

# Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico

## Vulnerability and decision: tension in the medical pact

## Vulnerabilidad y Decisión: tensión en el pacto médico

*Newton Aquiles Von Zuben\**

**RESUMO:** O princípio de vulnerabilidade evoca duas categorias essenciais da condição humana: finitude e transcendência. Em estreita correlação com os princípios de autonomia, de dignidade e de integridade é o esteio conceitual para a reflexão sobre dilemas éticos suscitados pela tensão nas relações médico-paciente. É na articulação desses princípios que se sustenta o processo de deliberação e decisão relativas à prática terapêutica com o apelo aos cuidados pelo paciente e os procedimentos de tratamento por parte do médico. Estabelece-se assim, um pacto de confiança e uma aliança de dois parceiros morais: paciente e médico. O princípio de vulnerabilidade erige como o atributo maior o respeito ao ser humano concretizado nessa situação com a manifestação de sua autonomia por meio do consentimento livre dado pelo paciente após todos os esclarecimentos fornecidos pelo médico. A articulação desses princípios citados tem constituído, mesmo entre "estrangeiros morais" numa "cultura politeísta" e secular (Engelhardt), o quadro de referência comum, a "intenção ética" e o contexto normativo para as decisões na prática da Bioética, mantendo-se a convicção de que nenhuma razão universal pode resolver os dilemas. O objetivo dessa comunicação é analisar o poder heurístico do princípio de vulnerabilidade como conceito fundamental da existência humana, pois não só reitera a relevância do respeito à pessoa humana, mas condiciona a abertura ao outro (responsabilidade e transcendência) na intenção ética da solicitude e do cuidado humano como "telos" principal da prática médica.

**DESCRITORES:** Vulnerabilidade; Autonomia; Prática médica

**ABSTRACT:** The principle of vulnerability evokes two essential categories of the human being condition: finitude and transcendence. Essentially correlated with the autonomy, dignity and integrity principles, it is the conceptual ground for the reflection on ethical questions stemming from the tension in the doctor-patient relationship. It is in the articulation of these categories that is grounded the process of deliberation and decision process related to therapeutic practices with the patient asking for care and the doctor using the procedures for treatment. It is thus established a pact of trust and an alliance between two moral partners: the patient and the doctor. The vulnerability principle erects as its biggest attribute the respect for the human being, materialized in that situation by the manifestation of the patient autonomy by means of the free consent this latter gives after all the clarifications made by the doctor. The conjoining of these principles has constituted even among "moral foreigners" in a "polytheist [and secular] culture" culture (Engelhardt) the shared reference ground, the "ethical intention" and the normative context for decisions in bioethical practice, and one holds as certain the conviction that no universal reason can decide the dilemmas. The aim of this communication is to analyze the heuristic power of the vulnerability principle as a basic concept for human being existence, for it not only reiterates the relevance of respect to the human person but also conditions the opening to the other (responsibility and transcendence) in the ethical intention solicitude and human care as the main "telos" of the medical practice.

**KEYWORDS:** Vulnerability; Autonomy; Medical practice

**RESUMEN:** El principio de la vulnerabilidad evoca dos categorías esenciales de la condición humana: finitud y trascendencia. Esencialmente correlacionado con los principios de la autonomía, de la dignidad y de la integridad, es el suelo conceptual para la reflexión sobre las cuestiones éticas que provienen de la tensión en la relación doctor-paciente. Es en la articulación de estas categorías que se pone a tierra el proceso de deliberación y de decisión relacionado con las prácticas terapéuticas con el paciente que pide cuidados y los procedimientos para el tratamiento de que se encarga el médico. Así se establece un pacto de confianza y una alianza entre dos parceiros morales: el paciente y el doctor. El principio de la vulnerabilidad erige como su cualidad más grande el respeto por el ser humano, materializado en esa situación por la manifestación de su autonomía por medio del consentimiento libre del paciente después de todas las clarificaciones que hizo el doctor. La integración de estos principios ha constituido, incluso entre los "extranjeros morales" en una "cultura politeísta" y secular (Engelhardt) la tierra compartida de referencia, la "intención ética" y el contexto normativo para las decisiones en las prácticas bioéticas considerando como seguro la convicción de que ninguna razón universal puede decidir los dilemas. El objetivo de esta comunicación es analizar el poder heurístico del principio de la vulnerabilidad como concepto básico para la existencia humana, porque no sólo reitera la importancia del respecto a la persona humana sino también condiciona la abertura al otro (responsabilidad y transcendencia) en el solicitud ético de la intención y el cuidado humano como el "telos" principal de la práctica médica.

