RICARDINA GIOVANNA PITELLI DA GUIA

**ÉTICA E MEDICINA:
ENTRE OS VALORES DA
MORALIDADE E DA CIÊNCIA**

**Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo**

Orientador: Prof. Everardo Duarte Nunes

**São Paulo
2001**

Este trabalho é dedicado:

Ao meu pai e a todos aqueles que, como ele, mantiveram-se fiéis aos preceitos da solidariedade e da justiça entre os homens, apesar das adversidades da vida.

À minha mãe, pelo orgulho, coragem e dignidade que nos mantiveram unidos nos momentos difíceis.

Ao meu companheiro e às minhas filhas, por tornarem as pequenas coisas do cotidiano tão maravilhosas.

Aos médicos que insistem em preservar a arte de sua profissão.

Agradecimentos

Ao Professor Everardo Duarte Nunes, pela orientação deste trabalho e, acima de tudo, pela confiança e amizade.

À Ecilda Nunes, pela atenção na revisão deste texto.

À Biblioteca do Conselho Federal de Medicina, pelo gracioso envio das xerocópias do Hastings Center Report e Journal of Medical Ethics.

RESUMO

Neste estudo procuramos conhecer como os conflitos éticos da medicina contemporânea são expressos em dois diferentes contextos discursivos: os relacionados à arte da medicina e os que constituem o cenário de suas técnicas. Os discursos relativos à técnica foram pesquisadas em textos do Journal of the American Medical Association e New England Journal of Medicine, entre os anos de 1990 e 1996, enquanto os relacionados à arte basearam-se em publicações do Hastings Center Report, Journal of Medical Ethics e Journal of Medicine and Philosophy, nos anos de 1990, 1993 e 1996.

Entendendo que a medicina constitui um campo privilegiado para a expressão da pluralidade de valores morais vigentes na sociedade contemporânea, apresentamos algumas elaborações teóricas sobre os fundamentos da moralidade, assim como discutimos suas relações com outros valores potencialmente determinantes das práticas médicas, como os relacionados à ciência, à lei e à bioética.

Partindo de tais considerações, procedemos, finalmente, à apresentação e discussão dos núcleos discursivos identificados nos textos que constituíram o material empírico do presente trabalho.

Palavras – Chave: ética – moral – medicina – filosofia - valores

SUMMARY

In this study we attempt to recognize how the ethic conflicts of the contemporary medicine were expressed in two different discursive contexts: those related to the art of medicine and those that constitute the scenario of its techniques. The discourses related to the technique were researched in texts of the Journal of the American Medical Association and the New England Journal of Medicine, between 1990 and 1996, while those related to the art of medicine were based on publications of the Hastings Center Report, the Journal of Medical Ethics and the Journal of Medicine and Philosophy, during 1990, 1993 and 1996.

Keeping in mind that medicine constitutes a privileged field for the expression of the plurality of the moral values present in the contemporary society, we introduce some theoretical approaches to the morality foundations, as well as we discuss its relations with others values potentially determinant of the medical practices, as those related to science, law and bioethic.

Starting from such considerations, we, finally, proceed to the presentation and discussion of the discursive nucleus identified in the texts which constituted the empirical material of the present work.

Key Words: ethic – morality – medicine – philosophy - values

ÍNDICE

I – Introdução	1
II – Os espaços da moralidade	11
II.1 – Moralidade e ciência	13
II.2 – Leis e direitos: a perspectiva de uma sociedade moral	28
II.3 – Bioética: o desafio de inserir o debate ético no cotidiano das práticas médicas	45
III – De onde emergem nossos valores morais?	67
III.1 – A razão aperfeiçoadora do homem moral	73
III.2 – A razão reveladora do homem moral	79
III.3 – A razão destruidora do homem moral	87
III.4 – A razão imperfeita para o homem moral	91
III.5 – A razão soberana e fundadora do homem moral	98
III.6 – A vontade motivadora do homem moral	104
III.7 – Liberdade: a moral na desigualdade	109
III.8 – A negação da moral natural e os limites da filosofia	119
IV – O espaço da ética no discurso técnico	140
V – A ética no discurso da arte	164
VI – Discussão	223
VII – Referências Bibliográficas	243
VIII – Bibliografia Consultada	254
Anexo I – Esclarecimentos sobre o material empírico e a questão metodológica	256
Anexo II – Descrição das referências do material empírico utilizado	263

I - INTRODUÇÃO

"La moral de una sociedad puede ser medida por la manera como trata a sus miembros más vulnerables. Si no entendemos lo que significa tomar en serio los derechos del enfermo entonces será probable que hagamos lo mismo con aquellos que no tienen capacidad o fuerza para defenderse. Esto se llama buena política y buena medicina social. Es también lo que se debería llamar buena medicina clínica y buena ética médica."
(Doyal, 1995, p: 35.)

O Juramento Hipocrático talvez seja o corpo de compromissos éticos profissionais mais longamente firmado na história de nossa civilização. No terceiro milênio da Era Cristã ainda o repetimos com respeito e, pelo menos uma vez na vida, todo médico já pronunciou solenemente as frases abaixo:

"Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue :

estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte;

fazer vida comum e , se necessário for, com ele partilhar meus bens;

ter seus filhos por meus próprios irmãos;

ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito;

fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."

No entanto, a despeito de sua tradição milenar, há consenso de que as palavras literais acima contempladas não mais expressam a totalidade de preceitos éticos a que está submetida a prática médica contemporânea; a qual há muito deixou de ser expressa fundamentalmente como arte para se tornar, acima de tudo, técnica.

Podemos supor, então, que o Juramento Hipocrático retira sua força enquanto jura, não das palavras que literalmente expressa, mas da aceitação implícita de que se faz fundamental à medicina, enquanto prática social, apresentar-se como detentora de uma ética perene, como se o "ser médico" equivalessse a um "ser ético".

No entanto, se a medicina, dentre as profissões, é a que mais fortemente se associa, no imaginário social, com um "agir ético", por que hoje emergem de suas práticas tantos e tão freqüentes conflitos nesta esfera? Mais do que conjuntos de valores e preceitos éticos validados pelos Conselhos Profissionais de Medicina, estabelece-se como necessário que também as instituições ligadas à prática médica constituam Comitês de Ética próprios, no sentido de viabilizar uma supervisão mais próxima acerca da postura ética dos médicos que ali atuam. Se tal é uma decorrência de nosso tempo, por que o mesmo não se observa com igual força em outras profissões, a maioria das quais contempla práticas mais recentes e menos tradicionais no tocante à detenção de um conjunto de preceitos éticos profissionais?

De onde emergem e quais são os valores que norteiam a caracterização dos “conflitos éticos” da medicina contemporânea? Eles estão presentes nos relatos que os médicos fazem de suas práticas, particularmente quando estas incluem procedimentos explicitamente associados à emergência de conflitos éticos?

Tomando as questões acima como ponto de partida, a autora debruçou-se sobre textos de duas naturezas distintas: (a) os que relatavam práticas médicas amplamente reconhecidas como espaços de emergência para conflitos éticos (no caso, optou-se por abordar os relatos acerca de “transplante renal”, “fertilização in vitro” e “cuidados ao paciente terminal”), e (b) os que se constituíam em campos discursivos específicos sobre os valores e conflitos éticos da medicina contemporânea¹.

Optando por textos em língua inglesa publicados em periódicos indexados pelo Medline, os primeiros (a) foram investigados a partir das publicações do New England Journal of Medicine e do Journal of The American Medical Association, no período de 1990 a 1996, que indicavam como tema principal, em seu descritor, versar sobre “transplante renal”, “fertilização in vitro” e “cuidados ao paciente terminal”.

Importante se faz esclarecer que o New England Journal of Medicine e o Journal of The American Medical Association encontram-se entre as revistas médicas mais respeitadas e lidas no mundo ocidental, sendo reconhecidas por publicarem principalmente temas de interesse médico geral em detrimento de temas muito específicos e pontuais; e por privilegiarem textos com enfoques técnico-científicos, os quais destacam mais fortemente os componentes relacionados à técnica do que à arte da medicina. Tais características, dentre várias outras, concorrem para a relevância destas revistas no universo das publicações médicas, viabilizando que qualquer médico, independente de sua especialidade, seja um leitor potencial de suas páginas.

¹ Esclarecimentos sobre o material empírico e a questão metodológica estão disponíveis no Anexo I.

Mantendo a opção pela língua inglesa e a fonte de indexação, os textos discursivos (b) analisados basearam-se em publicações do Hastings Center Report, Journal of Medical Ethics e The Journal of Medicine and Philosophy, nos anos de 1990, 1993 e 1996, cujos descritores indicavam o tema “ética médica” como núcleo principal do texto. Esclarecemos que a opção por tais revistas deu-se a partir de uma seleção prévia² - onde procuramos identificar os periódicos que publicavam com maior frequência e regularidade textos sobre ética médica –, da qual emergiram o Hastings Center Report e o Journal of Medical Ethics (que tiveram seus primeiros textos publicados nos anos 70) e o Journal of Medicine and Philosophy (que inaugurou suas páginas nos anos 80).

Ressaltamos que, a despeito de dedicarem a quase totalidade de seus artigos a questões relativas à ética médica, expressiva parcela dos autores cujos textos ocupam as páginas dos periódicos acima citados (b) são profissionais não médicos que se dedicam à área de “humanidades médicas” e, neste sentido, discorrem predominantemente sobre os aspectos de ordem não técnica da prática médica contemporânea. Assim, os textos selecionados propiciariam, pelo menos potencialmente, que apreendêssemos os valores éticos sob dois enfoques distintos, isto é, os oriundos da técnica e os emergentes da arte da medicina.

Faz-se necessário elucidarmos os sentidos que serão aqui atribuídos aos componentes da prática médica identificados como arte e como técnica. Assim, entendemos como pertencendo à esfera da técnica os componentes do ato médico cuja execução depende essencialmente de intermediação instrumental e/ou conhecimento especializado, enquanto elementos decorrentes da aplicação prática do conhecimento científico³.

Sobre este componente do ato médico, assim esclarece Entralgo: *"Terapêuticamente, la relación entre el médico y el enfermo viene teniendo*

² Novamente lembramos que os esclarecimentos sobre o material empírico e a questão metodológica estão disponíveis no Anexo I.

³ Como Ciência entendemos o *"conjunto de conhecimentos e de investigações com um suficiente grau de unidade, de generalidade, e suscetíveis de trazer aos homens que se lhes consagram conclusões concordantes, que não resultam nem de convenções arbitrárias, nem de gostos ou interesses individuais que lhes são comuns, mas de relações objetivas que se descobrem gradualmente e que se confirmam através de métodos de verificação definidos."* (Lalande, 1999, p: 155).

carácter instrumental desde el comienzo mismo de la medicina. Exploratoriamente lo tiene desde que en los siglos XVII y XVIII empezaron los médicos a contar el pulso mediante relojes y a medir la temperatura corporal mediante termómetros. No será necesario ponderar cómo desde entonces há ido aumentando, hasta hacerse abrumador, el número de los instrumentos que requieren la exploración y el tratamiento del paciente ... Pienso que, genéricamente considerado, el instrumento exploratorio o terapéutico puede ser para el paciente en quien se emplea un recurso técnico, un recurso mágico, un objeto simbólico y un muro de separación ... Así considerado el 'aparato', tal es el nombre que habitualmente se da a todos ellos, cumple la función de aumentar la confianza del enfermo en la medicina, y por consiguiente en la persona de quien con tales recursos le explora y trata. No pocos pacientes, y no siempre intelectualmente rudos, se entregan con mayor confianza previa a los médicos y a las clínicas que dispoen de muchos 'aparatos'."(Entralgo, 1983, p: 345-346).

Este caráter técnico ou instrumental encontra-se ampliado no componente da prática médica que Schraiber (Schraiber, 1995) identifica como técnico-científico, enquanto distinto da esfera que denomina técnica-arte, onde este primeiro se caracterizaria na ação médica entendida como uma aplicação científica, *"uma espécie de rotina; ato progressivamente armado e equipado, dotando-se de razoável mecanização; por tudo isso, também, ação certa e segura, ao ancorar-se em conhecimentos de verdades (ciência) e, dentro deles, o conhecimento tido como a excelência das verdades ou a verdade (ciência natural); intervenção, pois, confortavelmente preestabelecida (na ciência), estável"*. (Schraiber, 1995, p: 31).

Esclarecemos que vários procedimentos médicos, muitos dos quais prescindem de aparatos instrumentais, são aqui entendidos como pertencentes à esfera técnica, a exemplo do exame físico direto ou da inspeção clínica, dado retirarem sua validade do fato de terem sido colocados à prova, e testados muitas e muitas vezes, mediante estratégias cientificamente fundamentadas. Da mesma forma, os protocolos clínicos e os procedimentos cirúrgicos, independentemente de necessitarem ou não de aparato instrumental, podem ser entendidos como

pertencentes à técnica, na medida em que, desenvolvidos através de estratégias cientificamente validadas, sua utilização pode ser freqüentemente interpretada como uma expressão objetiva e concreta da competência profissional.

Como arte entendemos os elementos da prática médica que envolvem, de forma inevitável, os juízos de valores⁴ e se desenvolvem mediante processos que nem sempre contemplam o mesmo grau de certezas e regularidades observadas na esfera da técnica, implicando, assim, em decisões de natureza essencialmente subjetiva, mais relacionadas ao certo ou ao errado contextuais do que a verdades ou mentiras objetivas e providas de validade geral. Schraiber esclarece que, no tocante à arte, a medicina pode ser reconhecida *"como experiência pessoal; ação criativa e que envolve a complexidade das descobertas, pois está sempre diante de um caso; ação singular e única, e por tudo isso, afinal, conhecimento de ofício (empírico) e intervenção de resposta imediata, pragmática. O risco, a dúvida e as incertezas marcam esta dimensão da ação."* (Schraiber, 1995, p: 31). Para Entralgo, nesta esfera da prática médica, *"trátase, en definitiva, de considerar el enfermo como persona, y no como mero objeto; y esto no sólo en el orden ético y práctico de la conducta - respetando su condición personal, considerando su dolor y su invalidez como dolor e invalidez de una persona -, mas también en orden al conocimiento teórico, científico, de lo que como enfermo es. ... Sabemos que, en el caso del hombre, la relación entre persona y persona sólo puede hacerse real y*

⁴ A este respeito, Dahrendorf diz que: *"com efeito, parece logicamente possível apresentar, sem detalhadas digressões, um conceito dos juízos práticos de valor, já que eles constituem manifestações sobre o que deve ou não deve ser, o que é desejável ou indesejável na esfera das ações humanas. Weber define com toda lógica: 'sob valorações deveriam entender-se as qualificações práticas do refutável ou admissível a respeito de fenômenos, susceptíveis de influências por nossas ações'. Além disso, está claro que cada um destes juízos de valor, cada manifestação com referência a um dever prático, inclui pressupostos que não podem verificar-se ou adulterar-se por fatos susceptíveis de serem observados experimentalmente. Com outras palavras, os juízos de valor não podem ser deduzidos ou obtidos mediante reflexões científicas."* (Dahrendorf, 1981, p: 22). Faz-se importante esclarecer que Dahrendorf não está atribuindo qualquer pretensa neutralidade à ciência ao conceituar juízos de valor. Neste sentido, afirma que *"Popper argumenta com muita razão: 'Todas as descrições científicas de fatos reais são seletivas em alto grau... Não só é impossível evitar uma postura seletiva, como também é absolutamente indesejável que assim se faça pois, mesmo quando possamos fazê-lo, não obteríamos com isso uma descrição mais objetiva, apenas a mera acumulação de manifestações completamente desconexas. Não se pode evitar uma postura determinada e o ingênuo intento de evitá-la só conduz ao engano de si mesmo e o emprego acrítico de uma postura inconsciente' Um sentido estritamente analítico tem com certa razão Jaspers, quando descreve interpretando Max Weber: 'A obrigação científica de descobrir a verdade dos fatos é distinta da obrigação prática de intervir em favor de ideais próprios.'"* (Dahrendorf, 1981, p:24-25 e 30-31, negrito e grifo nossos).

verdadera a través de la coejecución de los actos en que se realiza la índole personal de una y otra; en definitiva, a través de la coejecución de las vivencias en que esos actos anímica y expresivamente se manifiestan. Coejecución de un acto y de su vivencia a través de una expresión: tal es la fórmula de la relación interpersonal. Lo cual, dentro ya de nuestro actual problema, nos hace saber que el diagnóstico 'personal' debe consistir, en el conocimiento reflexivo de una actividad coejecutiva. Con otras palabras: que el paso desde el nivel científico-natural al científico-personal del diagnóstico exige del médico asumir cognoscitiva y metódicamente la objetivación de la naturaleza del enfermo en la coejecución de los actos con que éste, respecto de la enfermedad que padece, se realiza a sí mismo como persona." (Entralgo, 1983, p: 385-386).

No entanto, a nosso ver, arte e técnica não se apresentam como esferas isoladas e independentes dentro da medicina, mas, ao contrário, é sua interação que possibilita o necessário encontro entre o ser biológico e o sujeito social, elementos inevitavelmente atados e constituintes do núcleo central da prática médica - o homem. Assim, os dois núcleos discursivos aqui analisados são tomados como espaços potenciais para a emergência dos encontros ou dos desencontros entre estes dois diferentes olhares que a medicina lança aos homens quando os toma como objeto de suas práticas.

Os procedimentos técnicos (a) foram escolhidos a partir de critérios tomados como emergentes ao senso comum, a exemplo do reconhecimento de que os benefícios oriundos dos transplantes renais impõem resolver o problema de que o número insuficiente de doadores constituiu-se num estímulo potencial ao comércio de órgãos humanos; ou que a fertilização in vitro tem-nos defrontado com questões complexas, como a de definir se a mãe é a mulher que gesta o feto ou a que doa o óvulo. E, da mesma maneira, o prolongamento da vida de doentes terminais coloca-se como uma possibilidade de "opção" por parte do paciente – se ele não quer viver mais, pode o médico prolongar, através de meios tecnológicos, uma vida indesejada por quem a possui? Distantes de se constituírem em prerrogativas para debate exclusivo no meio médico, tais conflitos emergem também como objetos de polêmicos debates públicos, onde as

respostas estão, a cada dia, mais difíceis de serem encontradas. No entanto, também dizem respeito aos médicos, já que estes são os agentes destas práticas.

Assim, a partir do exposto, buscamos esclarecer se as polêmicas acerca de procedimentos reconhecidos como eticamente conflitantes emergem enquanto tais, mesmo que de forma pontual, nas práticas relatadas pelos médicos que os executam; assim, também, se estes contemplam os valores que o discurso ético toma como válidos para a medicina e a sociedade contemporâneas.

No entanto, a abordagem de tais questões demanda, como ponto de partida, não apenas o reconhecimento de que elas existem enquanto tais e que clamam por serem esclarecidas, mas, também, na necessidade de situarmos a presente análise dentro do conjunto de saberes e valores que foram postulados pelo conhecimento dos homens como afetos à ética no seu sentido mais amplo. Neste sentido, esclarecemos que, com vistas à consecução da análise proposta, a ética médica não será aqui abordada apenas como um corpo próprio de valores emergentes na interioridade da medicina, mas, antes disso, como um conjunto de preceitos éticos gerais que toma a medicina como espaço de expressão para os valores morais que foram validados pelo tempo como necessários à vida humana, tal como a percebemos nos diferentes momentos da história.

A relação entre ética e conflito é histórica, não apenas porque o homem, desde os primórdios da vida em sociedade, sempre se defrontou com a necessidade de proceder a julgamentos cotidianos acerca do bem ou do mal, do que é certo ou errado, mas, acima de tudo, porque a ausência de consenso acerca de questões éticas inicia-se pela sua fundamentação mesma. Indagações acerca de quais são os valores éticos e de onde eles surgem; se da razão ou das paixões, se do costume ou da necessidade de sobrevivência, ou se são apenas máscaras atrás das quais escondemos nossa face mais perversa, continuam suscitando debates acalorados há muitas centenas de anos. Certamente, este trabalho não tem qualquer pretensão de apresentar soluções para polêmicas centenárias, mas apenas explorar alguns dos caminhos que temos seguido nesta busca incessante de verdades fundamentais – se somos e porque somos seres

morais – a partir de uma leitura dos conflitos relacionados aos valores éticos da medicina.

Faz-se necessário esclarecer que este estudo contempla o olhar de um médico em direção a outros médicos, no sentido de compilar e sistematizar as evidências que denunciam a ética médica, não como uma especialidade médica à semelhança de outras quaisquer, mas como um espaço interdisciplinar e privilegiado entre a medicina e a filosofia, e mesmo com outros campos, como os da sociologia ou da história da ciência. E que, assim sendo, os posicionamentos demandados diante da esmagadora maioria dos conflitos éticos com que se defrontam os médicos em seu cotidiano profissional requerem o domínio de idéias e conceitos que, tradicionalmente, não lhes são oferecidos durante a formação acadêmica em medicina. Isto concorre para que estes conceitos e idéias, assim como muitos posicionamentos possíveis de serem assumidos através deles, sejam percebidos como um "cenário estranho" pelos médicos, particularmente quando confrontados com os demais componentes de suas práticas, em especial os de ordem técnica, que constituem os elementos nucleares de seu treinamento profissional.

