médico e a relativa hipossuficiência, técnica, do paciente na relação de tratamento. Tal política, além do citado acolhimento ao impedimento médico, deve dar ao paciente a liberdade de procurar outro profissional não objeto. A liberdade tem que ser exercida com a facilitação de acesso a outros profissionais. Essa disponibilização de um outro profissional médico deve ser tempestiva de acordo com a urgência requerida pelo caso, seja na própria localidade, seja em localidade próxima.

O direito à objeção de consciência do médico deve ser encarado como direito fundamental, uma vez que previsto constitucionalmente, e, apesar de ser inicialmente entendido como um direito natural, no ordenamento jurídico brasileiro tem status constitucional em sua fundamentação.

As garantias constitucionais preveem o direito à objeção de consciência de forma implícita a partir da amplitude do direito à liberdade de pensamento, liberdade de consciência e da liberdade religiosa. A proteção a uma esfera mais íntima do indivíduo é um direito fundamental contra a intervenção do estado, todavia nem sempre fica claro a existência desse direito quando existe, na sua aplicação, uma relação entre indivíduos capaz de modificar a percepção de sua defesa a partir do fato de ser aplicado em situações em que são indivíduos que tem um desacordo quanto a esse entendimento mais privado, sobretudo quando essa relação obriga, por motivos profissionais e de responsabilização moral, ética e legal, a uma das partes prestar uma ação à outra parte envolvida.

Embora o direito fundamental á objeção não esteja previsto de forma explícita e direta no Texto Constitucional, sua relação com o direito à liberdade e com a liberdade religiosa não deixa dúvida de sua existência implícita. Essa ideia é a mesma de Alexy ao referir a existência de direito fundamental não escrito. Não há dúvida que o constituinte desejou que a liberdade de consciência fosse um direito fundamental garantido pela Constituição, e sua aplicação na prática profissional médica só encontra empecilho aparente em virtude do grande valor e da grande responsabilidade que a atividade médica encerra.

Não se duvida que o paciente tem o direito de receber um tratamento digno e voltado para os seus melhores interesses, também não se duvida que esse direito tem proteção constitucional. A problemática na aceitação da objeção por parte do médico reside em uma relação que aparenta ser desigual. Essa desigualdade aparente decorre do amplo conhecimento que detém o médico em relação à saúde e à doença, cabendo a ele buscar a cura e recuperação. Esse poder médico está limitado pela deontologia médica, pela responsabilidade civil e criminal que pode atingir seu exercício. A prestação de serviço médico também sofre a influência do mercado e da disponibilidade de trabalho, por vezes assemelhando-se a uma relação consumerista.

Uma afronta à consciência do médico determinada pela obrigação profissional ou por ordem Estatal, seja norma, seja decisão judicial, reduz sua capacidade de reação causando uma real hipossuficiência na possibilidade de reagir e preservar sua esfera de consciência íntima.

O desaparecimento da desigualdade de poder e suficiência entre médico e paciente só é perceptível quando vista de dentro da relação em si, a partir da intimidade do indivíduo médico e do indivíduo paciente. Nesse momento fica claro que o referido poder médico é desgastado pela obrigatoriedade profissional e Estatal, restando o direito de dois indivíduos sem grande distinção.

O direito fundamental deve proteger esses indivíduos de forma isonômica, mas esse contexto de isonomia deve ser compreendido e aplicado no julgamento de uma eventual lide. O direito fundamental à liberdade de pensamento e seu desdobramento na forma de objeção de consciência deve ser comparado com outros direitos fundamentais em um caso concreto. Não seria razoável tomar uma afronta à consciência como mero capricho ou vontade de cunho individualista.