**PALABRAS-LLAVE:** Vulnerabilidad; Autonomía; Práctica médica

\* Doutor em Filosofia. Professor Titular Pontifícia Universidade Católica de Campinas

## Introdução

A relevância do princípio de vulnerabilidade no âmbito do questionamento bioético se alicerça na sua densidade heurística e se impõe pelas seguintes razões: 1) evoca duas categorias essenciais da condição humana: finitude e transcendência; 2) relaciona dialeticamente, como eixo articulador, os princípios da Bioética de autonomia, de dignidade e de integridade; 3) provoca a reflexão sobre dilemas éticos suscitados pela tensão constante, no âmago do *pacto médico*, entre procedimentos terapêuticos de exponencial complexidade (dever médico — obstinação terapêutica) e recusa de tratamento (diversas facetas da autonomia — vulnerabilidade — consentimento); e 4) relança a exigência da avaliação tecnológica (*technological assessment*) de inovações tecnocientíficas ambivalentes, da eficácia das investigações científicas no campo das biociências e do aprimoramento do processo de deliberação e decisão como prática discursiva democrática na Bioética.

Por vulnerabilidade pode-se entender, a montante, na origem da Bioética, as reações diante de denúncias de abusos contra a dignidade da pessoa humana em pesquisas no campo biomédico. A jusante pode-se observar que o princípio de vulnerabilidade agrega, pela sua concretude existencial, os principais conceitos heurísticos definidos em textos internacionais que orientam o processo de decisão, de deliberação e de ordenamento das questões dilemáticas no campo das ciências biomédicas.

Face às inovações, antagonizam-se, de um lado, a tecnofobia metafísica própria de uma filosofia nostálgica herdeira de uma tradição onto-teológica, que privilegia a condição humana de simbolização; de outro lado, a tecnofilia evolucionista (Engelhardt, 1998), que postula a variação

da condição humana na escala cósmica, privilegia a dimensão operativa rejeitando qualquer tipo de fixidez da natureza humana, embasando a pertinência e eticidade das investigações tecnocientíficas.

A abordagem principialista de questões éticas foi instituída pelo *Relatório Belmont* (1978) com os princípios reguladores da ação: a autonomia, beneficência e justiça.

Na “*Declaração de Barcelona*” (1998), sem que fosse recusada a idéia de princípios normativos e axiomáticos, a orientação se volta a balizas antropológicas com a introdução de outros princípios (mantido o de autonomia): dignidade, integridade e vulnerabilidade. Tais princípios serão consagrados na *Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos do Homem*, da UNESCO, de outubro de 2005.

A articulação desses princípios tem constituído, mesmo entre “estrangeiros morais” numa “cultura politeísta” e secular (Engelhardt), o quadro de referência comum, a “intenção ética” e o contexto normativo para as decisões na prática da Bioética, mantendo-se a convicção de que nenhuma razão universal pode resolver os dilemas.

O objetivo dessa comunicação é, no horizonte temático dos documentos citados, analisar, de modo sucinto e esquemático: (1) — as razões acima citadas da relevância do princípio de vulnerabilidade e sua articulação com o de autonomia, dignidade e integridade, de modo análogo pelo qual, na estrutura existencial do ser humano, se articulam as categorias de finitude e transcendência; (2) mostrar o significado desse princípio que, na sua intencionalidade, coloca em ação a autonomia da pessoa, evoca a abertura ao outro (transcendência), dispõe a ética da responsabilidade pelo outro e a ética da solicitude, do cuidado humano como “*telos*” principal da prática médica.