Este trabalho não pretende ser um tratado de filosofia, nem tampouco um texto médico, no tocante às abordagens tradicionalmente referidas a estes temas. Este é um olhar que busca transcender os limites impostos pelo "pensar e agir ético" hegemônico na interioridade da prática médica. E, neste sentido, optamos por uma trajetória que nos permitisse, pelo menos potencialmente, oferecermos aos médicos a possibilidade de adentrarem um universo de conceitos e idéias que, de uma maneira geral, lhes são sonegados durante a formação acadêmica, mas que se fazem imprescindíveis para aqueles que, durante o exercício profissional, buscam conferir às suas ações um conteúdo ético.

Assim, apresentamos ao leitor interpretações diferentes, a maioria delas formulada no âmbito da filosofia, acerca dos fundamentos da moralidade. As teorias aqui expostas não foram escolhidas com a pretensão de contemplarmos a plenitude das possibilidades de leitura da moral, mas sim por permitirem serem diferenciadas umas das outras através da relevância que conferem à razão como

elemento viabilizador do julgamento moral, de forma a esclarecermos que a razão, na esfera da moral, não desfruta da mesma soberania que lhe é concedida pela ciência.

Em função dos objetivos propostos e tentando tornar as considerações de ordem filosófica mais próximas das linguagens e construções discursivas comumente utilizadas pelos médicos, optamos por não nos aprofundarmos em questões que, embora se apresentem sobremaneira relevantes para o conhecimento filosófico, não implicavam, a nosso ver, em conceitos fundamentais para a compreensão das idéias que seriam aqui desenvolvidas sobre a ética médica. Tal nos conduziu a conferirmos espaços diferenciados aos enfoques da moralidade que, a nosso ver, demandavam um maior exercício de reflexão ou contemplavam elementos que consideramos fundamentais ao desenvolvimento posterior do texto.

Assim, as idéias aqui atribuídas à Aristóteles fundam-se prioritariamente na “Ética a Nicômacus”; as conferidas à Espinosa exclusivamente na “Ética”; as de Stuart Mill apenas em “Sobre a Liberdade”; as de Schopenhauer em “Sobre o fundamento da moral”; as de Kant em “Fundamentação da metafísica dos costumes”; as de Rousseau no “O contrato social e outros escritos”; e as de Hume na “Investigação sobre o entendimento humano” e “Investigação sobre os princípios da moral”. Fazem exceção a esta regra as considerações elaboradas a partir de Nietzsche, cuja obra foi mais detalhadamente analisada pela autora nos seguintes textos: “Assim falava Zaratustra”, “Crepúsculo dos ídolos”, “A genealogia da moral”, “Além do bem e do mal”, “A origem da tragédia”, “A Gaia Ciência” e “O Anticristo”.

Deste modo, num primeiro momento oferecemos ao leitor diferentes interpretações formuladas sobre a moralidade, para, a partir delas, tecermos nossas considerações acerca dos achados empíricos emergentes nos discursos elaborados no âmbito da arte e da técnica da medicina.

II - Os espaços da moralidade

“Seria o cúmulo da loucura pretender fazer todos os homens pensarem de uma maneira uniforme sobre a metafísica. Seria bem mais fácil subjugar o universo inteiro pelas armas do que subjugar todos os espíritos de uma única cidade.”
(Voltaire, 1993, p: 121)

A ética da pós-modernidade emerge como uma questão transcendente⁵ à filosofia para constituir-se em objeto da sociologia, da psicologia e, até mesmo, da biologia ou da história das ciências.

Neste sentido, este é um trabalho que procura transitar pelas diferentes áreas do conhecimento que tomaram a ética como objeto de análise, reconhecendo, no entanto, que, em variados momentos a autora sucumbe à tradição de tomar a ética como um espaço privilegiado da filosofia. Assim, ao utilizarmos como objeto de estudo os relatos de práticas médicas (na tentativa de deles apreender a emergência explícita de conflitos éticos que lhes estariam potencialmente associados) e os discursos teóricos acerca da ética médica (em busca de suas fundamentações), abordamos o problema com um enfoque mais próximo à sociologia.

Da mesma forma, ao partirmos em busca das fundamentações da ética para, a partir delas, situarmos sua leitura pela medicina contemporânea, optamos em transitar pela filosofia e, às vezes, pela biologia e pela história das ciências. Já a apreensão do conflito ético a partir das práticas relatadas e dos discursos teóricos requer a contextualização dos mesmos enquanto práticas sociais e, neste sentido, retomamos o enfoque sociológico.

A formação acadêmica em medicina e os anos de prática clínica conferiram à autora uma impregnação positivista potencialmente geradora de um viés interpretativo da qual este trabalho tentou se furtar, muitas vezes sem o devido sucesso. E foram, de certa forma, estes limites impostos pela formação positivista que conduziram à opção pela ética médica como objeto de estudo. Trata-se,

⁵ No sentido em que, ao introduzirmos no debate ético apreciações formuladas por outras áreas do conhecimento, além da filosófica, possibilitamos que este se dissemine de forma mais ampla junto ao corpo social onde os fenômenos morais se desenvolvem.

portanto, de uma tentativa de resgatar o que faltou, de identificar espaços que ficaram em branco no processo formador do médico, para que este possa vislumbrar com mais clareza opções de resposta, e mesmo conviver melhor, com os conflitos éticos inevitavelmente inerentes à medicina.

Há consenso de que a validação da medicina contemporânea enquanto prática científica advém mais dos elementos integrantes da esfera da técnica do que da arte. Neste sentido, o privilégio daquela em relação a esta no processo de formação médica possibilita que se confira ao médico o caráter de cientista, no sentido advindo das ciências duras, que se assentam em dados empiricamente demonstráveis e mensuráveis. E, sem dúvida, desta opção advieram muitos dos sucessos da medicina contemporânea, particularmente os representados por tecnologias que prometem uma vida quase eterna. Novas possibilidades terapêuticas para males antigos e o diagnóstico de moléstias dantes impensadas nos são oferecidos a cada dia, carregando consigo a necessidade imperativa de um agir diferente do até então praticado. O novo advém como substituto imperativo de um “antigo” que sequer dispôs de tempo para se consolidar.

Mas, se a questão da moral repousa em regras de conduta, onde buscar o conteúdo ético da ação nunca dantes praticada? Hanna Arendt, ao abordar as lições do holocausto, esclarece que “....*Os poucos, que ainda foram capazes de separar o certo do errado, deixaram-se guiar somente por seus próprios julgamentos, e fizeram-no livremente; não houve nenhuma regra com a qual se conformarem porque não havia nenhuma regra para o que era sem precedentes.*” (Bauman, 1997, p: 284). Neste contexto, podemos supor que a moralidade se constitua “...*among others things, a panorama of ideals, a way of developing the feelings in a particular direction, a set of arts for visualizing better kinds of life, for working together on the understanding of human destiny ... Morality is not, then, just rules.*” (Midgley, 1995, p: 120).

A busca incessante de atribuir conteúdo ético ao comportamento humano tem acompanhado nossa história há milhares de anos e, a despeito de todo esforço, ainda não chegamos a um consenso acerca de como e porque insistimos em valorizar as ações humanas atribuindo-lhes qualificações de ordem moral. Um

breve olhar para trás mostra-nos que a visão hegemônica de mundo, em cada momento de nossa história, manteve profundas correlações com os valores que acreditamos fundamentar a moralidade.

Neste sentido, faz-se necessário discorrer, ainda que brevemente, sobre as visões de mundo propiciadas pela ciência moderna e contemporânea, dado seu profundo impacto sobre as práticas e os valores que fundam a medicina de nossos dias.

II.1 - Moralidade e ciência

“Reduzir algo de desconhecido ao que é conhecido alivia, tranquiliza, satisfaz, dá, além disso, um sentimento de poder. No que é desconhecido reside o perigo, a inquietude, a preocupação – o instinto primário dirige-se a *eliminar* estes estados penosos. Primeiro princípio: qualquer explicação é melhor do que nenhuma.”
(Nietzsche, 1988, p: 50)

Segundo Midgley (Midgley, 1995), Darwin e vários outros evolucionistas estiveram profundamente preocupados com o significado evolucionário da moralidade, abordando-a sob uma perspectiva egoísta, onde a ação humana era interpretada como pautada pelo auto-interesse.

Como contraposição a esta “visão egoísta”, há indícios de que comportamentos fundados na cooperação – premissa da ação ética - existem em outros seres vivos, a despeito destes serem desprovidos de consciência: “ ... *Life processes, by contrast, depend on an immense background of harmonious co-operation that builds up the system within which the much rarer, though still important, phenomenon of competition becomes possible. In an ecosystem, plants normally exist in interdependence both with each other and with the animals that eat them, and those depend both on one another and their predators. Even at the chemical level, there is a tendency to form bonds and to move towards greater complexity. ... It is not surprising, then, that conscious life, arising out such a background, acts in fact in an away that is much more often co-operative than competitive. And when we come shortly to consider social creatures, we see clearly that co-operative motives supply the main structure of their behavior*” (Midgley, 1995, p: 126-127).

Sabemos, também, que esta cooperação remonta a uma necessidade de equilíbrio transcendente ao universo de interação entre seres vivos e, neste sentido, Buchanan alerta para as considerações de Lovelock, esclarecendo *“that the envelope of the earth’s biosphere has an enormous capacity for correcting automatically any disturbances in the balance of gases in the atmosphere and materials in the oceans, and he has given this self-correcting mechanism the name ‘Gaia’, after the Greek Earth Mother. But the evidence of modern technology development shows that we are pressing hard on this capacity. The human species, by design or folly, is using technological tools to abuse Gaia”* (Buchanan, 1994, p: 243).

Stanesby (Stanesby, 1988) apresenta a perspectiva evolucionista como contemplando três componentes: inorgânico, orgânico e humano ou cultural. O primeiro pertenceria aos domínios da física e da química e se ocuparia dos elementos “sem vida” que constituem o universo, remetendo seu início ao Big Bang, há cerca de 15 bilhões de anos atrás. O segundo contemplaria a idéia de evolução da vida, a partir de primitivos seres unicelulares até as complexas estruturas do cérebro humano, num processo que teria se originado há cerca de 3 ou 4 bilhões de anos. Já o terceiro seria muito mais recente e delimitaria a emergência da vida consciente e o início da história da cultura humana, incluindo o desenvolvimento conjunto da linguagem e do conhecimento.

A despeito da segmentação acima exposta sugerir um certo sucumbir do autor à lógica positivista – na medida em que desmembra uma realidade complexa – objeto de suas mais impiedosas críticas, ela possibilita a validação da linguagem como elemento chave no processo de aculturação humana e, nesta medida, vai ao encontro da percepção da consciência moral enquanto emergente do processo de comunicação que se estabelece entre os homens.

Os vários elementos brutos e seres vivos que hoje percebemos como fundamentais à vida humana e que a posicionam numa interação constante com outras formas de vida e com matérias inertes, fazem-nos parecer natural que nos preocupemos com o conteúdo ético não mais apenas das ações que digam respeito aos homens, enquanto interagindo entre si, mas, também, aos animais e

outros componentes da natureza, como o ar ou os mares e rios. Poderíamos pensar nisto como uma ampliação de nossos sentidos, no que se refere à percepção das condições necessárias à sobrevivência humana, a qual, em última instância, tem sido relacionada como o grande fator mobilizador para o comportamento ético. E, assim, voltamos novamente para a questão do egoísmo – o de preservar o mundo e as espécies e estruturas que o compõem apenas quando e enquanto estes são percebidos como necessários à preservação de nossa própria espécie.

A necessidade de “encaixar” as várias teorias biológicas que se dedicam a explicar e compreender a vida e os comportamentos humanos nos valores morais que pautam a ação ética, a despeito de se apresentar como uma preocupação constante da comunidade científica, nem sempre foi bem sucedida. E quão assustadoramente frágeis podem se apresentar nossos valores morais diante de verdades científicas que rapidamente se mostrarão efêmeras pode ser apreendido no recente documentário cinematográfico de Peter Cohen⁶, “Homo Sapiens – 1900”. Através de evidências contundentes da execução de práticas eugênicas em nosso passado recente, e de sua validação por vários membros da comunidade científica, Cohen nos conduz à necessária reflexão sobre as relações entre nossos valores morais e as verdades propiciadas pela ciência.

Nelkin (Nelkin, 1987) discute com propriedade as relações entre a imprensa e a comunidade científica, enquanto estratégia para a legitimação social dos valores postulados pela ciência, assim como o impacto destes na percepção que temos do comportamento humano enquanto potencialmente pautado pelo determinismo genético. As promessas da engenharia e da pesquisa genética trafegam por terrenos arenosos e escorregadios que nem sempre permitem a identificação, como um “a priori”, de para onde estamos indo. As evidências da ciência, vez por outra, apontam verdades, ainda que possivelmente temporárias, de que talvez não sejamos exatamente como gostaríamos de ser. Esta possibilidade de, mesmo que momentaneamente, desiludirmos nossos sonhos

⁶ Filme: Homo Sapiens 1900 Direção: Peter Cohen Produção: Suécia, 1998, 85 minutos. O documentário fez parte da Mostra Internacional de Cinema de São Paulo, 2000.

acerca de nós mesmos impõe cautelas, como a de Richard Dawkins (Dawkins, 1979), no prefácio de “O gene egoísta”: *“Este livro deveria ser lido quase como se fosse ficção científica. Ele destina-se a agradar a imaginação. Mas não é ficção científica: é Ciência. Seja ou não um lugar-comum, ‘mais estranho do que ficção’ exprime exatamente como me sinto em relação à verdade. Somos máquinas de sobrevivência – veículos robô programados cegamente para preservar as moléculas egoístas conhecidas como genes. Esta é uma verdade que ainda me enche de surpresa. Embora a conheça há anos, parece que nunca me acostumo completamente a ela. Um de meus desejos é ter algum sucesso em surpreender os outros”*(Dawkins, 1979, p: 17; grifo nosso e maiúscula do autor na palavra ciência).

A percepção do homem como instrumento de preservação dos genes nos insere, enquanto humanidade mesmo, na visão mecanicista de mundo propiciada pela ciência. É uma complexa inter-relação entre cria e criador. Mas a ciência mesma, como explica Stanesby (Stanesby, 1988), não é apenas um conjunto de leis, um catálogo de fatos não relacionáveis, com existência própria. Ela é criação humana, enquanto tentativa de estabelecer conexões entre o mundo físico e o mundo que nossos sentidos percebem. Nesta ótica, o fato se apresenta indissociável do valor, no sentido que ambos dependem do potencial de captação de nossos sentidos: as células e os prótons existiam quando não os percebíamos. E nada nos garante que os instrumentos que hoje ampliam nossos sentidos de percepção da natureza sejam definitivos e nos propiciem as verdades últimas acerca do mundo que nos cerca e, muito menos, sobre a natureza humana.

No entanto, é inegável que as verdades sobre as quais a ciência vem se pautando nem sempre estão em convergência com os valores que os homens aceitam como compatíveis com sua existência enquanto seres morais. Expressão desta dissonância pode ser apreendida, mais uma vez, nas palavras de Dawkins, ao justificar: *“Não estou propondo esse comportamento como sendo moral ou desejável. Estou simplesmente dizendo que a seleção natural tenderá a favorecer os filhos que efetivamente agem desta forma e que portanto, quando olhamos para populações selvagens, poderemos esperar ver trapaças e egoísmo dentro*

das famílias. A sentença 'o filho deveria trapacear' significa que os genes que tendem a fazer com que os filhos trapaceiem têm vantagem no 'fundo'. Se há uma moral humana a ser estabelecida, será de que devemos ensinar altruísmo a nossos filhos, pois não podemos esperar que ele seja parte de sua natureza biológica" (Dawkins, 1979, p:162).

No entanto, a necessidade de viabilizarmos uma compatibilização entre os valores e fundamentos da ética com os elementos explicativos hegemônicos acerca do mundo natural e da vida humana não são prerrogativa do nosso tempo. Exemplo deste enorme esforço de "encaixe" pode ser detectado na genial fundamentação racional da ética realizada por Espinosa. Em tempos de extrema submissão aos dogmas do cristianismo católico, a ética nos é apresentada como fundada nas leis da natureza, mas de uma natureza prudentemente descrita como divina por constituir-se na expressão da vontade inquestionável de Deus. Mas quis o homem trocar Deus pela Ciência e, com isto, viu-se defronte de novas dificuldades para a compatibilização de sua pretensa natureza moral com a natureza humana cientificamente revelada.

Tais ocorrências concorrem para a polarização corpo e alma, razão e sentimento, emergentes da ciência moderna, culminando no relegar da moral a um espaço pertencente, não às ciências duras que se ocupam dos prótons, dos elementos químicos ou das células, mas aos pensadores das ciências humanas. Mas, ao mesmo tempo, o espaço privilegiado da lógica racional apresenta a possibilidade desta mesma ordem lógica - ainda que por descobrir - para todas as ocorrências da natureza, entre elas o comportamento dos homens, e com ele a busca pelo conteúdo ético das ações humanas. Midgley argumenta que a *"experience has already shown that, during the twentieth century, the quarantining of morality from topics that obviously relate to it has inclined people to think of it as something vague, irrational, privatized, inarticulate and subjective – in fact, as something beautiful but trivial"* (Midgley, 1995, p: 14).

Vivemos um tempo em que a autoridade externa e reveladora das crenças religiosas e das convicções morais é substituída pela autoridade interna da razão e dos sentidos humanos; e onde a visão do mundo como um sistema mecânico se

contrapõe insistentemente aos valores subjetivos que atribuímos como intrínsecos ao nosso “ser moral”. O conflito entre religião e ciência evidencia não apenas a difícil convivência entre duas visões diferentes de mundo, mas, além disto, se coloca como um espaço para o confronto entre novas e antigas idéias, entre o mensurável e o imensurável. Segundo Midgley (Midgley, 1995), o materialismo moderno ataca não mais Deus, mas todo e qualquer conhecimento subjetivo. Mas, apesar de todo conflito, há uma inegável convergência entre a ciência e a religião: a de que ambas tentam propiciar ao homem o entendimento do mundo e de si próprio de maneiras excludentes, como se existisse uma verdade única e última sobre a qual nossas vidas se assentariam.

A tentativa de incluir a moralidade humana na visão científicizada hegemônica de mundo negligencia que considerações acerca de como e porque as pessoas agem desta ou daquela maneira são mais complexas do que geralmente se supõe, não podendo ser reduzidas àquilo que pode ser diretamente observado. E a busca de modelos explanatórios únicos pressupõe a aceitação de que a razão pode explicar tudo que se apresenta aos nossos olhos como provido de sentido. O grande problema é garantir que esta explicação possa ser, algum dia, desvendada pelo nosso olhar.

E, a despeito da história vir nos oferecendo sistemáticas evidências de que buscamos uma quimera, *“the truth remains the goal of human enquiry: it is the indispensable regulative principle without which we must lapse into relativism and irrationalism. And although we can never positively identify it, we do have a pretty good idea at times when we are getting a little nearer the truth”* (Stanesby, 1988, p: 110).

Como criação humana, o conhecimento científico não pode ser isolado da subjetividade inerente aos valores culturais, mesmo porque é fruto direto destes. Em “O ócio criativo”, Domenico De Masi (De Masi, 2000) fornece alguns indicadores para a compreensão de como os gregos puderam escrever textos sobre ética que deixavam ao largo julgamentos morais sobre a questão da escravidão humana. A ética grega foi construída para os cidadãos e não para os escravos. Aristóteles deixa isto implícito ao afirmar que o conteúdo ético de uma

ação somente pode ser apreendido quando esta é executada sem qualquer coação, isto é, por homens livres e, em última instância, pelos cidadãos. A excelência moral somente poderia ser atingida plenamente pela vida contemplativa, a qual só se fazia possível pela disponibilidade do trabalho escravo. Segundo De Masi (De Masi, 2000), os gregos valorizavam a vida contemplativa, e não o trabalho, porque dispunham de escravos. Tal disponibilidade afeta a determinação mesma do que vinha a ser prioritário para eles, uma vez que, a despeito de terem inventado a alavanca, só vieram a utilizá-la plenamente quando a mão de obra escrava se tornou escassa. A escravidão era algo tão intrínseco à cultura grega que a possibilidade de aliviar o trabalho escravo não foi explorada, a despeito da disponibilidade de instrumentos para tal empreitada.

Assim, a razão emerge, enquanto instrumento que viabiliza o conhecimento científico e a fundamentação do comportamento ético, no seio de uma sociedade que tinha suas bases calcadas na escravidão humana. Daí que as verdades humanas, assim como os conceitos de certo e errado, não são entidades metafísicas independentes, como esclarece Stanesby (Stanesby, 1988), mas só fazem sentido quando entendidas dialeticamente, isto é, enquanto oposições ao que demonstram como falso. Esta perspectiva relativista é discutida por Stanesby, através das idéias de Feyerabend: *"the meaning of every term we use depends on the theoretical context in which it occurs. Words do not 'mean' something in isolation; they obtain their meanings by being part of a theoretical system. ... Because observation is also fully theory-dependent - observation statements have no 'observational' core - then can be no neutral observation language by which theories can be tested objectively. No longer is science regulated by 'objective facts' because every single fact is dependent on some theory."*(Stanesby, 1988, p: 149-150).