Na avaliação entre dois direitos de mesma hierarquia, um voltado ao paciente e outro direcionado ao médico, é comum se considerar que a consciência particular do médico tem valor menor que a sua responsabilidade de manter a saúde e a vida do doente. Entretanto, eventual desrespeito à consciência do médico pode trazer consequências nefastas de ordem interna e de seu projeto de vida. O conceito amplo de saúde como bem-estar físico, mental e social deve ser levado em consideração quando se obriga um médico a ferir a própria consciência. Determinar a preservação da saúde de um paciente pode ter como efeito colateral a perda da saúde do médico.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, João Maurício. **A Retórica Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2010.
- AGNEW, R. The Nature and Determinants of Strain: Another Look at Durkheim and Merton. In: PASSAS, N.; AGNEW, R., eds. *The Future of Anomie Theory*. Boston, MA: Northeastern University Press. 1997. Apud: BERNBURG, Jón Gunnar. *Anomie, Social Change and Crime – A Theoretical Examination of Institutional-Anomie Theory*. **Brit. J. Criminol**, v. 42, p. 729-42, 2002.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.
- ALVES, M.A.; SALLIN, E. Tecnohumanismo: uma reflexão bioética sobre a (in)volução da biotecnociência. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 6, n. 4, p. 384-91, 2012.
- ANTUNES, João Lobo. **Medicina e Tecnologia**. Disponível em: <http://janusonline.pt/2009/2009_2_21.html> . Acesso em: 25 nov.2014
- AQUINO, Tomás de. On Conscience, Disputed Questions on Truth 17. In: MCINERY, Ralph (ed e trad). *Thomas Aquinas Selected Writings*. 1998. Apud: PELLEGRINO, E.D. The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective. **Fordham Urban Law Journal**, v. 30, n. 1, p. 220-44, 2002.
- AZEVEDO, Eliane Elisa de Souza e. Avanços da Tecnociência e a Pessoa Humana. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 4, n.1, p. 19-25, 2010.
- BALINT, E. et al. The doctor, the patient and the group Balint revisited. London: Routledge, 1993. Apud: KABA, R.; SOORIAKUMARAN. P. The Evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**, n.5. p. 57-65, 2007.
- BERNBURG, Jón Gunnar. *Anomie, Social Change and Crime – A Theoretical Examination of Institutional-Anomie Theory*. **Brit. J. Criminol**, v. 42, p. 729-42, 2002.
- BOORSE, Christopher. **Goals of Medicine**. Draft. University of Delaware: 2012. Disponível em : <http://www.philosophie.uni-hamburg.de/Schramme/Konferenzen_/Boorse%20goals%20of%20medicine.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.
- BOSTROM, Nick; SAVULESCU, Julian. Human Enhancement Ethics: The State of the Debate. In: _____. **Human Enhancement**. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- BYK, Christian. **Tratado de Bioética** – Em prol de uma nova utopia civilizadora? São Paulo: Paulus, 2015. E-book. Kindle edition.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRODY, H.; MILLER, F.G. The internal morality of medicine. Explication and application to managed care. *Journal of Medicine and Philosophy*, v.23, n.4, p. 384-410, 1998. Apud: WICCLAIR, Mark R. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? ***Teor Med Bioeth***, v.29, p.171-85, 2008.

CALLAHAN, Daniel. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*. n. 26, p. 1-28, 1996. Apud: BOORSE, Christopher. ***Goals of Medicine***. Draft. University of Delaware: 2012. Disponível em : <http://www.philosophie.uni-hamburg.de/Schramme/Konferenzen_/Boorse%20goals%20of%20medicine.pdf>, Acesso em: 20 out. 2014.

CALLAHAN, Daniel; WASUNNA, Angela A. ***Medicine and the Market*** – Equity v. Choice. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2006. E-book. Kindle edition.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. ***Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador***. Coimbra: Coimbra Editora, 1994.

CARD, Robert F. Conscientious Objection and Emergency Contraception. *AJOB*, v.7, n. 6, p. 8-14, 2007. Apud: LORI, Kantymir; MCLEOD, Carolyn. Justification for conscience exemptions in health care. ***Bioethics***, v. 28, n. 1, p. 16-23, 2014.

_____. Reasonability and Conscientious Objection in Medicine: a reply to Marsh and an elaboration of the reason-giving requirement. ***Bioethics***, v. 28, n.6, p. 320-6, 2014.

CASAS, L.; DIDES, C. Medicina, objeción de consciência y salud reproductiva em Chile: Dos casos paradigmáticos. *Acta Bioethica*, v. 13, n. 2, p. 199-206, 2007. Apud: VEGA, Adela Montero; ARAYA, Electra Gonzáles. La objeción de consciência em la práctica clínica. ***Acta Bioethica***, v. 17, n.1, p. 123-31, 2011.