## A vulnerabilidade na “condição humana” e a Bioética

A vulnerabilidade pode ser entendida como uma categoria existencial essencial para a compreensão do ser humano, na medida em que exprime a própria finitude da condição humana como mortal. A vulnerabilidade e os outros princípios a ela relacionados, a saber, autonomia, dignidade e integridade são princípios eminentemente de caráter antropológico. A ênfase a eles atribuída na *Declaração de Barcelona* de 1998 e o lugar que ocupam na *Declaração Universal sobre Bioética e os direitos do Homem* de 2005 indicam a relevância da contribuição no âmbito da reflexão bioética da antropologia filosófica como abordagem crítica e compreensiva do campo semântico e categorial que compõe a estrutura fundamental do ser humano.

Reconhecer no humano a vulnerabilidade é o mesmo que dizer que ele é passível de (*pathos*), sensível a uma ação qualquer provinda de outro ser ou do mundo ambiente. Significa afirmar que o homem é um ser situado em um mundo interagindo significativamente com outros e com o meio ambiente. Reconhecer o homem como ser finito significa afirmar que sua corporeidade não é única e simplesmente identificável a uma coisa mundana, objetivável e manipulável. Pela corporeidade o homem é um ser encarnado capaz de afetividade, de ação, de desejo, de tomar consciência de si, um ser mortal. Inerente à sua corporeidade se reconhece a capacidade de transcender o estatuto de objeto, de coisa manipulável. Corporeidade e transcendência sustentam-no como consciente de si, capaz de se reconhecer como finito e vulnerável e como agente moral. No seu sentido concreto, o vulnerável é aquele que pode ser atingido

por algo no plano físico, psíquico, social ou moral. Pode ser afetado de modo negativo, um mal que lhe causa danos físicos, psíquicos ou morais. Isso remete à idéia de risco eminente que pode provocar sofrimento. Vulnerabilidade pode ser relacionada à idéia de sofrimento.

Esse reconhecimento é entendido como o traço peculiar do homem como ser de razão. A transcendência lhe permite declarar-se autônomo. O *pathos* próprio do homem faz dele um ser ao mesmo tempo de múltiplas potencialidades e de fragilidade, em outros termos, ser corpóreo, ser de intenção que se projeta para fora de si e se relaciona com o outro. O humano por articular em si indissolivelmente duas dimensões, finitude e transcendência, será capaz de perceber-se finito, e ao mesmo tempo capaz de reconhecer o outro [dar sentido à alteridade] enquanto outro e isso define sua transcendência. Essas duas dimensões formam uma estrutura dinâmica. As relações entre essas dimensões não se concebem a maneira de uma combinação, de uma adição, mistura ou justaposição. É uma relação dialética. Em outros termos, as dimensões — corporeidade e consciência, ou finitude e transcendência — não são responsáveis isoladamente por fenômenos humanos, do modo como a teoria das localizações cerebrais estipulava um mapa dos lugares corticais onde se situariam as “partes” responsáveis pelos comportamentos humanos.

Em torno do horizonte semântico da vulnerabilidade gravita um conjunto de outras categorias que têm sentido na sua respectiva interdependência. Tal concepção não é simples retórica, pois sua relevância é reconhecida na *Declaração*, acima citada no artigo 26 — *Interdependência e complementaridade dos princípios*.

A vulnerabilidade como noção existencial está próxima de prin-

cípios éticos tradicionais, a autonomia, como autodeterminação, integridade como coerência de vida e a de dignidade como valor intrínseco da pessoa humana. A dignidade foi invocada desde a Declaração de Nuremberg, considerado pela Bioética o primeiro texto clássico a orientar as pesquisas com seres humanos. Para (Peter Kemp apud Hottois e Missa, 2001; p. 869), esses princípios clássicos da ética, sua força e limites, só podem ser compreendidos no âmbito semântico da idéia de vulnerabilidade. E mais, a vulnerabilidade ao expressar a finitude humana, funda a necessidade e a possibilidade de todo discurso moral e de toda ética da solicitude, do cuidado e da responsabilidade.