A aceitação de que a validação científica das proposições que se destinavam a explicar os fenômenos naturais exigia sua possibilidade de desmembramento, enquanto realidades complexas, em unidades mais simples e factíveis de submeterem-se à verificação empírica impregnou nossa visão de

mundo e da ciência mesma, a despeito de todas as críticas de que foi alvo o positivismo. Para Stanesby, *"although the positivistic programme for the philosophy of science has been repudiated by contemporary philosophers of science, it remains the unquestioned view of science held by many practising scientists and laymen."* (Stanesby, 1988, p: 34). Esclarece que *"criticisms of positivism came from within and without the scientific establishment. It was maintained by many that not all empirical knowledge is like scientific knowledge, and therefore positivism was rejected as a general epistemology, but not questioned as the only satisfactory analysis of scientific knowledge."* (Stanesby, 1988, p: 9).

É inegável que mesmo a física, cujas possibilidades de verificação empírica alicerçaram toda uma visão positivista de mundo, demanda a utilização de complexos modelos matemáticos como fundamentos para suas premissas teóricas. E é certamente contraditório que a natureza tautológica de várias definições matemáticas seja ignorada pelas mesmas forças que atribuem à verificação empírica o caráter de passaporte para o conhecimento científico. No entanto, a admissão de elementos não empíricos como essenciais à formulação de várias teorias científicas não proscree, particularmente na medicina, a necessidade imperiosa de validação empírica do conhecimento.

Um dos problemas da visão positivista de mundo é que ela viabiliza a percepção dos valores morais, enquanto valores subjetivos não passíveis de validação empírica, como meros apelos sentimentais ou como discursos que tencionam provocar efeitos emocionais nos homens. Enquanto afeta à metafísica (termo utilizado por Aristóteles como referência ao que estava para além – meta – da física), a moralidade é desprovida de sentido para os positivistas, não por argumentação, mas por definição (Stanesby, 1988). O problema de tentarmos encontrar pontos de intersecção entre a moral e a ciência esbarrará sempre na natureza de cada uma: enquanto a primeira busca distinguir o certo do errado ou o bem do mal, a segunda procura esclarecer o que é verdadeiro e o que é falso. Daí que tratam de questões distintas e, neste sentido, não há que se impor a exigência

de se servirem dos mesmos instrumentos ou desqualificar uma ou outra em função destes.

No entanto, o apelo sedutor da lógica positivista tem-lhe permitido resistir aos inúmeros ataques realizados pelos filósofos da ciência, de forma que suas premissas ainda exercem profunda influência sobre os caminhos de que se servem a sociedade e o conhecimento científico de nossos dias. O grande problema é que as pessoas em geral não percebem esta visão cientificizada do mundo, propiciada pelo positivismo, como aberta a qualquer tipo de questionamento ou refutação. Para Midgley (Midgley, 1995), tal leitura de mundo não é percebida como uma posição moral entre outras possíveis, mas, sim, como um fato científico que simplesmente deve ser aceito com a autoridade inquestionável da ciência e da razão.

A percepção e a aceitação do imperativo científico advêm mais da insistente negativa de um “abrir mão” dos sonhos da modernidade do que do reconhecimento de seus infalíveis modelos explanatórios. Afinal, explicações não nos têm parecido suficientes e a ciência não teve todo este sucesso que se apregoa. Há, certamente, um longo e árduo caminho a percorrer para que a dignidade humana deixe de ser um privilégio para se tornar, de fato, o tão almejado direito natural do homem. E as verdades científicas, longe de nos aproximar, cada vez nos distanciam mais do sonho de uma dignidade humana universal.

Temos, então, que a leitura da ética médica está inexoravelmente atada aos valores culturais e morais que nossa sociedade aceita como válidos e que estes, por sua vez, se estabelecem como crias e criadores dos instrumentos e estruturas de que esta mesma sociedade se serve para estabelecer-se como tal. A leitura do presente por aquele que o vivencia impõe que se deixe o julgamento definitivo para o futuro e, neste sentido, como os gregos, talvez estejamos criando os instrumentos ou desenvolvendo as idéias e conceitos que um dia nos condenarão. Faz parte da ousadia do conhecimento, tão cara ao homem contemporâneo, e que já se vislumbrava nos escritos de Bentham, quando este afirma que, *“the age we live in is a busy age; in which knowledge is rapidly*

advancing towards perfection. In the natural word, in particular, every thing teems with discovery and with improvement" (Bentham, 1998, p: vii). Certamente ainda é verdadeiro que as descobertas relativas ao mundo natural em muito se sobrepõem ao que conhecemos sobre nós mesmos, enquanto seres que constróem valores e sobre eles pautam sua vida em sociedade.

A questão da convivência da ética com a ciência moderna e, principalmente, pós-moderna, apresenta-se como tema aberto à análise pelas ciências sociais. O problema é que análises desta natureza somente se apresentam plenamente possíveis quando do ato consumado, visto que a análise dos fatos pelos envolvidos neles encontra-se sujeita a um potencial viés interpretativo. Advém deste mesmo raciocínio, tão caro às pretensões de neutralidade e imparcialidade da ciência contemporânea, a constatação de que a percepção de uma dificuldade tecnológica ou conflito ético apresenta uma tendência potencial para ser resolvida, no primeiro caso, a partir da construção de outra tecnologia, e, no segundo, procedendo à reconsideração de antigas regras de conduta no sentido de desapropriar de conflito uma prática percebida como inevitável. Daí decorre o axioma gêmeo atribuído por Bauman a Max Black, que diz que, *"se isso é o que você **pode** fazer, é também isso o que você **deve** fazer"* (Bauman, 1997, p: 213).

Dado que os conflitos éticos aceitos como objeto desta análise originam-se de novas tecnologias médicas, no sentido que não se apresentavam como tais antes do advento da medicina tecnológica, a eles se aplicam as considerações de Bauman, quando este afirma que *"a tecnologia tornou-se um sistema fechado: ela postula o resto do mundo como seu 'ambiente' – como uma fonte de alimento, a matéria-prima para tratamento tecnológico, ou como o entulho para os resíduos (que se esperam recicláveis) daquele tratamento; e define suas próprias desventuras e ações falhas como efeitos de sua própria insuficiência, e os 'problemas' resultantes como exigências para dar mais de si mesma"* (Bauman, 1997, p: 213). Daí advém o perigo tentador de aceitarmos adaptar os preceitos da ética médica às necessidades que nos são impostas pela utilização de determinadas tecnologias, ou de reduzirmos a ética médica ao cumprimento linear

de princípios, conferindo-lhes o caráter das leis⁷, dado estes se constituírem nas ferramentas da bioética que se encontram mais efetiva e solidamente presentes no cotidiano médico-profissional.

O problema das práticas médicas cientificamente referendadas remete aos paradigmas khunianos - tentamos resolver o problema dos efeitos colaterais das drogas criando novas drogas que, a despeito de não apresentarem aqueles efeitos indesejáveis, mais cedo ou mais tarde serão associadas a outros efeitos colaterais tão ou mais indesejáveis que os primeiros. E isto se perpetuará até que surjam novos paradigmas sob os quais debruçaremos nossas esperanças da droga ideal. Se hoje muitos procedimentos apresentam um custo que os torna inacessíveis à esmagadora maioria dos homens, esperamos chegar o tempo de sua "popularização": foi assim com a tomografia, mas, quando tal se deu, já tínhamos a ressonância magnética, a qual, por sua vez, dará lugar a outro procedimento inacessível, de forma que o acesso a determinados cuidados sempre será privilégio de poucos. E, assim, perpetuamos uma "ética" da desigualdade, dado acreditarmos que esta será temporária.

Mas se nossas verdades científicas permanecem como tais apenas enquanto não forem refutadas, intencional ou acidentalmente; temos que a tentativa de fundar os valores morais ou preceitos éticos como inerentes ao homem confere-lhes uma certa perenidade, no sentido de resistência a mudanças, tomando o homem numa camisa de força natural: a ação desprovida de conteúdo ético seria, então, aquela que tornaria o homem menos humano, no sentido de que este estaria se contrapondo a sua própria natureza. E quantos de nós não nos defrontamos com a frase "Este homem não é um ser humano: é um monstro", em referência a indivíduos que praticaram ações desviantes daquelas que

⁷ Ao distinguir os conceitos de autonomia e integridade, na esfera da ética médica, assim esclarece Pellegrino: *"Por un lado, la autonomía ha llegado a tener una acentuada cualidad legalista, centrada com demasia frecuencia en las leyes generales relativas a la invasión de la intimidad, el asalto, la agresión y los agravios. Esas concepciones tienden al minimalismo moral, es decir, al cumplimiento exclusivo de lo específicamente prescrito. Las pruebas documentales y la protección contra pleitos se convierten casi en preocupaciones obsesivas, más que en la cualidad moral del proceso de consentimiento. Este enfoque promueve la frecuente noción de la relación del médico y el paciente como un contrato, más que como una relación fiduciaria o un acuerdo. ... Muchas de las deficiencias morales del concepto y principio de la autonomía mejoran cuando consideramos el concepto más fundamental de integridad de las personas, del que la autonomía es una expresión parcial e incompleta."* (Pellegrino, 1990, p. 383).

acreditamos próprias da nossa moralidade. Assim, o conteúdo ético da ação atua como um legitimador da humanidade do sujeito.

Ao emergir numa sociedade que vivia profundas mudanças em sua ordem social, a ciência moderna propicia o entendimento de fenômenos até então qualificados como milagres ou como decorrentes da vontade divina; e viabiliza a possibilidade de secularização do mundo através da consolidação da perspectiva de um desfrutar da felicidade aqui mesmo na Terra. A ética protestante (Weber, 2001) representa uma tentativa bem sucedida de conectar a crença religiosa às promessas de sucesso e felicidade que o conhecimento científico prometia.

O reordenação social e as revelações da ciência materializam as promessas da felicidade ao alcance de todos. O futuro parece mesmo promissor e a sociedade reorganiza-se em função destas promessas. Não é mais a crença religiosa, tampouco a nobreza, quem dita os valores da moralidade: é a comunidade científica, para uns; a natureza humana, para alguns; o capital, para outros; as estruturas sociais, para outros ainda; e continuaríamos por muito tempo, até conseguirmos um consenso acerca desta questão. E, a despeito da ausência de consenso, os valores morais estão aí e a eles nos submetemos como prova de nossa humanidade.

Mas as promessas não cumpridas da modernidade impregnam a sociedade pós-moderna. Uma modernidade que Bauman descreve, numa caracterização potencialmente nietzscheana, como empreendendo tentativas *“sem cessar, mas em vão, ‘abarcando o inabarcável’, substituir a diversidade por uniformidade, e ambivalência por ordem coerente e transparente – e, ao tentar fazê-lo, produz constantemente mais divisões, diversidade e ambivalência do que as de que conseguiu se livrar”* (Bauman, 1997, p: 10). E continua, caracterizando com propriedade o doloroso processo de transição para a sociedade pós-moderna, ao afirmar que *“a modernidade sabia que estava profundamente ferida, mas pensava que a ferida era curável. E assim nunca parou de buscar unguento curativo. Podemos dizer que permaneceu ‘modernidade’ enquanto e na medida em que se recusou a abandonar essa crença e esses esforços”* (Bauman, 1997, p: 13). A descrença nas promessas da modernidade caracteriza a era pós-moderna, onde o

“pós” não se apresenta em seu sentido cronológico de “deslocar e substituir a modernidade”, mas sim “no sentido de implicar (na forma de conclusão, ou de mera premonição) que os longos e sérios esforços da modernidade foram enganosos, foram empreendidos sob falsas pretensões, e são destinados a terminar – mais cedo ou mais tarde – o seu curso; que, em outras palavras, é a própria modernidade que vai demonstrar (se é que ainda não demonstrou), e demonstrar além de qualquer dúvida, sua impossibilidade, a vaidade de suas esperanças e o desperdício de seus trabalhos. O código ético a toda prova – universal e fundado inabalavelmente – nunca vai ser encontrado sabemos agora o que não sabíamos então ao embarcarmos nessa viagem...”(Bauman, 1997, p: 15).

É pós-moderna a banalização, através dos meios de comunicação, das imagens da violência, da miséria e das desigualdades, como se necessitássemos nos acostumar com elas, dada sua inevitabilidade. É pós-moderno que não nos aceitemos como pós-modernos e que resistamos bravamente, a despeito de percebermos sua inevitabilidade, em abrir mão dos sonhos e esperanças da modernidade. É inevitavelmente pós-moderna a falibilidade da ciência e sua contundente impossibilidade de colocar a felicidade, a moralidade ou mesmo a justiça ao alcance de todos.

A pós-modernidade coloca-nos defronte da busca sem garantias, da possibilidade concreta de que todo esforço pode dar em nada, mas que, a despeito e conscientes disso, devemos persistir em nossa busca acerca das verdades, mesmo que elas não valham, como acreditávamos, para sempre.

Mas seria certamente um equívoco pensar a pós-modernidade como um período de profundas decepções. Mais do que isso, ela é o momento histórico de defrontar desafios. Não aqueles de que tratavam as promessas da modernidade e onde nos vislumbrávamos como os futuros senhores do universo. Mas como um retorno, mesmo, à nossa humanidade e às questões subjetivas da vida e do mundo que construímos.

Temos que aprender de novo a conviver com a dor e o sofrimento, pois eles não foram, como sonhávamos, banidos de nossas vidas. Mas os sofrimentos de

nosso tempo contemplam ordens diversas, emergem de contextos nunca antes vividos e, portanto, deles não nos fala o passado. O que prometia respostas gerou questionamentos. Resolvemos velhos problemas criando outros; e ainda não sabemos qual deles nos aflige mais

Assim, os hospitais, que em seus primórdios eram destinados ao “depósito” de enfermos que não tinham perspectivas de cura e ali eram deixados até a morte, tornaram-se a esperança dos mal aventurados. Palcos de tecnologias salvadoras, hoje concorrem para a percepção do “morrer” como algo não natural, como uma falência institucional, deficiência tecnológica ou desatino médico. Phillipe Ariés (Ariés, 1988) elucida com clareza a substituição da morte pelo sexo como interdito na sociedade contemporânea. Enquanto o sexo se banaliza, ocupando espaços públicos, a morte é proibida, privatizada e, sempre que possível, deve-se evitar sua exposição ao olhar infantil. E as relações entre a ciência e a religião permeiam estas mudanças.

A ética cristã condenava a riqueza e o sexo como meios para se alcançar a felicidade, dado que esta estaria, após a morte, ao alcance de todos aqueles que pautassem sua vida na Terra sobre os valores preconizados pela Igreja. A morte não era fim, mas, sim, começo: era a partir dela que se iniciaria a vida eterna, onde nos seria poupada qualquer dor ou sofrimento. Diante desta perspectiva restava aos homens conformarem-se com as injustiças da vida terrena, dado que estas seriam compensadas pela felicidade da vida eterna. Conferindo a uma “vida” pós morte a perspectiva de felicidade, a ética cristã toma a vida vivida como meio e não como fim: não pede uma vida moral, mas, sim, de submissões aos dogmas religiosos.

Também o preceito “não matar”, enquanto guia para a ação moral do médico, sofreu profundas transformações com o processo de incorporação de novas tecnologias médicas. Enquanto a eutanásia já é praticada legalmente em países como a Holanda, em vários outros ainda se discute seu conteúdo moral. Mas este “não matar” que se apresenta à medicina contemporânea permite leituras substancialmente diversas das que dele faziam os médicos de poucos anos atrás, quando as tecnologias para prolongamento da vida ainda

engatinhavam. O “não matar” contemporâneo funda-se potencialmente na empatia e na solidariedade, daí que a nomeação do ato se transforma – o homicídio se torna eutanásia – na tentativa de separar o ato de matar que objetiva causar dor e sofrimento daquele que busca poupar tais sentimentos.

A despeito de toda a polêmica gerada pela eutanásia, a morte caridosa é prática consolidada quando se refere a animais: sacrificar um cavalo ou cão ferido ou doente tem sido tradicionalmente associado a uma boa ação que pretende poupar momentos de agonia e sofrimento ao animal que não tem mais esperanças de vida. No entanto, não estamos diante de um indicador de que dispensamos mais atenção ao sofrimento dos animais do que ao de nossos semelhantes. Tal se explica pela constatação de que as leis e a moral nem sempre caminham juntas: o homicídio é crime legalmente previsto, enquanto o sacrifício de animais não merece as mesmas restrições. E, neste sentido, a lei atua paradoxalmente, impondo limites ao conteúdo moral da ação.

Paradoxalmente porque, como veremos a seguir, a promessa de uma fundamentação moral da lei é mais um dos sonhos que a modernidade nos legou incompletos.

II.2 – Leis e direitos – a perspectiva de uma sociedade moral

“Os santos são santos porque não se escondem atrás dos ombros largos da Lei. Eles sabem, ou eles sentem, ou eles agem como se sentissem que nenhuma lei, por mais generosa e humana que seja, pode exaurir o dever moral, traçar as conseqüências do “ser para” até a seu fim radical, até a escolha extrema de vida ou morte.”
(Bauman, 1997, p: 96)

Considerações acerca das relações entre a moralidade e as leis da sociedade civil demandam que se proceda a alguns esclarecimentos no sentido de apreendermos as potenciais diferenças entre os fundamentos de uma e outra. Para Bobbio (Bobbio, 1992), as obrigações morais, obrigações naturais e obrigações positivas, assim como os direitos que lhes são referidos, pertencem a sistemas normativos diferentes, de forma que sob *“o ponto de vista de um ordenamento jurídico, os chamados direitos naturais ou morais não são propriamente direitos: são apenas exigências que buscam validade a fim de se tornarem eventualmente direitos num novo ordenamento normativo, caracterizado por um diferente modo de proteção dos mesmos”* (Bobbio, 1992, p: 80).

Segundo Freitag (Freitag, 1992) e Rouanet (Rouanet, 1992), também a moralidade e a eticidade remetem a condições distintas e, neste sentido, recorrem à perspectiva hegeliana esclarecendo que ambas se encontrariam potencialmente fundadas na polaridade entre o indivíduo e a sociedade civil, expressando-se através de uma relação dialética entre consciência moral subjetiva e valores socialmente validados como próprios da eticidade do sujeito social.

Neste sentido, esclarece Rouanet (Rouanet, 1992), a moralidade hegeliana se estabelece como *“a consciência kantiana, que, em seu esplêndido isolamento, decide sozinha, sem precisar prestar contas a ninguém, recorrendo exclusivamente ao procedimento monológico do imperativo categórico, quais são as máximas da comunidade que merecem ser consideradas válidas ou não”* (Rouanet, 1992, p: 154), enquanto a ética *“significa aquela esfera da sociedade em que a consciência moral já se concretizou, não na consciência solitária de um indivíduo que, arrogantemente, se atribui o direito de julgar sua comunidade, mas em normas, usos e instituições que dão, em cada caso concreto, soluções*

evidentes para os dilemas morais vividos por cada indivíduo, sem que ele precise sofrer dilaceramentos existenciais ou recorrer a procedimentos tão perigosos como o de julgar a partir de seu foro interno se determinada norma deve ou não ser considerada válida” (Rouanet, 1992, p: 155).⁸

Hegel procede à retomada da concepção de “todo” social enquanto um conjunto de partes, não mais isoladas, mas articuladas e integradas num movimento transcendente ao de cada uma de suas partes. Se Kant atribui à interioridade das vontades individuais que emergem nos sujeitos livres o poder de legislar o mundo das vontades sociais - enquanto mundo dos costumes -, Hegel situa estas duas vontades numa posição dialética, na medida em que uma e outra se influenciam mutuamente num elaborar contínuo dos valores que atribuímos à nossa humanidade. Assim, se a natureza nos outorgou a possibilidade de, a partir de uma consciência moral, aceitarmos ou negarmos os valores emergentes a nossa vontade individual, a vida em sociedade impõe a necessidade de “revalidação com o outro” destes mesmos valores. Daí que os valores morais nos evidenciam enquanto humanidade e os éticos enquanto membros de um corpo social.

Tais considerações vão ao encontro da perspectiva construtivista da moralidade proposta por Piaget e Kohlberg (Freitag, 1992; Habermas, 1989), onde a consciência moral se estabeleceria mediante diferentes e sucessivos estágios da vida psicossocial, num sentido que confere às experiências socialmente partilhadas o caráter de fatores intervenientes naquilo que o indivíduo adulto percebe como sendo moralmente próprio ou não. Vale ressaltar que a proposição de uma moral construtivista não nega inteiramente a possibilidade de um “status” moral inato ao homem; apenas estabelece que o que podemos apreender desta moralidade inata estará sempre e inexoravelmente impregnado pelos valores sociais a que o sujeito moral foi exposto.