CASINI, C.; CIERI, F. La nuova disciplina dell'aborto: commento ala legge n. 194 del 22 maggio 1978. Padova: CEDAM, 1978. Apud: DI PIETRO, Maria Luisa et al. ***Obiezione di Coscienza in Sanità*** – Nuove problematiche per l'etica e per il diritto. Siena: Cantagalli, 2005.

CHILDRESS, James F. Appeals to Conscience. *Ethics*, v. 89, n. 4, p. 319-20, 1979. Apud: WICCLAIR, Mark R. ***Conscientious Objection in Health Care*** – An Ethical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 2011.

_____. Civil Disobedience, Conscientious Objection, and Evasive Noncompliance: A Framework for the Analysis and Assessment of Illegal Actions in Health Care. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 10, p. 63-83, 1985. Apud: WICCLAIR, Mark R. ***Conscientious Objection in Health Care*** – An Ethical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 2011.

_____. The nature of conscientious objection. In: _____. Moral Responsibility in conflicts: essays on nonviolence, war, and conscience. Baton Rouge: Louisiana State University Press. 1982. Apud: LUSTIG, Andrew. Conscience, Professionalism, and Pluralism. **Christian Bioethics**, v. 18, n. 1, p. 72-92, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de ética médica**: Resolução CFM no 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. Disponível em:
<www.portalmedico.org.br/novocodigo/download/CODIGO.zip>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. **Resolução CFM no 1989**, de 14 de maio de 2012. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf> . Acesso em junho de 2015.

_____. **Conselhos de Medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação**. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661%3Aconselhos-de-medicina-se-posicionam-a-favor-da-autonomia-da-mulher-em-caso-de-interrupcao-da-gestacao&catid=3%3Aportal&Itemid=1>. Acesso em junho de 2015.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M. The Growing Abuse of Conscientious Objection. **Virtual Mentor**, v. 8, n. 5, p. 337-40, 2006.

COUTINHO, Francisco Pereira. Sentido e Limites do Direito Fundamental à Objecção de Consciência. **Themis** – Revista da Faculdade de Direito da UNL, v. A6 n. 11, p. 245-86, 2005. Disponível em:
<http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/Coutinho01.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

CURADO, José Manuel. Racionalidade e Teoria da Mente em Alasdair MacIntyre. **Diacrítica**, n. 13-14, p. 195-236, 1998-1999.

CURLIN, F.A. et al. Religion, conscience and controversial clinical practices. *New England Journal of Medicine*, v. 356, n.6, p. 593-600, 2007. Apud: LAWRENCE, Ryan E.; CURLIN, Farr A. Clash of Definitions: Controversies About Conscience in Medicine. **The American Journal of Bioethics**, v. 7, n. 12, p. 10-4, 2007.

DANESI, Giorgio. L'obiezione di coscienza: spunti per un'analisi giuridica e metagiuridica. **Analisi e diritto**, 1998. Disponível em:
<http://www.giuri.unige.it/intro/dipist/digita/filo/testi/analisi_1998/Danesi1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

DICKENS, B. M.; COOK, R.J. The scope and limits of conscientious objection. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 71, p. 71-7, 2000.

DICKENS, B. M. Legal Protection and limits of conscientious objection: When conscientious objection is unethical. *Medicine and Law*, v. 28, p. 337-47, 2009. Apud: KACZOR, Christopher. *Conscientious Objection and Health Care: A Reply to Bernard Dickens*. **Christian Bioethics**, v. 1, n.1, p. 59-71, 2012.

DINIZ, Débora. Estado Laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-6, set., 2013.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 647-52, maio-agosto, 2008.

DI PIETRO, Maria Luisa et al. **Obiezione di Coscienza in Sanità** – Nuove problematiche per l’etica e per il diritto. Siena: Cantagalli, 2005.

DOYAL, L. Needs, rights and the moral duties of clinicians. In: GILTON, R, editor. *Principles of health care ethics*. Chichester: Wiley, 1994. Apud: DICKENS, B. M.; COOK, R.J. The scope and limits of conscientious objection. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 71, p. 71-7, 2000.

DUBOS, R.J. Second thoughts on the germ theory. *Sci Am*, v. 192, n. 31, 1955. Apud: KABA, R.; SOORIAKUMARAN. P. The Evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**, n.5. p. 57-65, 2007.