A intenção ética da Bioética se orienta para questões relacionadas às pesquisas tecnocientíficas, sobretudo nas ciências biomédicas. Entende-se, assim, com os resultados espetaculares nesse campo de investigação tecnocientífica, a fenda que se estabelece com o quadro conceitual clássico da ética, incapaz muitas vezes de “dar razão” disso tudo. Reconhece-se a dificuldade em definir os termos que darão condições para a análise, discussão e eventual solução de questões éticas apresentadas. Apelou-se para conceitos “gerais”, denominados princípios. Esses princípios não são propriamente normas morais ou regras morais de boa conduta. Não são meramente conceitos abstratos, mas orientações éticas práticas, vale dizer, *reguladores de nossa compreensão da ação boa e da verdadeira vida expressando aspectos da ação que devem ser respeitadas se desejamos manter e desenvolver a ação e vida boa* (Kemp, 2004).

É de se notar no movimento da Bioética a crescente proliferação quase desmesurada de “princípios”. Pode-se enumerar, nos mais diversos textos internacionais, Declarações e Pareceres dos Comitês na-

cionais e internacionais, quase três dezenas de “princípios”. Como afirma Hottois: *A superabundância de princípios é sintoma da crise de balizas normativas estáveis e comuns; é encorajada pela diversidade de tradições morais e pela evolução rápida das ciências e das técnicas*. (Hottois, 2005, p. 93). Inaugurou-se, conseqüentemente, na Bioética, uma ética que desde o Relatório Belmont (1978) e, depois, com a obra de Beauchamp e Childress: *Princípios de Ética Biomédica* (1979), recebeu a denominação de Princípioalismo. O cenário representado pela sociedade americana, nos anos 70 e 80 do século passado, marcadamente caracterizado pelo multiculturalismo e pelo individualismo para a qual a prática médica era crescentemente tecnologicizada e contratualista foi propício para o surgimento dessa corrente no campo da ética.

É pertinente observar, a respeito o papel dos grandes princípios em moral, quando este incorre em reducionismo se se defender de modo ingênuo a tese segundo a qual o raciocínio moral deva proceder dedutivamente, isto é, que a partir dos grandes princípios deveriam deduzir-se soluções para situações particulares concretas. Formulados de maneira bem geral, os princípios quando confrontados com situações concretas (na prática clínica, por exemplo), revelam ambigüidades que provocam incertezas e eventuais “aporias decisórias”, ou a situação de um beco sem saída no processo de tomada de decisão. Para se evitar essa cilada, é razoável que se proceda a acertos e revisões no entendimento de tais princípios quando de seu confronto com as situações particulares. E mais, a *Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos do Homem* pode permitir uma compreensão de que se trata de “princípios”, como normas universais no campo da Bioética. A filosofia, como uma prática crítica, tem procedido a uma des-

construção de sua tradição metafísica naquilo que poderia conter de pretensões desmesuradas de cunho hegemônico como o dogmatismo, o fundamentalismo, o universalismo. Como afirma Hottois: *é na filosofia contemporânea que a crise de balizas, de valores e de normas universais se exprime com maior radicalidade.* (Hottois, 2005). É no mínimo muito delicado, conclui Hottois, na perspectiva da filosofia, tratar-se de “princípios normativos universais”. Engelhardt em sua obra *Fundamentos da Bioética*, fala de “catástrofe fundamental” causada pelo duplo fracasso, da fé e da razão, grandes relatos animados pela pretensão de universalidade, capazes de legitimar uma moral e uma ética.

A vulnerabilidade revela no mundo humano a experiência existencial do sofrimento, motivação fundamental da esperança de “ser-cuidado” e talvez de ser curado. (Ricoeur, 2004). Assim ela é atribuída, antes de tudo, mas sem exclusividade, ao sujeito humano como pessoa. A vulnerabilidade não é para o ser humano um estado, mas a condição mesma de sua humanidade, finita, mortal. Ela encarna a ameaça letal, pois faz com que o homem esteja num estado de abandono, de angústia tendo perdido as amarras e balizas, subjugado pelas deficiências do viver. Como já foi dito, a condição existencial da vulnerabilidade leva à transcendência do estado de fragilidade permitindo ao ser humano ainda bradar por ajuda por cuidado e cura. A doença a que está sujeito todo ser humano é a expressão mesma da vulnerabilidade fundamental. Nas palavras de Peter Kemp, *a pessoa vulnerável é um ser humano cuja autonomia, dignidade e integridade exigem proteção e solicitude em razão de sua fragilidade.* (Kemp apud Hottois e Missa, 2003).