⁸ Esclarecemos que a separação entre ética e moral não é hegemônica entre os pensadores da moralidade, e que a distinção apresentada acima objetiva apenas evidenciar um movimento possível, mais tradicionalmente associado a Hegel e Kant. Assim, as palavras ética e moral são aplicadas indistintamente durante este trabalho, mesmo porque, nos textos aqui utilizados, moral e ética são frequentemente tomadas como significantes de uma única e mesma coisa.

A perspectiva de uma moralidade inata como distinta de uma moralidade social incorre, ao nosso ver, nas mesmas dificuldades da segmentação entre corpo e alma ou entre razão e sentimento: existem enquanto possibilidades aventadas, enquanto meras criações humanas, encontrando-se, no entanto, indelevelmente atadas uma à outra na nossa vida vivida. E, decerto, estas contribuições da psicologia social complicaram a perspectiva filosófica de uma moralidade humana natural.

As ações humanas não se concretizam num vácuo onde somente o imperativo categórico da razão legisla, mas, ao contrário, se estabelecem sempre numa potencial relação com o outro, e é por isso que delas se pode apreender um conteúdo moral. Neste sentido, esclarece Freitag, *“o ator hegeliano não é um sujeito moral (desde o início); ele só vem a sê-lo no confronto e em consonância com as leis que regem a vida de uma comunidade... Sua moralização ocorre quando se reconhece membro da comunidade em questão, aceitando conscientemente as leis que a regem como princípios objetivados que devem orientar a sua própria ação nessa comunidade”* (Freitag, 1992, p: 69).

Se a ação moral individual é socialmente mediada, ainda que fundada na subjetividade de seu agente, cabe-nos esclarecer em que medida e com que força as instituições sociais interagem com os indivíduos que a compõem, no sentido de possibilitar-lhes a emergência do que nomeamos moralidade. O problema não se restringe à questão, mesmo que fundamental, que busca esclarecer se é a vida em sociedade que aperfeiçoa (ou destroça) a moral enquanto atributo que nos foi outorgado pela natureza, ou se, ao contrário, a nossa natureza mesma, ao expor-se nua ante nossos olhos, impõe-nos a necessidade da moral como uma tecnologia facilitadora para a preservação de uma vida social que se mostrava essencial à sobrevivência humana. Advêm destas dúvidas alguns dos grandes dilemas sobre os quais vem se debruçando a filosofia, e que se tornam mais difíceis de resolver (se é que um dia isto se fará possível), quando a eles dirigimos o olhar da sociologia.

Tomando com indiferença as perspectivas de que os valores morais decorram de uma tendência natural de nosso ser ou de que se apresentem como

uma construção humana que poderia ser diferente do que é, a sociologia lança um olhar sobre a concretude das relações que os homens estabelecem entre si no mundo vivido. À sociologia não cabe responder perguntas do tipo “como devo agir”, mas descrever e interpretar as ações concretamente realizadas no seio da vida social como ela é. Pode, através da identificação e análise de algumas regularidades e, no máximo, proceder a suposições sobre as forças que nos conduziram, conduzem ou conduzirão a vivermos socialmente deste ou daquele modo. Não trata de questões universais, pelo simples motivo que não existem sociedades universais, dado o homem ter se permitido, desde seus primórdios, exercitar-se na prática das diferenças.

A relação entre as diferenças naturais e as que nos foram socialmente impostas impregna o pensamento sociológico, expressando-se no papel atribuído às instituições sociais como norteadoras da ação humana e, neste sentido, detentoras de um poder de validação acerca de seu conteúdo moral. O problema desta assertiva é que ela possibilita que se destitua do agente a responsabilidade pelo conteúdo moral da ação executada. É paradoxal que aceitemos como premissa para o julgamento moral de um ato a ausência de coação e, ao mesmo tempo, atribuamos às estruturas sociais a possibilidade de cercear esta liberdade necessária. Há sempre a perspectiva de destituir o caráter paradoxal das assertivas expostas afirmando que a necessidade de liberdade é um pressuposto, enquanto a força das instituições sociais é um dado de realidade; visto que ao homem livre de Rousseau (Rousseau, 1990) não nos foi possível lançar o olhar da sociologia ou de qualquer outra ciência que trate das questões, como dizemos, “não materiais” da vida.

As leis detêm o duplo caráter de expressar valores morais e, ao mesmo tempo, impor-se como instrumentos para a elaboração e a preservação das estruturas e instituições sociais que cada grupamento humano elaborou para si. E se existem tantas e tão diversas sociedades humanas e estas implicam na vigência e aceitação de conjuntos de leis igualmente diversos, o pressuposto da universalidade de valores morais implica, obrigatoriamente, em que algumas estruturas sociais estejam certas e outras erradas. A pretensão de universalidade

implica também e obrigatoriamente na necessidade de definirmos a quem compete proceder tal julgamento, ou validarmos o certo e o errado mediante consenso da maioria. Coube e, não raramente, ainda cabe à religião a arbitragem da questão. Houve também a esperança da modernidade de que à ciência caberia tal papel. Desfeitos os sonhos, à pós modernidade vem se apresentando a ilusória perspectiva de substituir tal arbitragem pelo consenso, cuja expressão mais explícita surge com a Declaração dos Direitos do Homem. Resta que o mundo os valide como tais.

Mas a sociologia ainda não respondeu adequadamente à assertiva filosófica de que as estruturas sociais tenham sido elaboradas sobre as bases da racionalidade humana. Estas se constróem com vistas à obtenção de poder, para Hobbes; com vistas à produção de bens, para Marx; como expressão de uma vontade geral que submete a razão às paixões humanas, para Rousseau; ou com vistas à obtenção do bem comum, para Mill. A perspectiva de uma fundamentação única sobre a qual tenhamos construído nossas estruturas sociais e os valores morais que a sustentam está cada dia mais distante; e inúmeras assertivas igualmente valorosas nos têm sido oferecidas para escrutínio da razão e, mesmo que neguemos, também de nossas paixões mais escuras.

Há consenso de que a ética se desenvolva no campo da política, pois, como já esclareceu Aristóteles, os valores éticos somente podem ser apreendidos através das ações dos homens, e nunca de suas palavras. Se assim é, resta à ética tomar partido, buscar uma direção em opção à outra. E nesta possibilidade de mudança percebemos como implicitamente negada a possibilidade de valores morais imutáveis. Voltamos aqui, mesmo que por caminhos diversos, a uma perspectiva de flexibilidade como intrínseca aos valores da ética; o que, no entanto, não nega sua perenidade enquanto ideal a perseguir. Mas o reconhecimento desta flexibilidade não implica obrigatoriamente numa desistência ou impossibilidade da ação plenamente moral, mesmo porque nossa vida vivida tem mostrado também que, em contraposição a uma ética possível, insistimos em não abrir mão da que é sonhada.

Enquanto referidas às ações humanas, a sociologia, a política ou o direito dizem respeito à ação possível num dado tempo e lugar. Mas a filosofia não, ela se arvora o direito de nos propor sonhos, ideais a perseguir; e neste sentido é que se fez mãe de todo conhecimento que até hoje pudemos apreender, seja sobre nós mesmos ou sobre o mundo que nos cerca.

Então, a despeito de buscarmos, como ideal mesmo, a fundação das leis nos princípios morais vigentes, estas são construídas também em função de valores políticos e sociais. A lei, enquanto uma oferta de diretrizes para a ação, é, como a moral, mera potencialidade. No entanto, ela se diferencia desta pela coação que impõe à liberdade individual, oferecendo sanções concretas ao não seguimento de seus preceitos. Se a moral sugere, a lei obriga. Como esclarece Lyons, ela *“usa tipicamente a coerção e a força direta para regular o comportamento de uma comunidade. Ela dá ordem às pessoas, restringe suas escolhas, as destitui de sua liberdade e algumas vezes até mesmo da vida”* (Lyons, 1990, p: 109). E é a detenção de tais poderes que impõe a necessidade de que a lei se apresente como um instrumento a serviço da justiça e da explicitação de valores morais.

As possibilidades de divergência entre as leis e os valores morais podem ser apreendidas quando defendemos a validade de princípios morais universais, mas não a de leis civis universais. Vale esclarecer que o conceito próprio do que vem a se constituir em direito ou dever, enquanto originários da validade das leis civis, apresentou-se substancialmente diferente, não apenas entre as várias comunidades humanas, mas também em diferentes momentos da história de um povo.

Os conceitos de liberdade e cidadania, direito e dever, fundamentais à elaboração das regras de convívio social, não foram interpretados de maneira uniforme durante nossa história, como expressam as palavras de Benjamin Constant em referência à sociedade grega e à sociedade ocidental emergente com o Século das Luzes: *“...consistia nisso o que os antigos chamavam de liberdade, eles admitiam, como compatível com ela, a submissão completa do indivíduo à autoridade do todo... Todas as ações privadas estão sujeitas a severa*

vigilância ... Assim, entre os antigos, o indivíduo, quase sempre soberano nas questões públicas, é escravo em todos os seus assuntos privados. Como cidadão, ele decide sobre a paz e a guerra; como particular, permanece limitado, observado, reprimido em todos os seus movimentos; como porção do corpo coletivo, ele interroga, destitui, condena, exila, atinge mortalmente seus magistrados ou seus superiores... Entre os modernos, ao contrário, o indivíduo, independente na vida privada, mesmo nos Estados mais livres, só é soberano em aparência. Sua soberania é restrita, quase sempre interrompida... É para cada um o direito de não se submeter senão às leis, de não poder ser preso, nem detido, nem condenado ... pelo efeito da vontade arbitrária de um ou de vários indivíduos. É para cada um o direito de dizer sua opinião; de escolher seu trabalho ...; de dispor de sua propriedade, até de abusar dela; de ir e vir, sem necessitar de permissão e sem ter que prestar conta de seus motivos ou de seus passos” (Constant, 1980, p: 10-11).

A inversão das relações entre o todo social e suas partes toma o indivíduo como centro do mundo. Assim, a concepção de Aristóteles de que o todo (sociedade) é anterior às suas partes (os indivíduos que a compõem) – donde as ações de cidadania são deveres e não direitos – inverte-se com o Iluminismo que toma os deveres por direitos, de forma que a sociedade se justifica somente na medida em que garante, a cada um de seus membros, os direitos que lhe são aferidos sob consenso. Para Bobbio, a percepção de povo como um todo desprovido da individualidade de suas partes conferiu a este “*uma abstração, que foi freqüentemente utilizada para encobrir realidades muito diversas e a medida que a democracia real foi se desenvolvendo, a palavra ‘povo’ tornou-se cada vez mais vazia e retórica...*” (Bobbio, 1992, p: 119-20). E ninguém expressou de forma tão contundente a nova visão de mundo centrada no homem como Rousseau (Rousseau, 1990) em seu “Contrato Social”.

Decerto que a fundamentação moral das leis é mais um desejo, um ideal a perseguir do que uma realidade efetivamente apreensível na nossa vida social. Aquele que detém a autoridade de fazer cumprir as leis dispõe de um poder legítimo, concreto e explícito sobre aqueles que a elas se submetem. Mas não o

poder de um déspota, fundado na força e no medo, mas o de alguém a quem se reconhece como legítimo responsável pela preservação das garantias individuais e da paz social.

A necessidade de manutenção de um todo coeso, no sentido de ordenamento e paz social, justificou regimes políticos totalitaristas que outorgavam ao representante do “povo”, ainda que percebido como legítimo, a prerrogativa não apenas de garantir o cumprimento das leis, mas também o de construí-las. Foi Maquiável quem nos legou uma leitura sensível sobre os mecanismos que possibilitavam, e ainda possibilitam, a perpetuação e a validação social de regimes políticos absolutos. Seus escritos revelam-nos não apenas o infindável desejo humano de exercer poder sobre seus semelhantes, como a natural necessidade de não nos submetermos senão à nossa própria vontade. Tal não significa que ele não nos tenha percebido como seres que se reconhecem detentores de deveres morais, esclarecendo, no entanto, que *“há tamanha distância entre como se vive e como se deveria viver, que aquele que trocar o que se faz por aquilo que se deveria fazer aprende antes sua ruína do que sua preservação e que não se pode propriamente chamar de ‘virtú’ o fato de assassinar seus concidadãos, trair os amigos, não ter fé, piedade nem religião. Deste modo pode-se adquirir poder, mas não a glória e que é muito mais seguro ser temido do que amado, quando se tem de desistir de uma das duas....”* (Maquiavel, 1995, p: 72, 40 e 79).

No entanto, foi Hobbes (Hobbes, 1985; Hobbes, 1969) quem buscou compatibilizar a vontade de poder com os direitos e deveres dos homens, enquanto fundamentos para a vida social. Mas, diferentemente de Maquiavél, que buscava aconselhar seu príncipe não apenas a preservar seu poder junto aos súditos, mas, também, sobre como agir em tempos de guerra, Hobbes vivia uma época de conturbações sociais internas e não estava preocupado com a questão da disputa entre as nações. Assim, sua teoria sobre o poder busca contemplar prioritariamente a paz no interior da sociedade: discorre sobre o poder outorgado voluntariamente ao soberano pelos súditos, e não ao poder dos vencedores sobre os vencidos na guerra, os quais se apresentavam, como descreveu Maquiavél,

como inimigos potenciais do soberano. O poder de que fala Hobbes (Hobbes, 1985) é exercido sob consenso entre os que o detêm e os que a ele se submetem.

Ao soberano, Hobbes (Hobbes, 1985) outorga o poder de elaborar e fazer cumprir as leis, as quais devem, para serem justas, fundar-se na razão. Ele apreende a tendência ao movimento expressa nas idéias de Galileu e as transpõe à natureza humana, cujo movimento tenderia a aumentar o poder do homem sobre seu semelhante. O poder das leis adviria da necessidade de impor limites ao poder natural e ilimitado que os homens tendem a exercer uns sobre os outros, justificando, portanto, seu caráter de coerção e sua perspectiva de estabelecer punições.

Mas Hobbes (Hobbes, 1985) estava mais preocupado em atribuir às leis o poder de garantir a paz e a ordem social do que em expressar através delas os valores morais dos homens. Não as funda na razão para possibilitar-lhes uma intersecção com a moralidade, mas para justificá-las enquanto instrumentos de coação. Assim, lhes atribui o caráter de um comando para a ação e não de um apelo aos valores morais da humanidade, como a igualdade, a solidariedade ou a compaixão. Isto explica porque não se preocupou com a perspectiva da sociedade burguesa emergente cooptar o soberano para a defesa de seus interesses de classe, os quais não consistiam, nem sempre, nem obrigatoriamente, nos interesses do povo. Da mesma forma, ao soberano, fosse este uma pessoa ou uma assembléia, Hobbes (Hobbes, 1985) atribuía o direito de nomear seu sucessor. O que se buscava era a manutenção da ordem social vigente, e não a justiça social.

Mas a despeito de toda crítica que se faça hoje à teoria hobbesiana, ela nos oferece uma análise preciosa da natureza humana que se expressava através da vida social. Não se pode ingenuamente atribuir a Hobbes a intenção objetiva de garantir o privilégio de classes ou de propiciar as bases legais do capitalismo. Ele provavelmente não tinha qualquer pretensão de mudar a sociedade, apenas de descrevê-la enquanto ordem vigente num determinado tempo e lugar.

A tentativa de atribuir às leis, e ao poder que elas detêm, o dever de expressar valores morais emerge com a Revolução Francesa e seus pensadores.

Ao homem de Hobbes (Hobbes, 1985), predador de seus semelhantes por natureza, Rousseau (Rousseau, 1990) atribui o caráter natural de compaixão e solidariedade. A ordem se inverte e à preservação da sociedade há que se impor a preservação do homem: este é soberano e a ele devem ser garantidos direitos.

Se para Hobbes – *“a free-man, is he, that in those things, wich by his strenght and wit he is able to do, is not hindred to doe what he has a will to do.”* (Hobbes, 1985, p: 262) –, para Rousseau, o pacto fundamental, *“ao invés de destruir a desigualdade natural, substitui, ao contrário, por uma igualdade moral e legítima a desigualdade física que a natureza pôde pôr entre os homens, fazendo com que êstes, conquanto possam ser desiguais em fôrça ou talento, se tornem iguais por convenção e por direito”*(Rousseau, 1990, p: 37). A perspectiva de tornar a força um direito, da qual se omitiu Hobbes, é contemplada por Rousseau: *“o mais forte não é nunca assaz forte para ser sempre senhor, se não transforma esta fôrça em direito e a obediência em dever..... Ceder à fôrça constitui um ato de necessidade, não de vontade: é no máximo um ato de prudência. Em que sentido poderá ser um direito?”* (Rousseau, 1990, p: 24).

Em crítica implícita aos escritos de Hobbes, Rousseau afirma *“Eis pois o grau a que chegou a maior parte dos selvagens que conhecemos; e por não terem distinguido suficientemente as idéias e não terem observado quanto êsses povos já se encontravam longe do estado natural, muitos autores se apressaram em concluir que o homem é naturalmente cruel, que se faz necessária a polícia a fim de o suavizar, enquanto que ninguém é tão suave como êle em seu estado primitivo...”*(Rousseau, 1990, p: 182). Se o homem é naturalmente bom, Rousseau credita à razão e à sociedade civil nela fundada a origem dos males humanos, propondo então uma nova ordem social fundada no homem. Ao soberano caberá fazer cumprir a vontade geral expressa na deliberação igualmente valorosa de cada cidadão. A todos e a cada um cabe cumprir o que determina a vontade de cada um e a vontade de todos.

A “posição original” de Rawls (Rawls, 1999), em sua “Teoria da Justiça”, propõe, de certa maneira, uma retomada da vontade geral tão cara a Rousseau. Tomando a justiça das leis civis como uma condição necessária e imprescindível

para sua validação social, Rawls (Rawls, 1999) propõe sua elaboração a partir de uma “posição original”. Esta se constituiria na condição em que todos, dispondo apenas de seus atributos naturais e não detendo bens materiais, nem famílias a que pudessem legar herança, decidissem juntos a que leis civis deveriam se submeter, para, a partir delas, construir a sociedade do futuro. Assim, *“together with the veil of ignorance, these conditions define the principles of justice as those which rational persons concerned to advance their interests would consent to as equal when none are known to be advantaged or disadvantaged by social and natural contingencies”* (Rawls, 1999, p: 17).

Esclarece, ainda, numa crítica à visão utilitarista das leis, que *“this view of social cooperation is the consequence of extending to society the principle of choice for one man, and then, to make this extension work, conflating all persons into one through the imaginative acts of the impartial sympathetic spectator. Utilitarianism does take seriously the distinction between persons.”* (Rawls, 1999, p: 24).

Podemos supor ingênua a pretensão de que tal consenso se fará um dia possível ou, como insistentemente temos feito desde então, tomá-lo como um ideal a perseguir, ainda que o vislumbremos distante. Nasce desta suposta “ingenuidade” a imperiosa necessidade de atribuirmos a nossas ações um conteúdo moral. Não estamos falando de verdades ou mentiras, pois disto se ocupam com mais propriedade os cientistas: estamos tratando aqui do que validamos como certo ou errado. Se somos como não gostaríamos de ser, cabe-nos sair em busca dos instrumentos e idéias que nos permitirão aperfeiçoar nosso ser em direção ao ideal perseguido. É disto que trata a ética.

E é por isto que nos submetemos às leis. E é também por isso que nos outorgamos o direito de validá-las como justas ou não. Porque nelas subjazem os valores morais que estabelecemos como nos sendo próprios. Decerto que o advento dos regimes democráticos tem tornado possível o aperfeiçoamento dos valores morais e direitos que julgamos nos serem próprios, a despeito da pertinência das variadas críticas de que vêm sendo alvo. Se não conseguimos, até hoje, construir a democracia com que sonhava Rousseau ou o sistema jurídico

que oferece Rawls, resta dirigirmos nosso olhar não para o desencanto, mas para um constante aprimoramento de nossas instituições sociais.

Para Bobbio, a crise das democracias contemporâneas, em comparação à sociedade rousseauísta, remete a três questões fundamentais: “a) a participação culmina, na melhor das hipóteses, na formação da vontade da maioria parlamentar; mas o parlamento, na sociedade industrial avançada, não é mais o centro do poder real, mas apenas, freqüentemente, uma câmara de ressonância de decisões tomadas em outro lugar; b) mesmo que o parlamento ainda fosse o órgão do poder real, a participação popular limita-se a legitimar, a intervalos mais ou menos longos, uma classe política restrita que tende à própria autoconservação, e que é cada vez menos representativa; c) também no restrito âmbito de uma eleição una tantum sem responsabilidades políticas diretas, a participação é distorcida, ou manipulada, pela propaganda das poderosas organizações religiosas, partidárias, sindicais, etc.”(Bobbio, 1992, p: 151).

Se aceitamos as leis como necessárias à ordem e à paz social e as qualificamos como comandos para a ação - aos quais devemos obrigatoriamente nos submeter -, nos defrontamos com o pressuposto de que elas tenham validade incondicional. Se é fato a assertiva de Bobbio de que , a “*função primária da lei é a de comprimir, não a de liberar; a de restringir, não a de ampliar, os espaços da liberdade; a de corrigir a árvore torta, não a de deixá-la crescer selvagemmente*” (Bobbio, 1992, p: 56), cabe-nos também validá-las como justas, ou questioná-las enquanto injustas e, neste sentido, abrir mão de qualquer pretensão para sua incondicionalidade. Ao nos atribuirmos o direito de julgar as leis, validamos como necessária sua interpretação – atividade institucional, porém não exclusivamente, atribuída ao jurista . Não basta ao cidadão apenas a obediência às leis, há também que julgá-las quanto à sua validade moral. É a isto que se referiam as palavras de Hanna Arendt, transcritas no início deste texto.