DURKHEIM, Emile. *Suicide*. New York: The Free Press, 1951. Apud: HILBERT, Richard A. Anomie and the Moral Regulation of Reality: The Durkheimian Tradition in Modern Relief. **Sociological Theory**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 1986.

FABRIZ, Daury Cesar. **Bioética e Direitos Fundamentais**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

FUSS, Peter. Conscience. *Ethics*, v. 74, n.2, p. 111-20, 1964. Apud: WICCLAIR, Mark R. **Conscientious Objection in Health Care** – An Ethical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 2011.

GADAMER, Hans-Georg. **A Ideia do Bem Entre Platão e Aristóteles**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

HILBERT, Richard A. Anomie and the Moral Regulation of Reality: The Durkheimian Tradition in Modern Relief. **Sociological Theory**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 1986.

JONAS, Hans. Arte Médica e Responsabilidade Humana. In: _____, **Técnica Médica e Ética** – Sobre a prática do princípio da responsabilidade. São Paulo: Paulus, 2013.

_____. **O Princípio Responsabilidade** – Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

KABA, R.; SOORIAKUMARAN. P. The Evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**. n.5. p. 57-65, 2007.

KACZOR, Christopher. Conscientious Objection and Health Care: A Reply to Bernard Dickens. **Christian Bioethics**, v. 18, n. 1, p. 59-71, 2012.

KNIGHT, Kelvin. **Aristotelian Philosophy** – ethics and politics from Aristotle to MacIntyre. Cambridge: Polity Press, 2007. E-book. Kindle edition.

LARGEAULT, A. F.; ATLAN, H.; COLLANGE, J.F. Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Avis n° 58 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Juin 1998. Apud: LARGER, Victor. **Le Médecin et le Patient** - Éthique d'une relation. Paris: L'Harmattan, 2011.

LARGER, Victor. **Le Médecin et le Patient** - Éthique d'une relation. Paris: L'Harmattan, 2011.

LAWRENCE, Ryan E.; CURLIN, Farr A. Clash of Definitions: Controversies About Conscience in Medicine. **The American Journal of Bioethics**, v. 7, n. 12, p. 10-4, 2007.

LOMBARD, Jean. **Ethique Médicale et Philosophie** - L'apport de l'Antiquité. Paris: L'Harmattan, 2009.

LORI, Kantymir; MCLEOD, Carolyn. Justification for conscience exemptions in health care. **Bioethics**, v. 28, n. 1, p. 16-23, 2014.

LUSTIG, Andrew. Conscience, Professionalism, and Pluralism. **Christian Bioethics**, v. 18, n. 1, p. 72-92, 2012.

MACINTYRE, Alasdair. A Disquieting Suggestion. In: _____. **After Virtue** – a study in moral theory. 3ed. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press. 2007.

_____. Aristotle on Practical Rationality. In: _____. **Whose Justice? Which Rationality?**. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press, 1988.

_____. **A Short History of Ethics**. London: Routledge. 2 ed. 1998. E-book. Kindle edition.

MARITAIN, J. Neuf Leçons Sur Les Notions Premières de la Philosophie Morale. Paris: Téqui, 1951, p. 97-109. Apud: SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética. Vol 1. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

MARSH, J. Conscientious Refusals and Reason-Giving. **Bioethics**, v. 28, n. 6, p. 313-9, 2014. Apud: CARD, Robert F. Reasonability and Conscientious Objection in

Medicine: a reply to Marsh and an elaboration of the reason-giving requirement. **Bioethics**, v. 28,n. 6, p. 320-6, 2014

MEAD, N e BOWER, P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, v. 51: p. 1087-110, 2000. Apud: KABA, R.; SOORIAKUMARAN. P. The Evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**. n.5. p. 57-65, 2007.

MERTON, Robert K. Social Structure and Anomie. **American Sociological Review**, v. 3, n. 5, 1938.

MEYERS, C.; WOODS, R. Conscientious Objection? Yes, But Make Sure it is Genuine. *AJOB*, v. 7, n. 6, 19-20, 2007. Apud: LORI, Kantymir; MCLEOD, Carolyn. Justification for conscience exemptions in health care. **Bioethics**, v. 28 n. 1, p. 16-23, 2014.