Em suma, a vulnerabilidade assim concebida no cenário do existir humano tem permitido a expres-

são de uma ética da solicitude, do cuidado ao outro. Isso leva ao entendimento da razão pela qual as ciências biomédicas, a prática médica e as políticas de saúde devem ser consideradas como instituições relevantes na humanidade. Fica assim configurada a relação entre o *pathos* da vulnerabilidade na situação do sofrimento na doença e o apelo aos atos de *cuidado* e esperança de cura na fundação do ato médico.

Na situação do cuidado e da prática médica, a vulnerabilidade indica o anseio de ser auxiliado, de receber cuidado e no sofrimento da doença, ser tratado e possivelmente curado. A primeira intenção ética é o voltar-se ao outro para aliviar-lhe o sofrimento. Sela-se, assim um tipo de *relação social que faz da medicina uma prática de um gênero particular cuja instituição se perde na noite dos tempos* (Ricoeur apud Kemp, 2004).

Trata-se de uma relação concreta entre duas pessoas, dada a complexidade que a envolve pela sua ambigüidade e os dilemas de diversas naturezas. A relação entre o médico e o paciente, malgrado a assimetria aí existente quanto aos conhecimentos específicos e a experiência clínica, é fundada na igualdade de dois sujeitos morais. O médico é, de certo modo, o depositário da saúde do paciente. Ele poderá atender ao apelo e propiciar cuidados que poderão levar à cura. Entende-se a saúde, última fronteira antes da morte, como um estado de bem-estar existencial no horizonte maior da “vida boa” de que falava Aristóteles.

No primeiro momento, a relação ainda assimétrica está sob o signo da confiança. *É um pacto de cuidado fundado na confiança* (Ricoeur, idem). Nessa relação os destinos se cruzam. O paciente nas mãos do médico, e este nas mãos do paciente que o escolheu. Relação de força mais ou menos declarada, ora in-

clinando de um lado, ora de outro. Relação sutil e complexa: no plano físico relação perpendicular: o paciente deitado e frágil face ao médico, em pé, saudável, investido de poder, detendo o saber e o saber-fazer. De um lado, o apelo de cuidado e cura, de outro, os atos terapêuticos no diagnóstico e prescrição. Nesse plano concreto não há mais luta contra a doença conhecida e genérica; o alvo e, agora mais dramaticamente o homem doente, concreto, face-a-face, o corpo que sofre e a mente debilitada. A atenção ao outro e a abertura de ambos os lados permitem ao paciente sentir-se igualmente agente de seu tratamento. O pacto encerra uma aliança. *O pacto de cuidado se torna uma espécie de aliança selada entre duas pessoas contra o inimigo comum, a doença.* (Ricoeur apud Kemp, 2004).

O pacto de cuidado instaura pela sua concretude e particularidade, no plano ético, a exigência do juízo prudencial que presidirá as deliberações e decisões relativas a essa situação. A *phronesis* (Aristóteles) a virtude de prudência aplica-se quando as decisões a serem tomadas se referem a situações singulares. *Enquanto a ciência, segundo Aristóteles, refere-se ao geral, a techné refere-se ao particular. Isso é, em especial, verdadeiro na situação na qual a competência médica intervém, a saber, o sofrimento humano. O sofrimento é, como o prazer, o último refúgio da singularidade.* (Ricoeur apud Kemp, 2004, p. 36).

Na relação médico-paciente quando aplicados unicamente os princípios clássicos da bioética, a saber, benevolência, justiça e autonomia (Relatório Belmont) os dilemas tendem a ser agudos. Embora pertinentes, dado o grau de generalidade que os caracterizavam, e mais, na ausência de um critério claro e consensualmente acordado de uma hierarquia entre eles, e quando na eventualidade de não

poderem ser atendidos simultaneamente de modo adequado, se impunha um delicado juízo prudencial para acertar qual deles deveria ter a preferência.