Se os valores morais são de fato um ideal a perseguir, e muito provavelmente é assim que se dá, nos encontramos hoje num momento especial deste processo. Vivemos o que Bobbio (Bobbio, 1992) identifica como a “Era dos Direitos”, título de seu livro sobre o tema - e não de quaisquer direitos, mas de

direitos fundados nos valores morais que supomos universalmente ligados à nossa humanidade. Se não somos seres morais, declaramo-nos como tais e desenvolvemos instrumentos, ainda que talvez rudimentares, para a validação desta assertiva.

Certamente não estamos afirmando a possibilidade de uma moralidade legalmente imposta. O que se apresenta aos olhos é a necessidade não apenas de aferição sistemática do conteúdo moral das leis existentes, mas a de desenvolver um conjunto de leis que contemplem a plenitude mais próxima possível da moralidade sonhada. É por isso que tentamos estabelecer, sem muito sucesso, é verdade, regras supra nacionais que digam respeito não mais ao cidadão, mas ao homem; que falem dos direitos que lhe devem ser garantidos à revelia das nações, pela sua humanidade, mesmo.

O problema dos direitos que hoje denominamos humanos, no sentido de uma referência à humanidade do sujeito, é que eles não são de forma alguma, talvez com exceção do direito à liberdade⁹, conferidos ao homem pela natureza simples e primitiva; não são atributos do selvagem de Rousseau ou do sujeito da "posição original" de Rawls. Para Bobbio, este estado natural se constituiu em

⁹ A palavra liberdade é aqui utilizada no sentido de liberdade positiva, conceito que Isaiah Berlin contrapõe ao de liberdade negativa. A este respeito, Berlin esclarece *"o sentido positivo da palavra 'liberdade' tem origem no desejo do indivíduo de ser seu próprio amo e senhor. Quero que minha vida e minhas decisões dependam de mim mesmo e não de forças externas de qualquer tipo. Quero ser instrumento de mim mesmo e não dos atos de vontade de outros homens."* (Berlin, 1969, p:142). Em contraposição, a liberdade negativa é assim descrita: *"diz-se normalmente que alguém é livre na medida em que nenhum outro homem ou nenhum grupo de homens interfere nas atividades desse alguém. A liberdade política é simplesmente a área em que um homem pode agir sem sofrer a obstrução de outros ... O critério de opressão é o papel que acredito estar sendo representado por outros seres humanos, direta ou indiretamente, com ou sem a intenção de fazê-lo, quando frustram meus desejos. Ser livre neste sentido, em minha opinião, significa não sofrer interferência dos outros. Quanto mais ampla a área de não interferência, mais ampla minha liberdade."* (Berlin, 1969, p:136 e 137).

No entanto, Berlin alerta: *"podem-se fazer manipulações com a definição de homem e de liberdade com o objetivo de que venha a significar aquilo que o manipulador deseja. A história tem evidenciado que não se trata de questão puramente acadêmica."* (Berlin, 1969, p:144-145). Assim, *"cada coisa é o que é: liberdade é liberdade, e não igualdade, imparcialidade, justiça, cultura, felicidade humana ou uma consciência tranquila. Se a liberdade de mim mesmo, de minha classe ou de meu país depende da infelicidade de um grande número de outros seres humanos, então o sistema que promove tal situação é injusto e imoral. Mas se eu mutilo ou perco a minha liberdade individual, de forma a reduzir o opróbrio de tal desigualdade e, desse, modo, não amplio substancialmente a liberdade individual de outros, ocorre uma perda absoluta de liberdade. Tal situação pode ser compensada mediante um proveito para a justiça, para a felicidade ou para a paz, mas a perda permanecerá, e é confundir valores o fato de dizer-se que, embora minha liberdade 'liberal' e individual possa ir por água abaixo, algum outro tipo de liberdade - 'social' ou 'econômica' - se ampliará."* (Berlin, 1969, p: 138-139 - grifo nosso).

“mera ficção doutrinária”, para justificá-los como inerentes à natureza e, neste sentido, se apresentarem “invioláveis por parte dos detentores do poder público, inalienáveis pelos seus próprios titulares e imprescritíveis por mais longa que fosse a duração de sua violação ou alienação” (Bobbio, 1992, p: 74).

Frente ao exposto, temos que a lista destes direitos¹⁰ se encontra em constante ampliação, numa demonstração clara de que seu ponto de partida se funda numa situação hipotética. Na verdade, o mundo real de onde estes direitos emergem é muito mais complexo e demanda mais do que a liberdade como garantia para a vida e para a sobrevivência. É certo que a liberdade, enquanto único direito potencial e genuinamente original, foi o mais longamente usurpado durante a história do homem, seja pelas questões políticas que incorriam nos escravos de guerra, seja pelas lutas religiosas ou por quaisquer outras violências que foram praticadas sempre que o homem saiu em busca de aumentar seu poder pela subjugação do outro. E foi também o primeiro a ser reivindicado como inerente à humanidade.

Assim, a instrução não foi percebida como um direito pelos povos não letrados, dado que estes tinham, mesmo livres, no máximo, seus costumes e crenças religiosas. No entanto, para o homem contemporâneo, toda nação econômica e socialmente evoluída a reconhece enquanto tal; e algumas, inclusive, a estendem à instrução universitária. E hoje sabemos que o não reconhecimento de quaisquer direitos fundamentais, pelas sociedades mais antigas, justificou a sobrevivência de Estados paternalistas (ou totalitários, ou, ainda, despóticos), onde a liberdade do cidadão era tida como a de uma criança, no sentido em que somente podia ser exercida sob severa vigilância.

Assim, Bobbio aponta três passagens no processo de elaboração e validação do que chamamos direitos fundamentais. A primeira ocorreu na passagem dos *“direitos de liberdade – das chamadas liberdades negativas, de*

¹⁰ A este respeito, assim argumenta Berlinguer: *“Si se admite, que la vida es un derecho natural de cada persona, y que la búsqueda del bien-estar comienza por la corrección de la arbitrariedad moral que se manifiesta desde el nacimiento, se debe considerar útil pero no suficiente el derecho social ex post a disfrutar de aquellos actos terapéuticos que son tarea específica y tradicional de la medicina.”* (Berlinguer, 1995, p: 26.)

religião, de opinião, de imprensa, etc. – para os direitos políticos e sociais, que requerem uma intervenção direta do Estado”, enquanto a segunda decorreu da “passagem da consideração do indivíduo uti singulus, que foi o primeiro sujeito ao qual se atribuíram direitos naturais (ou morais) – em outras palavras, da ‘pessoa’ -, para sujeitos diferentes do indivíduo, como a família, as minorias étnicas ou religiosas, toda a humanidade em seu conjunto e, além dos indivíduos humanos considerados singularmente ou nas diversas comunidades reais ou ideais que os representam, até mesmo para sujeitos diferentes dos homens, como os animais” (Bobbio, 1992, p: 69). Já a terceira passagem vai do homem genérico para o homem específico, enquanto contemplado na diversidade de seus vários status sociais, num sentido em que se especifica a criança, a mulher, o deficiente e assim por diante.

Certamente, “o problema grave do nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não é mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los” (Bobbio, 1992, p: 25), uma vez que “a liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir; não são uma existência, mas um valor; não são um ser, mas um dever ser” (Bobbio, 1992, p: 29).

Nosso desafio encontra-se, então, em transformar os direitos que atribuímos como naturais ao homem e, em função disso, validamos como universais, em direitos positivos, não mais apenas no âmbito desta ou aquela nação, mas como direitos positivos universais.

A validação da universalidade da ciência tem nos conduzido a acreditar na possibilidade de outros valores universais, a exemplo dos valores morais. O problema é que a ciência conseguiu, até hoje, reinar absoluta apenas no campo dos fatos e não dos valores. Ora, a lei é um fato concreto, ela não existe apenas enquanto idéia ou vontade, mas se estabelece como um corpo concreto de assertivas válidas, ainda que temporariamente. E a perspectiva sedutora de reduzir a moralidade ao cumprimento das leis civis não tem sido negligenciada por nós. Decerto que, ao procedermos a tal redução, não garantimos a moralidade do sujeito consciente, mas tão e somente apenas da ação executada. E talvez isto nos bastasse se a lei valesse, de fato, igualmente para todos.

A possibilidade de questionamento e a necessidade de interpretação dos dispositivos legais disponíveis nos conduz a duas situações. A primeira, positiva, é a de que podemos aperfeiçoá-los na medida em que deles nos servimos. Já a segunda, negativa, emerge da constatação de que estes são, não raramente, interpretados e aplicados de formas diferentes num mesmo tempo, contexto e lugar. É fato o lugar comum de que toda regra, inclusive as legais, contemplam exceções, e a experiência nos tem fornecido inequívocas evidências de que elas se aplicam mais em função das desigualdades sociais do que das naturais.

Mas, mesmo que tais desigualdades não apresentassem a relevância que percebemos, ainda assim a justiça das leis estaria ameaçada, como esclarece Hart (Hart, 1958), pela “penumbra de incerteza” subjacente à sua interpretação. Isto decorre da constatação de que a aplicação das leis a casos específicos *“in the penumbral area cannot be a matter of logical deduction, and so deductive reasoning, which for generations has been cherished as the very perfection of human reasoning, cannot serve as model for what judges, or indeed anyone, should do in bringing particular cases under general rules. In this area men cannot live by deduction alone. And it follows that if legal arguments and legal decisions of penumbral questions are to be rational, their rationality must lie in something other than a logical relation to premises”* (Hart, 1958, p: 23). Assim, a potencial justiça das leis advém não do seu caráter de comando ou da força de suas sanções, mas das idéias, conceitos e valores que nos possibilitam vislumbrar não o que a lei é, mas o que deveria ser. Assim, *“here we touch upon a point of necessary ‘intersection’ between law and morals’ which demonstrates the falsity or, at any rate, the misleading character of the Utilitarians’ emphatic insistence on the separation of law as it is and ought to be”* (Hart, 1958, p: 23).

Mas se, a despeito de nem sempre garantir justiça, a aplicação das leis exigiu que construíssemos as mais variadas instituições no sentido de viabilizá-las enquanto instrumentos para a ordem e a paz social, já os preceitos morais não mereceram os mesmos privilégios. É verdade que construímos a tábua rasa de nossos valores morais ao promulgarmos princípios universais e os validarmos

mediante suposto consenso. Não bastou; e a realidade é prova inequívoca desta insuficiência.

E veremos que, se existe mesmo uma íntima relação entre a moral e os costumes, estes devem ser submetidos a um constante escrutínio, não do olhar alheio, mas do agente que o perpetua. As regras sociais, estejam estas expressas sob a forma de lei ou de preceitos éticos, não solucionam conflitos internos ao sujeito moral, pois estes demandam o exercício imperativo da reflexão. Daí que a observação da ética, mesmo e principalmente na medicina, não se concretiza em ato no cumprimento de normas, sejam estas legadas a nós como técnicas, ou sob a forma de princípios éticos específicos.

A ética requer o exercício não apenas da técnica, mas da arte da medicina. Requer a prática reflexiva que atribui ao sujeito, e apenas a ele, a responsabilidade moral pela ação particular de que é agente. E a isto os princípios não bastam^{11,12}, como veremos adiante.

¹¹ A este respeito, assim argumenta Ellard: *"I have argued that there are no ethical principles from which particular rules may be deduced, that there are no rules which are valid universally, that there are no infallible authorities and that there is no prospect of achieving any of these entities. On the other hand there is no limit to rhetoric; oaths, codes, declarations and the like have been proclaimed for two and a half thousand years at an ever-increasing rate. ... if I am in doubt about the correctness of a course of action I imagine a small grand-stand of my colleagues of good standing and reputation sitting on the other side of a one-way mirror, watching and listening. Their ghostly presence and their careful scrutiny cause me to reflect upon what I am about to do, not in the hope of earning their total approval, for there will be diversity, but rather to be sure that I do not earn their firm disapproval. Many years of association with statutory bodies and college committees cause me to believe that this is a good test, and that in particular cases there will be remarkable unanimity about what constitutes reprehensible behaviour and what does not. It may seem an imperfect test but it works well and I do not know a better one."* (Ellard, 1993, p. 464).

¹² Ao proceder à análise retrospectiva da ética médica nos últimos trinta anos, Pellegrino (Pellegrino, 1993) discute a insuficiência dos princípios, assim como os perigos do niilismo e do ceticismo ético na medicina, identificando um período anti-principialista e indagando acerca da (necessária) sobrevivência, mas não suficiência, dos princípios.

II.3 - Bioética: o desafio de inserir o debate ético no cotidiano das práticas médicas

“Com efeito, a concepção consistentemente deontológica da moralidade, com sua ênfase no procedimento antes que nos efeitos e nos motivos, lançou a questão de “fazer o bem” inteiramente fora da agenda moral, substituindo-a pela questão da disciplina.”

(Bauman, 1997, p: 82)

Há consenso de que nosso tempo é o de uma retomada da perspectiva da moralidade não como um exercício intelectual, mas como uma necessidade da vida vivida. E a medicina é, dentre as ditas práticas científicas, certamente um dos campos onde este ressurgir se apresenta mais forte. Belinguer exemplifica esta ocorrência com as palavras de Eugenio Garin de *“que o caso do mito do progresso, como ascensão fatal da humanidade na realização dos mais altos valores da vida, acompanhou a dramática e crescente consciência de um conflito de fundo entre o desenvolvimento científico e tecnológico e o autêntico crescimento humano”* (Berlinguer, 1996, p: 14).

Há um forte sentimento de que as esperanças que depositamos na ciência e na tecnologia não advieram de fatos concretos, de dados empiricamente demonstráveis como queria o positivismo, mas de uma crença ou fé: em tempo algum a ciência, e mesmo a medicina, conseguiram trazer soluções definitivas e últimas aos problemas vividos. Elas apenas nos possibilitaram lançar olhares diferentes para os mesmos problemas de sempre, num sentido que remete mais a uma recontextualização do que a uma solução efetiva.

Assim, nas próximas páginas tentaremos discutir os limites que nos vêm sendo impostos para a necessária retomada da reflexão acerca da moralidade no universo das práticas médicas.

Como já pudemos esclarecer, os preceitos éticos de Hipócrates não mais se fazem suficientes, conquanto possam ainda ser, em certa medida, necessários. O tema em debate, hoje, não é mais a ética médica, mas a bioética. E esta mudança não expressa um mero renomear de coisas que já existiam, mas, além e fundamentalmente, implicou numa tentativa de ampliação da esfera da ética

médica que culminou, paradoxalmente, em reduzir o debate ético às práticas emergentes ao processo de incorporação de novas tecnologias, concorrendo para a acentuação da imagem do médico como cientista e relegando a um espaço secundário o caráter assistencial e humanitário tradicionalmente associado à medicina. Assim, a emergência da bioética coincide com a presença mais rotineira da ética médica no debate público e de uma ampliação dos espaços concedidos ao tema pelos meios de comunicação de massa, num movimento que, principalmente através da apresentação de novas técnicas e tecnologias médicas, introduz a ciência no dia a dia do homem comum.

Sobre este movimento, assim se manifesta Berlinguer: *"We should worry less about embryos and 'artificial' births and more about the naturally-born who, from the beginning of their independent lives, have to deal with problems caused by others who preceded them (the 40 million to be paid on the public debt and an even heavier environmental liability), in addition to the difficulties they face as they grow and try to progress in life. If we did so, there would be more trust in the future, and birth rates might even increase. Nonetheless, I see that bioethics is as uncommitted to this goals as politics, focusing too much on controversies in the relationship between science and life and too little on daily issues"* (Berlinguer, 1999, p: 119).

Para ele, *"bioethics is perceived in a variety of ways by experts, but they all agree that it is the most recent and promising branch of moral philosophy. Some see it in a narrower sense, as if pertaining only to ethical problems related to recent advances in biomedical sciences. Others see it in a more comprehensive way, contending that ethics has always focused on life's problems in general. I personally believe that the first definition neglects not only the historicity of behaviors and ideas regarding the relationship between ethics and life (birth, growth, nature, disease, and death) but also the cross-cutting nature of daily experience (for example, what is the relationship between strictly scientific experiments, i. e., the fact that individual therapy is somehow experimental, and the dissemination of new drugs, wich at times constitutes a real experiment with human and other living creatures?). I also think that ethics encompasses moral*

antitheses (e.g., love/hate, tolerance/intolerance, virtue/vice), which should be included in the biological sphere. Considering that 'too much is as bad as too little' (Confucius), I prefer a comprehensive (albeit not generalizing) definition of bioethics as the whole of life problems in their material aspects. This would allow us to link cutting-edge bioethics (concerned with emerging issues, e.g., medically assisted procreation and genetic engineering) to daily bioethics, based on moral choices which, made in the context of shared experiences, regard both individuals and populations"(Berlinguer, 1999, p: 112).

Reconhecemos que uma das características mais proeminentes da medicina contemporânea tem sido sua infindável capacidade de oferecer respostas, mesmo que temporárias, aos problemas com que se defronta. E ela se tornou ciência e alcançou tantos sucessos porque pôde, até agora e a despeito de todas as críticas, desmembrar suas realidades complexas em unidades supostamente mais simples, mesmo ao custo de reduzir o homem a um conjunto de células e reações químicas. Mas a estratégia de tratar o homem como um ser vivo, e não como sujeito social, traz algumas dificuldades quando o problema a ser solucionado remete a questões de natureza moral. A ética e a moralidade não se aplicam, pelo menos até onde pudemos detectar, às questões que se encontram fora do âmbito da consciência humana, dado dela emergirem enquanto valores próprios de nossa humanidade. E não identificamos, até o momento, uma consciência física, por mais que a neurobiologia tenha se esforçado para isso.

A ética trata de questões metafísicas, de coisas que não podem ser mensuradas objetivamente, pela simples razão de que se funda, sempre e por definição, no que é supra-sensível, no que não pode ser percebido diretamente pelos sentidos, mas tão e somente no que aceitamos como prerrogativa de nossa humanidade – a consciência. E as mudanças, que a visão cientificista de mundo nos possibilitaram concretizar em ato, não implicaram na destituição do caráter abstrato inerente à ética mas, ao contrário, nos impuseram como desafio a perspectiva de uma compatibilização entre os universos do mundo sensível e os do supra-sensível. Se aceitarmos que a ética não é mera questão de sobrevivência da espécie e, em função desta assertiva, não se funda no egoísmo,

resta-nos, como seu espaço, o da felicidade, da paz ou da justiça social. Mesmo se ampliarmos o universo da ação ética a outros seres vivos e elementos brutos da natureza, ainda assim nos diferenciaremos destes pela nossa consciência. Podemos reconhecer e julgar nossas ações relativas a estes novos integrantes do mundo ético apenas numa via de mão única, dado que ainda não foi possível dividirmos com eles quaisquer valores supra-sensíveis. E isto traz uma dificuldade de compatibilização conceitual que pode ser apreendida no “agir comunicativo” que Habermas (Habermas, 1989) toma como condição necessária ao julgamento moral.

Mas se, ao contrário, destituirmos a ética de sua relação com a felicidade ou com quaisquer outros dados subjetivos que percebemos como exclusivos de nossa humanidade, para relacioná-la simplesmente com a vida e com os fenômenos científicos e objetivos que esta contempla, nosso problema simplifica-se de forma extraordinária. A bioética desenvolve-se privilegiando a abordagem de questões médicas e biológicas relativas à vida e, neste sentido, permite-se não ter que responder a todas as questões morais.

O fato dos princípios constituírem-se nos elementos da bioética assimilados de forma mais efetiva no cotidiano das práticas médicas propicia a percepção de que a ética médica não tenha que responder a todas as questões de natureza moral emergentes ao exercício profissional da medicina. Tal redução permite que a abordagem ética, no cotidiano da medicina, relegue questões fundamentais ao homem, como a felicidade e a justiça, ao que lhe é externo, numa abordagem mais próxima do modelo biomecânico, hegemônico no âmbito da técnica, mas reconhecidamente insuficiente na esfera da arte.