O'CONNELL, Timothy. Principles for a catholic morality (revised edition). San Francisco: Harper and Row. 1990. Apud: LUSTIG, Andrew. Conscience, Professionalism, and Pluralism. **Christian Bioethics**, v. 18, n. 1, p. 72-92, 2012.

ORRÙ, Marco. Anomie. History and Meanings. Boston, MA: Allen and Unwin, 1987. Apud: BERNBURG, Jón Gunnar. Anomie, Social Change and Crime – A Theoretical Examination of Institutional-Anomie Theory. **Brit. J. Criminol**, v. 42, p. 729-42, 2002.

PALAZZANI, L.; SGRECCIA, E. Il Dibattito Attuale sulla Fondazione Etica in Bioetica. *Medicina e Morale*, v. 5, p. 847-870, 1992. Apud: SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Vol 1. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

PARDEL, H. El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. In: *Monografías Humanitas nº 7 - La profesión médica: los restos del milenio*. Barcelona: 2003. Apud: QUILES, Josep Terés. Qué significa ser un buen médico? **Revista de Bioética y Derecho**, n. 32, sep, 2014.

PARSONS, Talcott. Emile Durkheim. *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Free Press. 1968. Apud: HILBERT, Richard A. Anomie and the Moral Regulation of Reality: The Durkheimian Tradition in Modern Relief. **Sociological Theory**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 1986.

PELLEGRINO, E.D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mount Sinai Journal of Medicine*, v. 69, n. 6, p.378-84, 2002 - B. Apud: WICCLAIR, Mark R. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? **Teor Med Bioeth**, v. 29: 171-85, 2008.

_____. The internal morality of clinical medicine. A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 26, n. 6, p. 559-79, 2001. Apud: WICCLAIR, Mark R. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? **Teor Med Bioeth**, v. 29: 171-85, 2008

_____. The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective. **Fordham Urban Law Journal**, v. 30, n. 1, 2002 – A.

_____. The Medical Profession as a Moral Community. **Bull. N.Y. Acad. Med.**, v.66, n. 3, Mai-Jun,1990.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. A Philosophical Basis of Medical Practice: toward a philosophy and ethic of the healing profession. New York: Oxford University Press, 1981. Apud: WICCLAIR, Mark R. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? **Teor Med Bioeth**, v. 29: 171-85, 2008.

PEREIRA FILHO, Antonio. O Avanço da Tecnociência Médica e dos Custos: um dileta bioético. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 8, n.3, p. 281-88, 2014.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Problemas atuais de bioética. 4 ed. São Paulo: Loyola, 1997. Apud: FABRIZ, Daury Cesar. **Bioética e Direitos Fundamentais**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

POLANYI, Karl. The Economy as an Institute Process. In: DALTON, G, ed. Primitive, Archaic and Modern Economies: Essays of Karl Polanyi. Garden City, NY: Anchor Books, 1957. Apud: BERNBURG, Jón Gunnar. Anomie, Social Change and Crime – A Theoretical Examination of Institutional-Anomie Theory. **Brit. J. Criminol**, v. 42, p. 729-42, 2002.

PORTUGAL. **Constituição**. Lisboa: Assembléia da República, 1976.

QUILES, Josep Terés. Qué significa ser un buen médico? **Revista de Bioética y Derecho**, n. 32, sep, 2014

RICOEUR, Paul. Soi-même comme un autre. Paris: Édition du Seuil, 1996. Apud: LOMBARD, Jean. **Ethique Médicale et Philosophie** - L'apport de l'Antiquité. Paris: L'Harmattan, 2009.

ROSS, L.F.; ASPINWALL, T.J. Religious exemptions to the immunization statutes: balancing health and religious freedom. J Law Med Ethics v.25, p. 202-9, 1997. Apud: DICKENS, B. M.; COOK, R.J. The scope and limits of conscientious objection. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 71, p. 71-7, 2000.

RUSSEL, B. Why I am not a Christian: and other essays on religion and religion subjects. New York: Touchstone. 1957. Apud: LAWRENCE, Ryan E.; CURLIN, Farr A. Clash of Definitions: Controversies About Conscience in Medicine. **The American Journal of Bioethics**, v. 7, n. 12, p. 10-4, 2007.