Nas relações interpessoais de cuidado, estabelecida a aliança entre os parceiros, cria-se um acordo mútuo cujo caráter moral se funda na *promessa tácita compartilhada pelos dois protagonistas de cumprir fielmente seus respectivos engajamentos. Esta promessa tácita é constitutiva do estatuto prudencial do juízo moral implicado no ato de linguagem da promessa.* (Ricoeur apud Kemp, 2004).

A ambigüidade dessa relação e o cenário mais amplo no qual se insere deixam margem ao surgimento de tensões árduas provocadas pelos dilemas que aí ocorrem. O mesmo ocorre nas situações de investigação envolvendo seres humanos. A situação do médico é delicada e nem sempre confortável. Envoltos, de um lado, por exigências universais — a medicina como arte, como ciência que visam o cuidar o curar, aliviar o sofrimento, lutar contra a morte visando à vida-: e, de outro lado, por inúmeras exigências particulares muitas vezes divergentes: prioridades diferentes, as pessoas e as da instituição onde se trabalha, as do paciente e da família, convicções religiosas antagônicas, determinantes de diversas atitudes e procedimentos. Muitas vezes, médicos e pacientes são “estranhos morais” (Engelhardt, 1998). E mais, a comunidade moral a qual pertence o médico exerce, de fato, influências sobre suas representações, o papel da medicina, e suas interpretações a respeito dos princípios norteadores da prática médica. Tais aspectos implicam o distanciamento entre a dimensão deontológica das regras e normas interpretadas dogmaticamente sem atenção à situação existencial, e a intenção ética sensível a toda a existencialidade da condição humana do paciente. Exemplo: os dilemas e confrontos entre

os princípios de beneficência e autonomia o mais das vezes, no desconhecimento do valor intrínseco dos princípios da vulnerabilidade e da dignidade pessoal do paciente.

É notável que desde o Código de Nuremberg se tenha apelado para o princípio de dignidade do homem que, desde então, tem inspirado os textos de bioética que se baseiam na Declaração Universal dos Direitos do Homem, para orientar as ações, procedimentos e decisões no campo da clínica e da investigação médica. *A dignidade segundo os direitos do homem se apresenta ao mesmo tempo como uma aspiração, um ato de fé e objeto de reconhecimento que procedem tanto de longa história do pensamento quanto de uma intuição comumente compartilhada* (Langlois apud Hottois e Missa, 2001).

A noção de dignidade humana tem sido objeto de profundas divergências. Na realidade, trata-se de um conceito ambíguo que pode ser invocado para sustentar posições éticas muitas vezes diametralmente opostas. É invocado, por exemplo, pelos que defendem a eutanásia e por aqueles que a condenam. Nos argumentos de ambas as partes está presente o apelo à dignidade humana. Há bioeticistas que chegam a sustentar a inutilidade desse conceito, pois já estaria inerente ao princípio de respeito para com as pessoas humanas. (Macklin, 2003). No Relatório Belmont pode-se ler: *“O respeito das pessoas compreende dois princípios fundamentais de ética: primeiramente, os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e, em segundo lugar, as pessoas cuja autonomia é diminuída têm o direito de ser protegidas. O princípio do respeito das pessoas se divide, portanto, em duas exigências morais distintas: reconhecer a autonomia e proteger aqueles cuja autonomia é diminuída”*.

De qualquer modo é razoável o entendimento segundo o qual a dignidade é uma implicação lógica

do dever de respeito. Esse princípio é o pivô da teoria moral de Kant. As pessoas são fins em si mesmas. Como ser de razão cada pessoa está na origem de sua ação e, por isso, merece respeito. Assim o respeito é devido à pessoa como agente moral. O ser humano se opõe às coisas pelo fato de possuir dignidade. Como sabemos Kant distingue, na sua *Fundamentação da metafísica dos costumes*, a noção de preço e a de dignidade. Assim afirma: *No reino dos fins tudo tem um preço e uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr-me vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo preço, e, portanto não admite equivalente, então ela tem dignidade.* (Kant, 1985). Tradução brasileira: Kant, 1974). Para Kant a dignidade pertence à autonomia. A autonomia significa não somente a independência de qualquer poder arbitrário heterônomo, mas a capacidade de cada pessoa humana de estabelecer a lei moral em relação a si mesma. Esse princípio exige então *que todo ato que implique conseqüências para o outro esteja subordinado ao consentimento da pessoa envolvida. Sem esse acordo, a ação não é legítima, e o uso de força para interpor resistência é moralmente defensável.* (Hanson apud Hottois e Missa, 2001). A autonomia é uma idéia reguladora, uma idéia na medida da finitude humana em todas as suas dimensões e está em articulação com outros princípios. No entanto, qualquer proposta de estabelecer uma hierarquia unívoca que venha a privilegiar um dos princípios, por exemplo, o de autonomia, deve ser contestada. A carência de hierarquia não denota inconsistência lógica ou axiológica. Ao contrário, é indicação clara na aceitação da “condição humana” na complexidade de suas dimensões. Na *Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos do Homem* proclama-se bem claramente o caráter relacional