Ao procederem à análise dos dialetos e idioletos presentes nos textos de Diego Gracia sobre bioética, Garrafa, Dinis e Guillen esclarecem que, *"for example, in the Brazil or even South American, the preferable dialect is that of principles"* (Garrafa, Diniz e Guillen, 1999, p: 38), sugerindo com isso uma maior proximidade nossa com a bioética norte-americana, essencialmente principialista. Assim, destacam que *"the process of importing dialects is not an exclusive characteristic of a discipline, as for example the bioethics. On the contrary, it is*

present in many sciences (Oliveira, 1988; 1995). In bioethics, nevertheless, the movement is strengthened by the important tradition that characterises medicine in peripheral countries. In fact, by a technological and scientific dependence, we import the technique from central countries to an extent we consider that the greater science's credibility is, the greater its openness to technical discoveries in central countries. Notwithstanding this, the importing of a medical technique, for example, implies, to a certain extent, the importing of ethics that inspired its discovery, or, at least, the ethics of its application. For the peripheral medical exercise, the silent association between technique and ethics is still partly unknown, which is a reason for importing so freely the first (Diniz, 1997). Such symbiosis between technique and ethics prevents the professional from differentiating between each category of the binomial. It is even more delicate when it refers to fields of medical knowledge where the technique itself is non-existent, only the ethics remaining, as in the case of bioethics. Even in these situations, the bad habit of importing is maintained: in the world of ethics one acts as if technique has been imported." (Garrafa, Diniz e Guillen, 1999, p: 38).

No entanto, entendemos que, nas abordagens éticas essencialmente principialistas, os posicionamentos éticos assumidos no cotidiano profissional dos médicos acontecem mediante um processo que toma este cenário como instância cumpridora e não criadora ou julgadora de preceitos éticos. Isto culmina por concorrer para um distanciamento do debate ético das práticas médicas cotidianas, relegando-o à esfera acadêmica ou aos especialistas em ética.

As regras de conduta profissional, expressas no código de ética médica, competem funções mais ligadas à lei do que propriamente à moral. Elas não se constituem em meras diretrizes para a ação, mas, além disto, sujeitam a ação médica ao escrutínio formal, ainda que apenas de seus pares, implicando também numa perspectiva de punições e restrições concretas. A elas se aplicam as características que pudemos anteriormente atribuir às leis, acrescentado-se a perspectiva de substituí-las mesmo. É fato de nosso cotidiano que os conflitos emergentes na prática da medicina busquem solução antes nos Conselhos de Ética Profissional do que na justiça das leis comuns. A medicina é, sem dúvida, a

prática que há mais tempo se serve do corporativismo para se apresentar como moral e tecnicamente soberana no que tange à solução de seus conflitos.

É certo que o defrontar-se contínuo e infindável com questões limítrofes, como a vida e a morte, situam-na numa posição muito particular dentre as práticas humanas. Sua leitura como um sacerdócio não é exatamente um despropósito, dada a exigência de um “abrir mão” da possibilidade de fechar os olhos para as coisas difíceis e dolorosas da vida. É prática muito recente a de procurar um médico para preservar a saúde, mas é tão antiga quanto nossa humanidade a de buscarmos ajuda quando a perdemos. Apresentamos a merecida reverência àqueles que dedicaram suas vidas a preservar e recuperar a saúde alheia. Esta direção indelével ao outro já confere à prática da medicina um conteúdo moral inegável.

Faz-se de extrema importância esclarecermos que não estamos tratando do que os médicos são ou deixam de ser, no sentido de negar-lhes a perspectiva de uma moralidade integral e plena. Reconhecemos, sem quaisquer dúvidas, que eles a detêm. Mas, como já pudemos referir anteriormente, as ações humanas, aí inclusa a prática da medicina, não se dão num vácuo moral; antes, refletem todo um conjunto de valores e idéias que se expressam nas ações humanas. É certo que, de volta a Hannah Arendt, a cada um de nós e a mais ninguém é dado julgar a perspectiva possível da ação ética. Houve aqueles que abriram mão da vida antes de seus preceitos morais. E não nos cabe julgar os que não o fizeram, sob o risco de condenarmos todos aqueles que se submeteram às esmagadoras correntes da escravidão.

Reservamo-nos o direito de tratar nestas páginas de algo que, a despeito de poder expressar-se em ato, é mera abstração. Não é dos médicos, mas das práticas, valores e conhecimentos por eles partilhados que falamos aqui; e estes não são uma única e mesma coisa, pois, se fossem, não seriam possíveis todas as mudanças a que já nos referimos. A insistência em esclarecer tais questões advém do fato deste não se constituir num olhar externo à medicina, mas num emergir de dentro dela, enquanto prática. Esta é a leitura de quem se submete – e de quem se exige o escrutínio por vezes tão difícil e doloroso - aos valores da

medicina contemporânea. Mas, por outro lado, nada pode ser mais sensível – ou insensível - do que um olhar de dentro quando tratamos de questões relativas a uma moralidade possível.

A perspectiva de que o campo da bioética contemple um partilhar prático e reflexivo com especialistas em moralidade, atribuição geralmente reservada aos filósofos, não exclui de forma alguma a imperiosa necessidade de participação efetiva dos médicos em todas as questões que sejam a eles relativas. Para Hawkins, *"those who emphasize the contribution of philosophy to the recent bioethics movement must acknowledge the fact that physicians have been 'doing' medical ethics long before philosophers came on the scene"* (Hawkins, 1996, p:344). Assim, não podemos reduzir a ética médica, ou a bioética, ao olhar do outro - mediante a utilização simples e linear de princípios ou de pareceres especializados -, mas exigir-lhe o necessário e reflexivo olhar de dentro. E não se trata de qualquer pretensão corporativista, mas, sim, a de propiciar a auto-crítica que nos permitirá sermos amanhã diferentes e, sempre que possível, melhores do que somos, por uma decisão de nossa vontade livre, de nossa consciência enquanto sujeitos morais, e não por imposição alheia. A moralidade aplica-se ao sujeito ativo que insiste em fazer sua própria história e resiste bravamente a submeter-se ao determinismo das estruturas e instituições que lhe foram legadas como herança. E a nosso ver, a bioética, no que tange aos componentes que efetivamente ela consegue fazer adentrar o cotidiano das práticas médicas, propicia mais uma tomada da ética nos moldes da ciência, do que incentiva a livre expressão dos valores morais daqueles que praticam a medicina de nossos dias.

Ao desenvolver o tema "Bioética: Temas e Perspectivas", a Publicação Científica nº 527, da Organização Panamericana de Saúde, apresenta a bioética como uma *"ciencia y un movimiento de científicos de todo el mundo y a iniciar una investigación interdisciplinaria que sirviera de puente entre la ética y las ciencias biomédicas para salvarlas a ambas y, en último término, al mismo hombre cada vez más en peligro de enfermedad y de muerte por la destrucción hecha por él mismo de su ambiente"* (Organización Panamericana de la Salud, 1990, p: 92), sendo que *"el nuevo término bioética indica que los aspectos epistemológicos y*

morales de la prestación de asistencia sanitaria ya no se pueden describir en función de los parámetros tradicionales de la relación médico-paciente. La bioética abarca un campo mucho mayor que el de la estricta relación entre el médico y el paciente, e incluye la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y por el ethos particular que debe prevalecer en las formas modernas de la medicina institucionalizada y organizada” (Organización Panamericana de la Salud, 1990, p: 19).

A partir do exposto, a proposição teórica subjacente ao movimento que emerge como bioética é de ampliação, e não de redução, das questões relacionadas à ética médica. No entanto, como já dissemos, os elementos dela emergentes que conseguem adentrar o cotidiano profissional conduzem a relegar as questões relacionadas ao acesso ou à relação médico-paciente - esta enquanto um espaço de interação entre sujeitos sociais que possuem valores morais, crenças e expectativas concretas sobre questões inerentes à vida, à doença e à morte -, a um lugar secundário que vai se tornando a cada dia menor, às custas do acréscimo crescente de novos temas para debate. A acelerada incorporação de novas tecnologias médicas impõe que a bioética dê conta de um número crescente de conflitos éticos, mediante pressões exercidas por forças predominantemente externas à prática médica, como as da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Por outro lado, os meios de comunicação, seja de massa ou especializada, conferem espaço privilegiado aos conflitos éticos emergentes às novas tecnologias, tomando-as como expressões concretas do caráter científico da medicina contemporânea, a despeito de ser amplamente reconhecido que a esmagadora maioria das tecnologias que suscitam acalorados debates éticos, como a engenharia genética, a fertilização in vitro ou os transplantes, constituem práticas bastante distantes do cotidiano profissional da maioria dos médicos.

Diante de tal contexto, Giovanni Berlinguer esclarece que: *“É preciso, porém, preocupar-se com o fato de que a atenção do público e da imprensa concentra-se mais nos casos especiais, nas zonas limítrofes entre a ética e a*

medicina, do que nas histórias cotidianas, na atividade normal de todos os médicos e na patologia cotidiana dos cidadãos” (Berlinguer, 1993, página 82).

Os novos temas impostos ao debate bioético trazem a possibilidade concreta deste sucumbir às pressões que concorrem para a descaracterização da medicina enquanto prática assistencial e humanitária, relegando o problema do acesso aos cuidados, sem dúvida o mais relevante da medicina de nossos dias, à uma discussão interna ao princípio de justiça, de forma que *“sería injusto imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido por la ley ... En la base de este principio subyace la consideración de que, cualquiera que sea el critério adoptado, personas iguales deben recibir un tratamiento igual. Sin embargo, esto no nos dice cómo determinar el grado de igualdad de las personas. En este sentido, el principio deja el campo abierto para que se den diferentes interpretaciones a su contenido. Dado que en cada agrupación de personas habrá muchos aspectos que sobresalgan como semejantes y muchos otros como diferentes, la igualdad debe ser entendida como igualdad en términos de aspectos determinados”* (Organización Panamericana de la Salud Organización Panamericana de la Salud, 1990, p: 112).

Decerto não questionamos a relevância da discussão sobre os valores éticos que se expressam na prática de inúmeros procedimentos de alta tecnologia - três dos quais são aqui objeto de análise -, e das imposições que estes trazem, no tocante às definições acerca do que estabelecemos como início e como final da vida. Estas são, sem dúvida, relativas ao universo da ética. O problema emerge quando a discussão se estabelece de forma a ignorar que eles se constituem, também, em instrumentos para a acentuação das desigualdades, mais do que para sua atenuação; o amplo debate em que implicam não corresponde, de forma alguma, a um acesso minimamente equânime aos seus benefícios.

Há um discurso, subjacente às novas tecnologias, segundo o qual seu amplo acesso deva ocorrer como um “a posteriori” de sua validação enquanto prática ética. Emergiu desta assertiva a necessidade de uma “conduta consentida”, a qual veio posteriormente a constituir-se em estratégia possível para a desapropriação da responsabilidade - não apenas moral, mas técnica mesmo –

médica de definir qual o procedimento mais adequado a cada caso particular. Tal tentativa, ainda em curso, tem sido alvo das mais diversas críticas, as quais pudemos abordar em estudos anteriores (Guia, 1995) e que implicam, em última instância, na aceitação de que esclarecimentos pontuais e objetivos podem conferir ao paciente a mesma autoridade do médico, no que tange ao julgamento da adequação de uma dada conduta dentre as várias que lhe foram apresentadas como possíveis.

O acima exposto expressa a tendência de conferir ao médico apenas a responsabilidade por questões técnicas e tangíveis do mundo sensível, relegando ao paciente os julgamentos e valores que lhe são inerentes, não enquanto ser vivo, mas enquanto sujeito. Mas esta distinção possível entre sujeito social e ser vivo, passível de ser vislumbrada no exercício da relação médico-paciente, apresenta-se como uma necessidade imperativa no universo de emergência de inúmeras novas tecnologias. As técnicas de fertilização artificial e os cuidados ao doente terminal demandam que procedamos a definições precisas acerca de questões que, até bem pouco tempo atrás, tínhamos como definidas pela natureza: o nascer e o morrer. No entanto, a despeito das crescentes evidências de que tais situações contemplem limites invisíveis ao olhar humano, a ciência, até hoje, não desistiu de tentar defini-los com a precisão que a medicina tecnológica exige.

Mas, a despeito da ausência absoluta de consenso acerca destas questões, já se apreendem discursos que, através da utilização de um formato assertivo e imperativo, não deixam qualquer espaço para a contestação, a exemplo do proferido por Peter Singer, em sua argumentação sobre o aborto: *“os bebês são seres sencientes que não são nem racionais, nem auto-conscientes. Portanto, se nos decidirmos a examinar os bebês em si mesmos, independentemente das atitudes de seus pais, veremos que, como a espécie a que pertencem não é relevante para o seu status moral, devem aplicar-se aqui, também, os princípios que regem o erro de matar animais que são sencientes, mas não racionais ou conscientes de si”* (Singer, 1994, p: 193).

Conquanto possa ser aceita como opinião, a assertiva acima está muito distante de validação científica e, mais ainda, de validação moral enquanto tentativa de viabilizar a utilização linear de raciocínios do tipo dedutivo como "ferramentas" para o julgamento ético. O grande perigo de tais afirmações, mesmo que apresentadas sob a forma de uma simples opinião, é que nelas se faz implícita a perspectiva de uma potencial elucidação científica de nossos dilemas morais. De tomar como validade para o certo e o errado um conhecimento cuja verdade reconhecemos temporária, mas cujas consequências podem não ser tão efêmeras.

Tomando como irrelevantes as intenções de Peter Singer, dado que estas, como sabiamente esclareceu Aristóteles, só ao agente é dado conhecer, voltamos às suas considerações em defesa do aborto, onde afirma que *"ainda precisamos refletir sobre o momento em que o feto provavelmente se torna capaz de sentir dor. Por ora, será suficiente dizer que, enquanto essa capacidade não existir, um aborto põe fim a uma existência que não tem valor intrínseco algum"* (Singer, 1994, p: 161). Que nos perdoe o autor pela insistência em tomarmos seus textos como exemplos, dado estes não serem, de forma alguma, os únicos a expressarem tais correntes de pensamento, conquanto se incluam entre os mais corajosos no que tange a explicitar idéias tão polêmicas. Também não se trata de condenarmos o aborto, prática que entendemos submetida prioritariamente ao julgamento da consciência moral particular de cada sujeito, ainda que esta possa se apoiar em valores que lhe são externos.

O que buscamos mostrar com o texto acima é a tentativa de conferir a quesitos mensuráveis - ainda que não plenamente -, como a dor, a capacidade de definir valores de natureza moral, como os que dizem respeito à vida. Não vamos incorrer aqui na vasta argumentação que se faz possível no sentido de invalidar a proposição oferecida. O que importa ao nosso propósito são os meios que ela utiliza para se propor validade. E argumentos de natureza semelhante têm sido fartamente utilizados para elucidar questões relativas à eutanásia, ao transplante de órgãos, ou à fertilização artificial que não sabe o que fazer com os milhares de embriões humanos desprezados por seus pais biológicos.

Neste sentido, Maclean (Maclean, 1993) examina a argumentação bioética de John Harris, que propicia conferir um menor valor à vida de fetos e bebês. Segundo ela, Harris procede a uma distinção entre “people” e “persons”, no sentido em que apenas estes seriam detentores de uma vida provida de valor. Assim, indaga, *“what does it take, according to Harris, to be possessor of a valuable life – to be a person in the sense he stipulates? The answer is, the capacity to value one’s life , or to have the desire to go on living. It follows, he says, that the self-consciousness is a necessary condition of personhood; for in order to value its life in this sense a being would have to be aware of itself as an independent centre of consciousness, existing over time with a future that it was capable of envisaging and wishing to experience. Nothing with lacks conciousness of itself, therefore, is a person on Harris’ account”* (Maclean, 1993, p: 18).

Se aceitarmos a proposição oferecida acima, argumenta MacLean (Maclean, 1993), o aborto e o infanticídio deixam de contemplar dilemas de ordem moral. Esclarece que, a despeito da posição de Harris não implicar que as vidas de fetos e bebês estejam à nossa disposição, ela abre espaço para considerações de conteúdo moral duvidoso. Neste sentido, apresenta uma racionalização possível em função das assertivas de Harris: *“If I kill an infant, for example, I am killing something wich cannot value its own life: I am not, therefore, taking away from it anything it can want to keep. I am frustating no desire it can have. It follows, on the bioethical view, tha I am not harming the infant, and if I am not harming it, on this view, wronging it. I may, nevertheless, be harming, and therefore wronging, other people – for example, those (if any) who love the infant and would like to bring it up. If there are such people, I will in killing the infant be frustating desires of wich they are the subjects. For this sort of reason, the killing of an infant usually requires a moral justification – but never, according to bioethicists, on account of any moral claims possessed by the infant itself.”* (Maclean, 1993, p: 19, destaque para a autora).

A fragilidade de argumentações como a acima exposta emerge de seu propósito mesmo, que não busca o progresso moral, mas antes destituir de conflitos morais técnicas e procedimentos que viabilizam o progresso técnico. A

questão essencial que compete à ética não se resume em validar este ou aquele procedimento específico, como lhe sendo ou não afeto, mas atuar num sentido em que, quando tal for necessário, deva obrigatoriamente se dar como um 'a posteriori', como um dever em consonância com valores que lhe são necessariamente anteriores.

O que está cada vez mais escasso, e que se nos apresenta fundamental, é o debate acerca de até onde pode agir a mão humana, ao instrumentalizar a nossa busca incessante dos caminhos que acreditamos nos conduzir à felicidade. O que se faz imperativo é redirecionar uma tendência que, segundo Berlinguer (Berlinguer, 1996), o Hastings Center Report identifica como *"um retorno ao deserto moral: ontem a ética falava de justiça, de acesso aos serviços médicos, de direitos dos doentes: hoje fala sobretudo de limitação dos tratamentos"* (Berlinguer, 1996, p: 17).

Mas o agravante desta tentativa de tomar a ação ética na medicina como passível de validação mediante assertivas das ciências duras é que ela permite a exclusão da saúde como tema para o debate, como esclarece Berlinguer: *"Porém, o tema da saúde raramente está presente no debate bioético. Este privilegia tão somente as situações extremas como os nascimentos 'artificiais', os transplantes de órgãos, as condições de sobrevivência terminal, descuidando-se do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão, e até de escolhas morais. À saúde freqüentemente é negado o título de nobreza como objeto da ética e, na melhor das hipóteses, lhe é atribuído apenas o valor (que para alguns é considerado filosoficamente irrelevante e intelectualmente plebeu) de 'questão social'"* (Berlinguer, 1996, p: 16).

A dificuldade de implementar estratégias efetivas que garantam o acesso aos cuidados médicos, tem conduzido à sua percepção como algo inerente a ordem natural das coisas da vida, desprovido-o de seus componentes éticos e políticos, para apresentá-los como uma decorrência linear de problemas de ordem técnica.

Tal fato advém da possibilidade de decisões éticas e políticas sobre a alocação de recursos para a saúde apresentarem-se, sob a perspectiva de sua

distribuição, como potencialmente transmutáveis em decisões clínicas acerca de quem deve ser tratado e como. Assim, restrições de ordem econômica e financeira são usualmente apresentadas ao paciente como reflexos de julgamentos clínicos quanto a suas chances de se beneficiar, ou não, de determinados tratamentos; tornando-se, em larga escala, invisíveis enquanto problemática referida a questões de natureza ética ou política, para serem apresentadas como uma decorrência dos eventuais limites técnicos da medicina. Daí, a própria natureza do problema aparentar ser outra: o que temos para resolver passa a ser de ordem técnica, e não mais ética ou política.

Esta mudança de enfoque se mostra estratégica quando, em primeira instância, viabiliza a negação de algo que é não apenas validado como potencialmente benéfico ao paciente mas, também, reconhecido como um direito. Assim, a política e a ética, ao delegarem à técnica a responsabilidade pela garantia da acessibilidade aos cuidados à saúde, viabilizam a consolidação da crença de que problemas desta natureza resolvem-se mediante o aperfeiçoamento não dos valores morais e dos compromissos políticos, mas dos investimentos em maiores e mais sofisticadas tecnologias. O problema do acesso imediato fica, então, resolvido para quem puder chegar primeiro na fila, ou dispuser de canais de influência que lhe permitam ultrapassar os outros antes da chegada.

A complexidade das questões éticas relacionadas ao tema tem propiciado a emergência de várias propostas no sentido de obter-se uma racionalização maior do acesso aos cuidados médicos. A mais divulgada e consistente estratégia já implementada neste sentido, o QALY – Quality Adjusted Life Years –, tem gerado mais polêmicas do que resultados efetivos; numa evidência inequívoca das imensas dificuldades em proceder-se ao traslado de parâmetros e valores construídos sob as premissas da custo-eficácia, para a esfera da ética na prática sanitária. E nossas esperanças de solucionar o problema tornam-se cada vez mais tênues, diante da suspeita de que os protocolos clínicos – instrumentos fartamente utilizados para a priorização dos cuidados à saúde – sejam, em si

mesmos e em variadas extensões, mais uma estratégia para a transposição de valores e critérios de natureza científica para o âmbito da ética.

Mas, a despeito de todas estas dificuldades, Van de Vem (Van de Vem, 1995) apresenta três boas razões para que assumamos a imperativa necessidade de procedermos às escolhas: elas são necessárias, desejáveis e justas. Fazer escolhas é necessário porque existe uma tensão entre as demandas por cuidados e os recursos que as financiam, assim como entre benefícios individuais e financiamento coletivo. É desejável porque estimula o debate entre o senso e o não senso relativo aos cuidados: doenças iatrogênicas, cuidados inapropriados, supermedicação, medicina defensiva, cuidados fúteis ou consumismo de cuidados médicos. É justo porque não proceder a escolhas explícitas possibilita a emergência de decisões arbitrárias que, via de regra, produzem filas de espera e serviços de baixa qualidade, em sistemas publicamente financiados, e cuidados eficientes e de alta qualidade em serviços de elite com financiamento privado.