SANDEL, Michael J. Quem Merece o Quê – Aristóteles. In:_____. **Justiça**. O que é fazer a coisa certa. 15 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

SAVULESCU, J. Conscientious objection in medicine. **BMJ**, v. 332, n. 4, fev, 2006.

SCARPELLI, U. La Bioética Ala Ricerca dei Principi. Biblioteca dela Libertá. V. 99, 1987, p. 7-32. Apud: SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Vol 1. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

SCHEFFLER, Samuel. The Normative of Tradition. In: _____. Equity and Tradition. Questions of Value in Moral and Political Theory. Oxford: Oxford University Press, 2010. Apud: WEINSTOCK, Daniel. Conscientious Refusal and Health Professionals: Does Religion make a Difference? **Bioethics**, v. 28, p.8-1, nov., 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland. Existem Boas Razões para se Temer a Biotecnociência? **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 2, p. 189-97, 2010.

SEOANE, J.A. Derecho, ética y salud. Revista Eidon, v. 22, p. 11-6. 2006. Apud: VEGA, Adela Montero; ARAYA, Electra Gonzáles. La objeción de consciência em la práctica clínica. **Acta Bioethica**, v. 17, n.1, p. 123-31, 2011.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Vol 1. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

SIEIRA, S. La objeción de consciência sanitária. Madrid: Editorial Dykinson, 2000. Apud: VEGA, Adela Montero; ARAYA, Electra Gonzáles. La objeción de consciência em la práctica clínica. **Acta Bioethica**, v. 17, n.1, p. 123-31, 2011.

SULMASY, Daniel P. What is Conscience and Why is Respect for it so Important. Theoretical Medicine and Bioethics, v. 29, p. 135-49, 2008. Apud: WICCLAIR, Mark R. **Conscientious Objection in Health Care** – An Ethical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 2011.

SWAN, Kyle; VALLIER, Kevin. The Nominative Significance of Conscience. **Journal of Ethics & Social Philosophy**, v.6, n. 3, set, 2012.

SZASZ, T.S., KNOFF, W.F. e HOLLENDER, M.H. **The Doctor-Patient Relationship and its Historical Context**. Leitura no 14th Anual Meeting of The American Psychiatric Association, San Francisco, California, Maio 12-16, 1958. Disponível em: <<http://www.upstate.edu/psych/pdf/szasz/doctor-patient-relation.pdf>>

TRIVINO, Jose Luis Peres. On the need of moral enhancement. A critical comment of “Unfit for the future” of Persson and J. Savulescu. Resenha. **Dilemata**, v.5, n. 12, p. 261-9, 2013

VEGA, Adela Montero; ARAYA, Electra Gonzáles. La objeción de consciência em la práctica clínica. **Acta Bioethica**, v. 17, n.1, p. 123-31, 2011.

VIOLA, Francesco. L’Obiezione di Conscienza come Diritto. **Persona y Derecho**, v. 61, p. 53-71, 2009.

WEAR, S., LAGAIPA, S. e LOGUE, G. Tolerationn of Moral Diversity and the Concientiois Refusal by Physicians to Withdraw Life-Sustaining Treatment. Journal of

Medicine and Philosophy, v. 19, p. 147-59, 1994. Apud: WICCLAIR, Mark R. Conscientious Objection in Medicine. **Bioethics**, v.14, n. 3, p. 205-27, 2000.

WEINSTOCK, Daniel. Conscientious Refusal and Health Professionals: Does Religion make a Difference? **Bioethics**, v. 28, p.8-1, nov., 2014

WICCLAIR, Mark R. **Conscientious Objection in Health Care** – An Ethical Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 2011.

_____. Conscientious Objection in Medicine. **Bioethics**, v.14, n. 3, p. 205-27, 2000

_____. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? **Teor Med Bioeth**, v. 29: 171-85, 2008

_____. Managing Conscientious Objection in Health Care Institutions. **HEC Forum**, v. 26: p. 267-83, 2014.

WRIGHT, Von. G.H. The Tree of Knowledge and Other Essays. Leiden-New York-Köln: E.J. Brill, 1993. Apud: TRIVINO, Jose Luis Peres. On the need of moral enhancement. A critical comment of "Unfit for the future" of Persson and J. Savulescu. Resenha. **Dilemata**, v.5, n. 12, p. 261-9, 2013.