que sela a interdependência e complementaridade dos princípios.

Há grande acordo em se considerar o ato do consentimento como manifestação expressiva da autonomia da pessoa humana. Desde o Código de Nuremberg fica estabelecido o princípio do consentimento livre e informado. Entende-se assim, que a idéia subjacente a essa disposição do Código é que a autonomia é o principal atributo do respeito atribuído à pessoa humana. A exigência do consentimento, em outros termos, foi o meio encontrado para se resguardar o respeito à pessoa humana. O reconhecimento da autonomia do paciente como agente moral, livre e consciente, permitiu a esse paciente tomar parte ativa em situações cruciais de seu existir. Isso significa um golpe fatal ao paternalismo que persistia nas relações de cuidado entre médico e paciente. Em contrapartida, no aspecto positivo, isso permitia a preservação, ao mesmo tempo respeito à autonomia do paciente e valorização da solidariedade para com aquele que busca, no sofrimento, ajuda e cuidado. Estaria, assim, restaurada, no seu sentido etimológico forte de *"sym-pathein"* (simpatia) ou da *"com-paixão"*, pela qual o médico se coloca igualmente no lugar do paciente para com ele realizar o pacto terapêutico.

O consentimento é entendido, no âmbito da medicina, como um ato autônomo, vale dizer, livre e consciente, pelo qual o paciente autoriza o médico a iniciar os procedimentos necessários para o tratamento após ter entendido todas as informações fornecidas pelo médico.

Como um dos momentos cruciais da relação médico-paciente e em face das eventuais situações árduas que a envolvem, esse ato de consentimento tem gerado tensões entre os parceiros da *"aliança"*. As tensões ocorrem quando o entendimento, pelo médico, a respeito do *"bem"* para o paciente não se iden-

tifica com aquilo que o paciente entende como *"seu"* bem. *Todo mundo tem o direito fundamental de ser deixado em paz. Este direito encontra-se no próprio centro da moralidade secular porque é evidente e fonte de autoridade moral, quando estranhos morais se encontram.* (Engelhardt, 1998). De início, como dois estranhos, paciente e médico se chegarem à mesma visão de bem, se tornam dois indivíduos que compartilham o mesmo fim. Daí a aliança de que fala Ricoeur. A natureza de tais relações é variável dependendo dos indivíduos envolvidos.

Engelhardt (1998) entende o consentimento como um processo de negociação entre os envolvidos nessa relação médico-paciente. Há expectativas, confiança, confiança, permissões, tendo em vista os fins compreendidos em comum. *Os pacientes e médicos formam uma rede de compromissos, assim como de limites e fronteiras. A formação do relacionamento entre médico e paciente compreende a aceitação de compromissos e o estabelecimento de limites.* (Engelhardt, 1998).

A finalidade do consentimento esclarecido e livre não é a imposição de seu direito de ser autônomo, mas sim, oferecer ao paciente a ocasião de exercer sua autonomia em respeito à sua dignidade e liberdade fundamentais.