Diante de tal situação, o que nos compete é validarmos e legitimarmos nosso objetivo como sendo saúde, e não cobertura universal ou acesso irrestrito às novas técnicas, mas, simples e diretamente, saúde, dado que as tecnologias médicas não se constituem, necessariamente e nem sempre, em sinônimo de saúde, nem apresentam igual valor ou eficiência em produzi-la.

O cenário vigente nos apresenta um dilema fundamental, que não é o de **se** uma dada nova tecnologia deve ou não ser utilizada, mas **como e quando** ela o será. A consolidação deste pressuposto de validade junto ao imaginário social traz uma perspectiva de deslocamento que confere, ainda que temporariamente, caráter central a questões freqüentemente periféricas à prática médica. Este desfocar se expressa no debate ético através de uma "saída de cena" do médico e do paciente, enquanto protagonistas do ato médico, para tomar o conflito como emergente da própria tecnologia. Daí, que a ética da relação médico paciente torna-se insatisfatória e vai sendo gradativamente substituída pela ética possível de ser contemplada com o uso desta ou daquela tecnologia particular. Isto explica, conquanto não justifique, as proposições elaboradas por Peter Singer (Singer,

1994) acerca do valor da vida: ela é valiosa só e na medida em que não imponha restrições à sua tecnificação pelo ato médico.

A insistente negativa em atribuir ao acesso papel central no debate ético acerca da medicina contemporânea incorre, a nosso ver, em três problemas principais. O mais polêmico repousa na validação da ética utilitarista como instrumento adequado para responder à questão. O outro reside na utilização de princípios como guias suficientes para a ação ética, no sentido de tomá-los como verdades absolutas e inquestionáveis. E o último, porém não menos importante, reside no delegar toda e qualquer decisão de natureza ética - acerca de quem vai ou não ser contemplado com os cuidados escassos - ao médico que assiste o paciente.

Há consenso de que o grande conflito ético com que se defrontam os médicos de nossos dias diz respeito ao cotidiano profissional, e não às situações de exceção. Apesar do espaço privilegiado que alguns atos médicos ocupam nos meios de comunicação e no imaginário popular, enquanto contemplando valores de conteúdo ético questionável (a exemplo dos transplantes de órgãos ou da fecundação artificial), é certo que eles não são nem os únicos, e muito menos os principais, responsáveis pelos dilemas éticos mais freqüentes da medicina contemporânea.

O grande conflito da medicina emerge hoje da visceral incompatibilidade entre autonomia médica e institucionalização dos atos médicos, assim como da nossa imensa dificuldade em abrir mão da plenitude de qualquer uma delas em função da outra. A institucionalização da medicina é apresentada como a única estratégia factível, até o momento, de colocar ao alcance das pessoas os recursos tecnológicos disponíveis, seja com financiamento privado (seguro-saúde, medicina de grupo, etc.) ou público, este último correspondendo, no nosso caso, ao SUS (Sistema Único de Saúde). A validação da autonomia médica, a qual funda princípio do mesmo nome, é e sempre foi tida como a maneira mais efetiva de conferir ao médico a responsabilidade pelos atos praticados em seu exercício profissional.

A questão da autonomia na prática da medicina contemporânea, e dos limites que lhe vêm sendo impostos pelas instituições que a financiam, tem sido alvo de inúmeros debates, a maioria dos quais utiliza enfoques mais próximos da lei que da moralidade. E o problema, que não conseguimos resolver, assenta-se em nossas dúvidas acerca do que a lei é e do que deveria ser, assim como dos valores morais que contempla (quando os contempla) e dos que deveria contemplar. A questão resvala para este lugar comum porque, se o espaço se ampliasse, teríamos que proceder a julgamentos também mais amplos, acerca dos limites éticos que validamos como próprios da medicina. Seria inevitável que procedêssemos a julgamentos acerca dos valores morais da sociedade em que vivemos e, neste sentido, daquilo que nos confere identidade no tempo e na história. Já não temos, como antes, as esperanças de que a resposta adviria do vencedor da luta entre o capitalismo e o socialismo. Desta luta só restaram perdedores, ainda que um agonize promulgando suas vitórias. A um coube esquecer que, *conquanto as necessidades humanas sejam finitas, suas formas de satisfação podem ser infindáveis*. A outro resta reconhecer que a abundância de uns implica, obrigatoriamente, na escassez de outros, e que as leis do mercado não são leis da natureza, mas têm a conduzi-las a mão humana.

Quando os recursos da medicina originavam-se na arte e esta se podia legar sem patente, valores como autonomia, beneficência ou justiça apresentavam-se minimamente adequados. Num mundo que aceitava as diferenças naturais e as impostas pela força como elementos inerentes à vida social, valores como a eqüidade ou a igualdade eram desprovidos de sentido. Daí que ser ético e senhor de escravos não eram coisas incompatíveis para os antigos gregos. Mas para nós, nesta nossa era de direitos, o problema complica-se imensamente, mesmo porque o progresso técnico que nos atribuímos não correspondeu, de forma alguma, a um necessário e equivalente progresso moral. E a grande suspeita, que ronda nossa pós-modernidade, é que o progresso técnico só foi possível na justa medida em que implicou na subserviência da moral.

O conceito de autonomia na medicina pressupõe, necessariamente, a liberdade de agir em consonância com valores e preceitos individuais, não prescindindo, no entanto, de que estes se fundem nos que são socialmente partilhados entre médico e paciente. Mas se a este partilhar de valores acrescentamos os que se encontram relacionados às instituições onde o ato médico hoje se dá, o conceito de autonomia perde sentido. Mesmo porque os valores institucionais não se resumem na mera soma aritmética dos valores de cada um de seus membros, mas, ao contrário, eles têm vida própria e exigem a submissão destes aos seus.

Se, neste sentido, a autonomia se esvazia, no que concerne às responsabilidades institucionais ela passa a fazer sentido, enquanto expressando uma utilidade concreta e objetiva. Ela permite que as instituições se apresentem como viabilizadoras dos meios, deixando os fins para a autonomia de cada um. Ela fornece os instrumentos, mas não responde pelo uso que cada um fizer deles. Assim, restrições institucionais, explícitas ou veladas, de natureza econômica, política, financeira, ou mesmo a simples negligência ou incompetência médica, compõem um todo complexo onde o ato autônomo é exercido através de um agente potencialmente abstrato.

Mas as exigências crescentes da sociedade, de que as organizações médicas e instituições relacionadas à saúde propiciassem respostas condizentes com os direitos não apenas legais, mas também éticos, reconhecidos como próprios dos pacientes, trouxe a perspectiva de que os conflitos éticos, à semelhança dos de ordem técnica, pudessem ser resolvidos pela opinião de especialistas. Diante de tal possibilidade, competiria às organizações prestadoras de cuidados médicos a oferta de julgamentos especializados neste sentido. Mas, a despeito de todas as esperanças que depositamos no julgamento dos Comitês Institucionais de Ética Médica, eles não têm oferecido respostas satisfatórias aos nossos conflitos.

Diferentemente das especialidades relacionadas à técnica da medicina, aos integrantes dos Comitês de Ética não se exigiu treinamento especializado, mas, tão e somente, a aplicação e o cumprimento de princípios éticos tomados como

válidos. Mas se a prática da medicina hoje contenta-se apenas com seu componente técnico, o julgamento ético requer também a arte, na forma de um exercício da reflexão. Não é, então, de todo estranho que os Comitês de Ética tenham vindo a se constituir mais numa estratégia para a prática da medicina defensiva do que da ética.

O reconhecimento de que os problemas éticos da medicina demandavam o parecer de especialistas no assunto viabilizou o surgimento de profissionais especialmente treinados neste sentido: os assim chamados bioeticistas. Ocorre que estes vieram a se constituir, se não exclusiva, porém prioritariamente, em profissionais não médicos, principalmente filósofos. Ao deterem apenas o olhar de fora, estes se viram limitados a desenvolver preceitos gerais de conduta e, quando muito, se oferecerem como árbitros quando os princípios não bastassem, a exemplo do que fazem os juizes com as leis.

Para Maclean, os “... *bioethicists themselves perceive their enterprise as a natural and proper extension of moral philosophy. It is the business of moral philosophy, in their view, to provide the general theory they claim to be necessary for the establishment of particular moral truths. In the absence of such a theory, they would say, we have no rational procedure for answering moral questions; we do not know what principles it is rational to use in answering them*” (Maclean, 1993, p: 18). Neste sentido, a função dos bioeticistas seria a de propiciar respostas, mediante argumentação lógica e racional, aos conflitos morais emergentes na prática da medicina, seja através da mera arbitragem, ou pela formulação de princípios gerais que pudessem orientar a ação numa direção ética. Mas tal não implica, nem sempre, nem obrigatoriamente, em que, quando os bioeticistas apresentam um veredicto, eles estejam definindo, em termos de moralidade, o que é certo ou errado; mas, apenas, que estão propondo uma argumentação racional em defesa de uma dada posição moral possível.

Dado que não existem considerações absolutas acerca do certo e do errado, temos que o progresso moral exige não uma submissão absoluta a princípios ou à “jurisprudência” dos veredictos éticos, mas uma constante reflexão acerca das premissas sobre as quais estes se estabeleceram. A relevância das

regras gerais de conduta advêm não de sua validade incondicional, mas da perspectiva de validações morais que oferecem para as ações cotidianas. Assim, elas não respondem, nem poderiam responder, a todos os conflitos morais com que nos defrontamos. Elas não prescindem, portanto, da reflexão que confere a cada um de nós, e a ninguém mais, a responsabilidade moral pela ação executada.

A teoria moral subjacente à bioética funda-se num utilitarismo que Maclean (Maclean, 1993) caracteriza como impuro, no sentido que este admitiria padrões de conduta, independente de sua utilidade, enquanto o utilitarismo puro admitiria a utilidade como parâmetro para o julgamento do certo e do errado somente na medida em que esta visasse obter a maior satisfação possível de desejos e preferências individuais. A nosso ver, os problemas inerentes aos princípios fundados no utilitarismo advêm do fato deste tomar como questão nuclear a liberdade, e não a moralidade. E elas não são a mesma coisa, pela simples razão de que, enquanto a ação moral pressupõe sempre a existência da liberdade, o usufruto desta não confere, nem sempre, nem obrigatoriamente, conteúdo moral aos atos do sujeito livre.

Ao afirmar que a *“única parte da conduta por que alguém responde perante a sociedade é a que concerne aos outros. Na parte que diz respeito unicamente a ele próprio, a sua independência é, de direito, absoluta. Sobre si mesmo, sobre o seu próprio corpo e espírito, o indivíduo é soberano”* (Mill, 1991, p: 53), Stuart Mill abre os espaços de liberdade que propiciam a emergência do que Gianotti (Gianotti, 1992) caracteriza como uma *“ética da intimidade”*.

Para Gianotti (Gianotti, 1992), a ética é o que permite a todos serem iguais e é na sua transgressão que o homem se mostra; é quando ele abandona um determinado sistema de regras para ser apenas ele mesmo e reger-se única e exclusivamente por si próprio. Daí que, na relação de intimidade, diz, é possível que se abandone a ética e o comportamento humano se paute no mútuo respeito, de forma que esta ética da intimidade *“nasce precisamente da suspensão dos juízos morais já feitos a fim de que cada um possa se colocar como instância*

instauradora de juízos que dizem o bem e o mal para mim e para outrem" (Gianotti, 1992, p: 242).

Mas se as regras do grupo são definidas, como diz Gianotti (Gianotti, 1992), pela 'moralidade consentida', elas podem entrar em conflito umas com as outras, como exemplifica ser o caso da eutanásia. Nesta situação, as regras e princípios da ética médica podem ser, potencial e temporariamente, suspensas, mediante o estabelecimento de uma "ética da intimidade" que afloraria da relação médico-paciente, fundada no respeito e na confiança mútua. Para que a eutanásia praticada neste contexto afluísse como violação da norma, impor-se-ia que outra norma tivesse sido, obrigatória e anteriormente, violada: a da intimidade do relacionamento médico-paciente. Assim, não se poderia condenar uma sem violar a outra. Quem condenasse, só o poderia fazer se cometesse a mesma transgressão que visa condenar: a violação da norma. Daí que a moral não é incoerente, ela apenas não tem a mesma natureza no âmbito da vida privada e no âmbito do grupo como um todo: o que julga como virtude advém, em grande parte, da experiência e, neste sentido, as experiências privadas se permitem não serem transmitidas, pelo menos não todas, ao conhecimento do grupo.

Assim, o certo e o errado não são questões absolutas, mas emergem do debate entre aqueles que submetem suas ações a tal julgamento. Neste sentido, a moralidade só admitiria princípios na medida em que estes estivessem expostos ao debate e, assim sendo, tomassem sua validade como condicional. Deste modo, para serem válidos, os princípios éticos precisam necessariamente ser construídos por aqueles que se propõem a segui-los. Temos, então, que, diante do exposto, princípios bioéticos não podem ser elaborados única e exclusivamente por especialistas, mas, ao contrário, demandam o estabelecimento de amplo e constante debate entre os médicos e os pacientes, dado que só a estes competiria a definição das regras a que se submetem; daí temos que o grande desafio da bioética reside não nas proposições que apresenta, nos novos temas que incorpora ou nos debates que promove, mas, acima de tudo, em levar estas práticas ao cotidiano dos médicos comuns e ao encontro entre médico e paciente, no sentido destes proporem, construírem e validarem as regras e preceitos éticos

a que se submetem enquanto sujeitos morais. Pois, como esclarece Levi, "*without an ethics of intimacy we must remain moral strangers*." (Levi, 1996, p:28).

Os primeiros preceitos da ética médica surgiram numa sociedade que retirava do debate público suas regras de conduta social, e onde as mudanças, fossem de ordem técnica ou humana, se processavam de forma extremamente lenta. Os preceitos hipocráticos emergiam de uma prática que era, acima de tudo, arte e que se dava de forma predominantemente autônoma. Expressavam não apenas um modo de vida, mas traziam as premissas para sua perpetuação.

A institucionalização da medicina contemporânea e o imenso aparato econômico e industrial que a sustenta requerem, como a ética hipocrática, regras e princípios que a legitimem, e não que a coloquem à prova. Assim, os conflitos éticos cotidianos, vivenciados pelos médicos e seus pacientes, emergem como uma pressão, no sentido de viabilizar uma conciliação entre valores que têm se mostrado antagônicos: os ditados pelo conglomerado de instituições que viabilizam que a medicina contemporânea seja o que é, e os que outorgaram à medicina autoridade moral para adentrar a intimidade de cada um de nós.

Mas se as tentativas enérgicas de restringir o debate ético às questões pontuais da prática médica podem, por um lado, conduzir a uma reordenação de nossos valores morais no sentido de um "abrir mão" da moralidade sonhada, por outro elas apontam, de forma cada vez mais explícita, os limites que devemos impor ao progresso técnico, sempre que este ameace os valores que precisamos cultivar para nos sentirmos, e não apenas sermos, seres humanos.

A dificuldade que se apresenta repousa, então, em revelarmos a nós mesmos quais são, e de onde emanam, os valores fundadores desta moralidade desejada. À medicina não basta mais reconhecer a emergência deste ou daquele conflito ético no âmbito de suas práticas: faz-se necessário refletir sobre "porque" os percebe enquanto tais.

III - De onde emergem nossos valores morais?

“Os problemas que surgem de se apoiar em mercados e estados são complexos, porque ambas as forças consideram o agente moral como seguidor, e não como fazedor das regras.”

(Whose Wolfe, in: Bauman, 1997, p: 209)

Se a filosofia tenta entender o que é a felicidade e porque dedicamos nossas vidas a persegui-la, a medicina tenta colocá-la de forma efetiva ao alcance dos homens. Mas as pessoas não são felizes apenas porque são saudáveis. Ao contrário, em não raras vezes, quando percebem que uma vida saudável é incompatível com o que acreditam lhes trazer felicidade, não hesitam em abrir mão da própria saúde. A saúde é meio e não fim. Ela só é valiosa na exata medida em que permite aos homens o desfrutar da felicidade desejada.

Daí que não é de todo contraditório que o estilo de vida tenha vindo a se mostrar um dos mais importantes fatores associados ao processo gerador de doenças. Tal implicou no reconhecimento de que a abordagem satisfatória dos problemas sanitários impõe, como necessárias, medidas que em muito transcendem os limites da prescrição medicamentosa ou da utilização de tecnologias médicas sofisticadas. Se a doença decorre, ainda que dentre outros fatores, também das condições de vida a que o homem está sujeito, sua abordagem completa exigirá sempre, e de maneira incondicional, que assumamos uma posição de reflexão acerca do nosso estar no mundo e das perspectivas que ele oferece para o desfrute da saúde e, com ela, de uma promessa de felicidade.

Certamente não estamos dizendo que a medicina poderá, algum dia, apontar objetivamente o caminho direto para uma vida feliz. O que queremos dizer é que ela não pode abrir mão da necessária parceria que os homens exigem neste sentido. Que ela tem que levar em conta que estes têm, além de órgãos e tecidos, sonhos e desejos. E que estes, tanto quanto aqueles, compõem um todo até hoje inseparável pelas mãos humanas, que exige um posicionamento crítico frente a tudo e a todos que tentam desprover nosso estar no mundo dos valores subjetivos que nos atribuem o caráter de seres conscientes de si próprios e dos que nos cercam.

Desde seus primórdios, a filosofia tem-nos apresentado as mais variadas proposições, no sentido de oferecer fundamentações que expliquem porque os homens buscam atribuir conteúdo moral às ações que executam. No entanto, a despeito das várias proposições oferecidas exprimirem uma natureza humana bastante homogênea através dos tempos, elas são, em si mesmas, também uma expressão das formas de organização social que o homem pode criar, a partir do momento em que se identificou como um ser provido de razão.

Apesar de elaboradas em contextos históricos e temporais diversos, as teorias acerca da moral contemplam similaridades em relação a variados elementos propostos como naturalmente relacionados ao comportamento moral. Assim, a “disposição natural” de Aristóteles, as “afecções” de Espinosa, a “vontade” de Shopenhauer e a “piedade” de Rousseau expressam-se como elementos humanos naturais que atuariam no sentido de aproximar ou distanciar a ação humana dos valores referentes à moralidade. No entanto, se convergem no tocante à presença de um elemento natural; suas proposições apresentam divergências acentuadas no que diz respeito ao papel possível da razão, enquanto instrumento viabilizador do comportamento moral.

Assim, se Aristóteles toma a razão como aperfeiçoadora das disposições humanas, possibilitando-lhes a emergência de ações morais, Espinosa nega esta possibilidade ao afirmar que a razão não pode mudar as afecções humanas e, sim, no máximo, revelá-las. Mas, para Rousseau, esta mesma razão nos teria tornado monstros se não tivéssemos a piedade como guia moral de nossos atos. Já Shopenhauer atribuía à compaixão a potencialidade de conferir valor moral aos atos humanos. O empirismo se expressaria nas considerações que David Hume elabora sobre a moralidade, a qual estaria fundada nos costumes que os homens tomaram como moralmente válidos ou não. Sob esta última perspectiva, a ação moral emergiria da vida social, e não da natureza humana; de forma que, através do uso da razão, analisaríamos as conseqüências das ações humanas para, a partir daí, validá-las como morais ou não. Mas esta razão, que se apresentaria absolutamente soberana em Kant, é tomada por Hume como inevitavelmente sujeita às paixões humanas, de forma que a experiência fundadora da moral seria

aquela partilhada por todos os homens em suas observações acerca da natureza, e não a individualmente experimentada.

O caráter inevitavelmente social da moralidade expressou-se, ainda que de maneiras diferentes, em todas as teorias que até hoje formulamos na tentativa de desvendá-la enquanto diretriz potencial para a ação humana. Assim, ao tomar a liberdade como um bem inalienável ao homem e, neste sentido, estabelecer os limites a que devia ser submetido o corpo político no tocante à liberdade individual de seus membros, Mill consolida a perspectiva de uma moralidade fundada prioritariamente nos valores socialmente partilhados, e não mais apenas na natureza humana. A ética utilitarista reafirma uma tendência de impregnação sociológica das abordagens filosóficas da moralidade, no sentido de perceber os valores morais como elementos que emergem mais da vida social do que da humanidade do homem só.

A tomada da moral como um instrumento humano criado com vistas à amenização dos conflitos emergentes na vida social constituiu-se no núcleo central das formulações elaboradas por Nietzsche. Sob esta perspectiva, a moralidade encontraria suas raízes e fundamentações nos valores que cada sociedade julgou fundamentais à preservação das relações sociais sobre as quais se alicerçava. O problema emergente nesta leitura da moralidade é que, a despeito dela não negar o caráter universal da moral, ela nega qualquer perspectiva de universalidade aos valores tidos como próprios da moralidade. Daí decorre que cada sociedade pôde ser moral a seu modo, isto é, cultuando valores distintos umas das outras. Se Nietzsche aceita que a moralidade tenha se apresentado como um elemento viabilizador da vida social, ele nega ao homem a perspectiva de uma moralidade naturalmente dada.