As tensões se traduzem em dilemas. Não dilemas de ordem especulativa, abstrata ou conceitual. Estando em jogo o bem-estar, a saúde e mesmo até a vida de pacientes vulneráveis, as decisões são urgentes e criadas sob o signo da racionalidade, do diálogo, da cumplicidade, provenientes do pacto médico-paciente. A decisão é alimentada e alicerçada por deliberações de diversas naturezas relacionadas às respectivas intencionalidades, todas sob o signo da intenção ética. As deliberações e decisões pertencem ao domínio do contingente (ou do conjunto de eventos que podem

ocorrer ou não) e do particular. Por essa razão, estão regidos pelo que Ricoeur denominou juízo prudencial. A deliberação presente no *"pacto médico"*, na situação de relação médico-paciente, que culmina em um juízo prudencial e manifesta uma escolha, ganha consistência ética quando se alimenta do conjunto dos princípios norteadores propostos pela Bioética sem prevalência hegemônica de nenhum deles. Revela posição sábia e prudente entender que todos esses princípios invocados e proclamados na *Declaração* sejam compreendidos como balizas ou hastes indicadoras e que tais princípios devam colocar-se nem acima, nem na base ou fundamento da Bioética, mas ao seu redor. É exatamente isso que significa *"baliza"* orientadora. (Hottois, 2005).

## Conclusão

A Bioética atinge um grau significativo de consolidação com a recente *Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos do Homem*. É particularmente significativa a inter-relação estabelecida, no último artigo da *Declaração* entre direitos do homem, as liberdades fundamentais e a dignidade humana. Isso reveste de importância o princípio de vulnerabilidade como referencial antropológico na compreensão das relações médico-paciente. Como sustenta Peter Kemp, os princípios de vulnerabilidade, autonomia, integridade e dignidade formam na sua complementaridade e interdependência a unidade de uma racionalidade prática capaz de auxiliar na prática de avaliações e juízos na bioética e em biodireito. (Kemp, 2004).

A ênfase sobre a interdependência e complementaridade entre os princípios, de modo particular, o de vulnerabilidade, de autonomia, de integridade e dignidade reflete a necessidade de se encaminhar o questionamento bioético levando-

se em conta o seu caráter pluralista quando trata de problemas éticos apresentados pela medicina, pelas ciências da vida e por tecnologias associadas, aplicadas aos seres humanos. (artigo primeiro).

Esses princípios não encerram necessariamente um caráter normativo universal. São entendidos, de

preferência, como balizas norteadoras, sinais indicativos que auxiliam na condução de juízos prudenciais e deliberações que visam decisões cruciais no campo da vida humana.

Finalmente, o entendimento da força heurística da vulnerabilidade associada em interdependência aos outros princípios men-

cionados na *Declaração* permite, nas relações terapêuticas médico-paciente, o respeito à pessoa do paciente (sua autonomia), a prevalência da idéia de solidariedade responsável sobre o paternalismo, a compreensão muitas vezes equivocada, do princípio de que a beneficência propiciava.

---

## REFERÊNCIAS

- Beauchamp T, Childress J. Princípios de ética biomédica, São Paulo:Loyola; 2002.
- Engelhardt HT. Fundamentos de bioética, São Paulo:Loyola;1998.
- Hottois G. La science entre valeurs modernes et postmodernes. Paris:Vrin;2005.
- Hottois G, Missa J. Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles : De Boeck- Université ; 2001
- Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Oeuvres philosophiques. Paris: Gallimard; 1985. Tradução brasileira. São Paulo: Abril Cultural; 1974 (coleção os pensadores).
- Kemp P. (organizador). Le discours bioéthique. Paris: Cerf; 2004.
- Macklin R. "Dignity is a useless concept". Br med j 2003; 327:1419.
- Ricoeur P. "Les trois niveaux du jugement médical: jugement prudentiel, jugement déontologique et jugement réflexif dans l'éthique médicale. In: Kemp P, organizateur. Le discours bioéthique. Paris: Cerf;2004.
- Parizeau M. "Le concept éthique de consentement à l'expérimentation humaine: entre l'utilitarisme et la morale kantienne". In : Parizeau M, organizateur. Les Fondements de la Bioéthique. Bruxelles:De Boeck-Université; 1992.
- UNESCO. Declaração universal de bioética e direitos humanos. Trad de Mauro M. do Prado e Ana Tapajós. Cátedra Unesco de Bioética da UNB. 2006.
- 

*Recebido em 27 de abril de 2006*  
*Aprovado em 18 de maio de 2006*