No entanto, tal perspectiva não implica na negação absoluta de uma natureza humana universal, apenas a revela como deficiente nos atributos morais, individuais e inatos, que são identificados como próprios da moralidade humanamente idealizada. Assim, se existe uma natureza humana universal, esta diria respeito à necessidade de partilhar valores conquanto estes pudessem ter se apresentado diferentes, de acordo com os lugares do tempo e da história que os

tomaram como válidos. O homem de Nietzsche não é moral pela sua natureza, mas pelos valores morais que proferiu válidos, no sentido de legitimar ações que percebia como imprescindíveis a determinadas formas de convívio social.

Ao afirmar que o julgamento moral exige que os sujeitos envolvidos na ação compartilhem coisas e os significados destas coisas, de forma a poderem compreender os valores que se expressaram mediante a ação em julgamento, Habermas (Habermas, 1989) nega a possibilidade de valores morais universais e, neste sentido, caminha em direção à moralidade proposta por Nietzsche. Ao tomar a validade das normatizações éticas como dependentes de entendimentos e validações comuns aos sujeitos envolvidos, Habermas procede à distinção entre "agir comunicativo" e "agir estratégico": *"na medida em que os atores estão exclusivamente orientados para o sucesso, isto é, para as conseqüências do seu agir, eles tentam alcançar os objetivos de sua ação influenciando externamente, por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções, sobre a definição da situação ou sobre as decisões ou motivos de seus adversários. A coordenação das ações de sujeitos que se relacionam dessa maneira, isto é, estrategicamente, depende da maneira como se entrosam os cálculos de ganho egocêntricos. O grau de cooperação e estabilidade resulta então das faixas de interesses dos participantes. Ao contrário, falo em agir comunicativo quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as conseqüências esperadas. ... O modelo estratégico da ação pode se satisfazer com a descrição de estruturas do agir imediatamente orientado para o sucesso, ao passo que o modelo do agir orientado para o entendimento mútuo tem que especificar condições para um acordo alcançado comunicativamente sob as quais Alter pode anexar suas ações às do Ego."* (Habermas, 1989, p: 164-165).

Para Habermas, enquanto expressões de um consenso, as regras para a ação ética contemplam elementos pragmáticos, *"pois, quando o modo de agir carente de fundamentação é de natureza coletiva, os membros do coletivo têm que chegar a uma decisão comum. Eles têm que tentar convencer-se mutuamente de que é de interesse de cada um que todos ajam assim. Em semelhante*

processo, cada um indica ao outro as razões por que ele pode querer que um modo de agir seja tornado socialmente obrigatório. Cada pessoa concernida tem que poder convencer-se de que a norma proposta é, nas circunstâncias dadas, 'igualmente boa' para todos. E é a semelhante processo que chamamos justamente de Discurso prático." (Habermas, 1989, p: 91).

No entanto, a perspectiva de emergência de uma pluralidade de regras morais, ou da coexistência, como afirma Nietzsche, da moral dos escravos com a moral dos senhores, é contemplada por Habermas, quando este esclarece que, mediante o agir comunicativo, *"a forma de argumentação deve evitar que alguns simplesmente sugiram ou mesmo prescrevam aos outros o que é bom para eles. Ela deve possibilitar, não a imparcialidade do juízo, mas a ininfluenciabilidade ou a autonomia."* (Habermas, 1989, p:92).

Mas, quando tratamos da ética na medicina defrontamo-nos com valores cuja natureza não é percebida de maneira uniforme pelos homens, nem contempla um único elemento explicativo para sua legitimação social. Faz-se, então, importante apresentarmos, ainda que de forma sucinta, as várias possibilidades de interpretação da ética, sobre as quais este trabalho baseou-se, no sentido de captar sua emergência através dos textos analisados.

As análises aqui elaboradas fundam-se no reconhecimento de que a reflexão filosófica se apresenta como o principal exercício humano potencialmente capaz de produzir o aperfeiçoamento moral imprescindível à utilização justa e equânime do progresso técnico. Assim, longe de se constituir em uma prerrogativa dos filósofos, ela se faz necessária em todos os campos ou níveis da atividade humana e, em particular, naqueles que, como a medicina, têm na melhoria da vida humana o fim último de suas práticas.

A tentativa de encontrar os fundamentos da moralidade tem sido uma preocupação constante dos homens, desde que estes perceberam que os valores que a fundam estabelecem, em primeira e última instância, as regras aceitas como válidas para o convívio social. Assim, a despeito das inúmeras transformações pelas quais vem passando a sociedade ocidental, temos insistido em pautá-la sobre valores morais estáveis, como se estes pudessem confirmar a imutabilidade

de nossa natureza frente a um mundo onde a rapidez das mudanças torna tudo tão efêmero.

A emergência de conflitos éticos, em qualquer esfera da vida social, coloca-se como um alerta potencial de um sentimento de descompasso entre as ações que executamos e as que julgamos dever executar como seres morais, no sentido de preservarmos a imutabilidade de nossa natureza humana. As distintas sociedades que criamos, ao longo de nossa história, implicaram no culto de valores morais cujas naturezas nem sempre percebíamos semelhantes. Mas, a despeito de privilegiarem o culto de um dado conjunto de valores morais em detrimento de outros quaisquer, todas as sociedades humanas, em qualquer lugar do tempo ou da história e que nos foi possível conhecer, cultuou valores de natureza moral e sobre eles pautou sua vida social.

Assim, se almejamos alcançar o progresso também no âmbito da moral, faz-se necessário tomarmos as várias teorias acerca da moralidade, não como excludentes entre si, mas como complementares umas às outras. Se conseguimos preservar a natureza humana durante todos os anos de nossa história, certamente cada enfoque da moralidade contemplou o olhar dos homens para ações humanas que foram possíveis, ainda que os costumes de hoje tenham-nas proscrito.

III.1 - A razão aperfeiçoadora do homem moral

Os primeiros escritos neste sentido foram-nos legados pelo olhar que os antigos gregos lançaram ao que julgavam constituir a base e os fundamentos da moralidade humana.

A razão de ser do homem no mundo constituiu-se no ponto de partida das considerações que Aristóteles elaborou sobre a moral, onde a *“felicidade, mais que qualquer outro bem, é tida como um bem supremo”*, uma vez que *“a escolhemos sempre por si mesma, e nunca por causa de algo mais ...”* (Aristóteles, 1992, p: 23). Para ele, a moralidade se expressaria através dos meios de que os homens se servem para atingir o bem supremo ou o fim último, os quais corresponderiam, a seu ver, na felicidade. Mas não julgava que a felicidade se constituísse numa disposição ou em algo próprio de cada homem, pois, se assim fosse, ela *“poderia ser possuída por alguém que permanecesse adormecido durante toda a sua vida, vegetando em vez de viver, ou igualmente por alguém que sofresse os maiores infortúnios”* (Aristóteles, 1992, p: 200). Assim, a felicidade era percebida por Aristóteles como um sentimento auto-suficiente, dado que, sendo um bem supremo, a ela nada faltava. A felicidade não estaria no entretenimento em si, pois julgava de difícil entendimento que o homem *“devesse se esforçar e enfrentar dificuldades durante toda a vida com a finalidade de divertir-se”* (Aristóteles, 1992, p: 201).

Deste modo, a vida perfeitamente feliz era a vida em conformidade com a excelência, mas não meramente em conformidade com a excelência moral, mas sim em conformidade com *“a mais alta de todas as formas de excelência”*, isto é, a vida contemplativa propiciada ao homem pela razão; daí adviria sua auto-suficiência, pois *“nada decorre dela além da própria atividade de contemplar, enquanto com as atividades de ordem prática obtemos algumas vantagens, maiores ou menores, além da própria ação”* (Aristóteles, 1992, p: 201-2).

No entanto, ele reconhecia que o homem necessitava de algo além da mera vida contemplativa e que esta devia se constituir em um privilégio dos deuses, uma vez que estes, por sua condição, deviam superar os mortais em bem-

aventurança. Daí a felicidade perfeita não ser condição humana e, sim, apenas divina, pois ao homem se fazia imperativa a ação, uma vez que necessita também de um “*bem-estar exterior*”. E quanto mais a ação humana estivesse em harmonia com a vida contemplativa, mais próxima estaria da realidade divina e, em função disto, também da felicidade perfeita.

Assim, toda ação humana visaria a obtenção de algum bem, o qual não se apresentaria, no entanto, igual para todos: para a medicina, este bem seria a saúde, para a arquitetura, seria a casa, e assim por diante. A ação humana buscaria a felicidade como uma atividade da alma em conformidade com a excelência perfeita, distinguindo-se, no entanto, duas formas de excelência, a intelectual e a moral; onde a sabedoria, a inteligência e o discernimento seriam formas daquela; e a liberalidade, a moderação, a coragem, a magnificência, a magnanimidade, a amabilidade, a sinceridade e a vergonha seriam formas desta. Esclarece, por outro lado, que a excelência intelectual adviria da instrução e poderia ser ensinada, enquanto a excelência moral derivaria dos hábitos e costumes e, assim como as artes, somente poderia ser adquirida quando praticada. A excelência moral, não sendo emoção nem faculdade, mas, sim, uma disposição da alma relacionada com a escolha de ações e emoções, demandaria, no entanto, estar “*consistente num meio termo determinado pela razão*” (Aristóteles, 1992, p: 42).

Esta excelência moral contemplaria dois tipos, a excelência moral natural e a excelência moral em sentido estrito, a qual pressupunha discernimento, de modo que “*se uma pessoa de boa disposição natural dispõe de inteligência passa a ter excelência em termos de conduta, e a disposição que antes tinha apenas a aparência de excelência moral passa a ser excelência moral no sentido estrito*” (Aristóteles, 1992, p: 126).

A razão se apresentava como o instrumento através do qual a excelência moral se aperfeiçoaria, permitindo ao homem proceder às suas escolhas em conformidade com a disposição de sua alma. Neste sentido, a excelência moral emergiria da ação que se apoiasse num meio termo determinado pela razão, sendo que, no entanto, Aristóteles reconhecia que “*ser bom não é um intento fácil,*

pois em tudo não é um intento fácil determinar o meio...”, pois a razão nem sempre pode nos indicar facilmente “até onde e em que medida uma pessoa pode desviar-se antes de tornar-se censurável (de fato, nada que é percebido pelos sentidos é fácil de definir); tais coisas dependem de circunstâncias específicas, e a decisão depende da percepção” (Aristóteles, 1992, p: 46-7).

Segundo a ética aristotélica, somente os atos humanos realizados mediante escolhas voluntárias e conscientes seriam passíveis de julgamento moral. A ação humana se daria em função das escolhas e não da liberdade, uma vez que, para Aristóteles, os homens optavam por isto em relação àquilo, mas não podiam escolher qualquer ação; eles não eram livres para fazer o que quisessem, pois estavam sempre submetidos, mesmo no âmbito da vida privada, aos interesses da pólis.

Para os antigos gregos, o sentido mais próximo do que hoje entendemos por liberdade advinha das idéias associadas à palavra *eleuteria* - substantivo derivado de *eleuteros*, o qual vem de *leute-eros*, que significa “aquele que pertence a um povo”. Seu sentido remetia aos que pertenciam à pólis – os cidadãos - os quais, por não se submeterem a nenhum senhor, eram considerados livres. Mas a liberdade neste sentido não era propriamente independência, mas, sim, um ‘permanecer firme’ junto àquilo que é melhor; não era a liberdade como livre-arbítrio, mas como uma responsabilidade de cada um para com o que era de todos, isto é, a pólis. Donde se apreende que o que podia ser tido como melhor para cada um adviria obrigatoriamente das opções possíveis frente ao que se apresentava como o melhor para a pólis.

Assim, Benjamin Constant (Constant, 1980) esclarece que os antigos identificavam a liberdade com a partilha do poder social entre todos os cidadãos de uma mesma pátria, enquanto os modernos, buscando a segurança dos privilégios privados, chamam de liberdade as garantias concedidas pelas instituições a esses privilégios. Para os antigos, tudo “*devia ceder frente à vontade coletiva*” e “*todas as restrições aos direitos individuais seriam largamente compensadas pela participação no poder social*”(Constant, 1980, p: 18), enquanto para os modernos apresenta-se o perigo de que, “*absorvidos pelo gozo da*

independência privada e na busca de interesses particulares, renunciemos demasiado facilmente a nosso direito de participar do poder político" (Constant, 1980, p: 23). No entanto, alerta Constant, longe de renunciar a qualquer destas liberdades, *"é preciso aprender a combiná-las"* (Constant, 1980, p: 25).

Assim entendida a liberdade, fazia-se procedente o julgamento moral aplicar-se até mesmo aos escravos, apesar destes não serem livres: sua escravidão não os privava de procederem às escolhas quando estas se apresentassem - eles tinham sua própria vontade, sua razão e sua disposição da alma. A liberdade, como hoje a entendemos, não era, portanto, pressuposto para o julgamento moral, pois este se aplicava às ações executadas por deliberação da vontade e entendia como voluntária *"qualquer ação cuja prática depende do agente e que é praticada conscientemente, ou seja, sem que o agente ignore quem é a pessoa afetada por sua ação, qual é o instrumento usado e qual é o fim a ser atingido"* (Aristóteles, 1992, p: 104). Os escravos podiam deliberar, porque *"ninguém delibera acerca das coisas inviáveis, nem acerca de ações que não podem ser praticadas"* (Aristóteles, 1992, p: 116), assim como também não se pode deliberar sobre *"coisas que são como são por necessidade"* (Aristóteles, 1992, p: 117).

Aristóteles diferenciava a justiça de um ato de seu componente moral, pois acreditava que os homens podem agir conscientemente, porém sem deliberação (vontade), caso em que se configuraria a injustiça, porém não a deficiência moral. Tal ocorreria, por exemplo, *"nos atos devidos à cólera ou a outras emoções incontroláveis ou naturais na criatura humana"* (Aristóteles, 1992, p: 105), pois nestes casos quem iniciou a ação não foi a pessoa que agiu sob o impulso da cólera, mas sim a que encolerizou o agente. Para ele, o justo referia-se à proporcionalidade (proporção aqui tida não como mera propriedade das quantidades aritméticas, mas da quantidade geral) dos atos, em uma dimensão que podemos identificar como de abrangência pública ou coletiva, e teria um caráter diferente do que denomina *"justiça corretiva"*, a qual violaria tais relações de proporcionalidade, restringindo-as ao seu componente aritmético. Identifica esta última como a justiça nas relações privadas, onde se apresenta irrelevante se

uma pessoa boa lesa uma pessoa má ou se é uma pessoa boa ou má a que comete o adultério, pois tratando as pessoas como iguais, comete uma espécie de injustiça.

A excelência moral não é, então, nem emoção nem faculdade, como já explicamos, mas tampouco arte ou ciência - não é ciência porque *"aquilo que se refere às ações admite variações"* (Aristóteles, 1992, p: 117), nem arte, porque esta se relaciona *"com a criação, e não com a ação"* (Aristóteles, 1992, p: 116) – mas, sim, uma disposição da alma relacionada ao prazer e ao sofrimento. Aristóteles julgava que é devido ao prazer que praticamos más ações e é para evitar o sofrimento que deixamos de executar ações nobilitantes. Acreditava também que uma dada disposição da alma não poderia implicar em ações que fossem contrárias à sua natureza, isto é, uma disposição para o bem não poderia implicar, também e ao mesmo tempo, em uma disposição para o mal.

Se nossa disposição moral não pode ser aprendida ou ensinada, se ela nos é dada pela natureza e somente podemos exercitá-la quando a temos, poderá a razão conduzir um homem a agir em contrariedade à disposição de sua alma? Aristóteles não trata desta questão de forma objetiva, mas reconhece o poder de coação que as leis exerciam sobre os homens, impelindo-os a agir em contrariedade à disposição de sua alma; ocorrência que não considerava, no entanto, suficiente para conferir aos homens excelência moral. Acreditava que *"as pessoas, em sua maioria, não obedecem naturalmente ao sentimento de honra, mas somente ao de temor, e não se abstêm da prática de más ações por causa da baixaza destas, mas por temer a punição; vivendo segundo os ditames das emoções elas buscam seus próprios prazeres e os meios para chegar a eles, e evitam os sofrimentos contrários, e não têm sequer uma noção do que é nobilitante e verdadeiramente agradável, já que elas nunca experimentaram tais coisas"* (Aristóteles, 1992, p: 201).

Descreve a excelência moral como fruto do discernimento, mas esclarece que este tanto pode se apresentar como *"uma qualidade racional que leva às verdades no tocante às ações relacionadas com os bens humanos"* (Aristóteles, 1992, p: 117), quanto como *"uma disposição da alma relacionada com o que é*

justo, nobilitante e bom para as pessoas” (Aristóteles, 1992, p: 124). A moral precisa do discernimento, mas não daquele de que se serve o conhecimento científico em seus julgamentos acerca de “*coisas universais e necessárias*” (Aristóteles, 1992, p: 117) apreendidas como primeiros princípios pela inteligência, pois este discernimento não se refere às “*coisas que existem para sempre e são imutáveis*”, mas às “*coisas sobre as quais podemos ter dúvidas e podemos deliberar*” (Aristóteles, 1992, p: 122).

Julgava que as escolhas humanas podiam ser caracterizadas por sua bondade ou maldade, mas as opiniões humanas não se distinguem por estes atributos, mas, sim, por sua verdade ou falsidade e, deste modo, as opiniões e ações humanas não tinham a mesma natureza; eram conceitos que se serviam de grandezas diferentes em seus julgamentos. Disto decorre que o caráter de um homem só é passível de apreensão através de seus atos, e jamais de seu discurso.

Assim, mesmo o homem com disposição da alma em consonância com a excelência moral, isto é, aquele naturalmente bom, teria que submeter suas emoções à razão para que seu caráter pudesse aflorar aos olhos humanos; mas este mesmo homem, ao proceder de forma contrária e deixar-se guiar pelas emoções, impediria sua disposição da alma de aperfeiçoar-se e atingir a excelência moral que a natureza de seu ser lhe permitiria alcançar.

Aristóteles acreditava que a vida em consonância com a excelência moral era para poucos, pois os homens que não tinham a disposição da alma necessária para uma vida de acordo com a moral e, por mais uso que fizessem da razão ao deliberarem sobre seus atos, não alcançariam a moralidade pela própria natureza de seu ser se contrapor a ela. E o homem que tivesse tal disposição, ao não exercitá-la e deixar subjugar sua razão pelas emoções, impediria sua disposição da alma de aperfeiçoar-se e atingir a excelência moral. Julgava serem os filósofos os homens que mais se aproximavam desta vida em consonância com a perfeita excelência moral, pois, ao dedicarem-se prioritariamente à vida contemplativa, aproximavam-se das atividades divinas e de sua perfeição moral. O homem

comum, aquele que dedicava sua vida à ação, não conseguia desenvolver facilmente uma vida em consonância com a moral.

III.2 - A razão reveladora do homem moral

Se para os gregos a excelência moral, e com ela a felicidade, eram bens que podiam ser usufruídos durante a vida pelo uso da razão, a ética cristã prometeu o mesmo pela submissão aos dogmas religiosos e, neste sentido, propôs a subjugação da razão pela fé em Deus.

Ao postular que os homens nada mais necessitavam saber além do que havia sido registrado nas Sagradas Escrituras, o cristianismo em nada contribuiu para que os homens ampliassem seus conhecimentos sobre a natureza ou sobre seus semelhantes. E decerto que numa época onde o certo e o errado emanavam única e exclusivamente dos dogmas religiosos e onde as leis divinas eram tidas como inquestionáveis, propor uma fundamentação da ética a partir de argumentos fornecidos pela razão constituir-se-ia num feito notável.

Tomando Deus e a Natureza como uma única e mesma coisa, Espinosa explica a emergência dos valores éticos sob um prisma que se afasta dos dogmas religiosos, para tomá-los como uma expressão da razão e das aptidões humanas.

Para ele, não há causas finais a serem indagadas e todas as causas finais seriam mera ficção do espírito humano, pois tudo, obedecendo às leis da Natureza, se originaria em Deus e em sua perfeição. Assim, seria um contrasenso que o que já fosse perfeito pudesse necessitar de algo mais. Buscar as causas finais jogaria por terra a perfeição de um Deus que ele tomava como a própria Natureza manifestando-se e desenvolvendo-se em si mesma. A causa das coisas não estaria nelas e, sim, fora delas, ela adviria das leis da divina Natureza, as quais o homem poderia tentar conhecer para entender como e porque as coisas acontecem de um dado modo e não de outro.

Neste contexto, a existência humana seria apenas um modo particular de manifestação da Natureza, de forma que o homem não existiria fora dela e por si mesmo, assim como não poderia contrariar as leis universais que regiam tudo que

constituía a Natureza, de modo a preservar-lhe a perfeição. Para Espinosa, tudo que existia na Natureza devia esforçar-se por preservar o seu ser e, desta maneira, manter a Natureza em sua perfeição. Nesta perspectiva, as coisas são como são e não podem ser mudadas, pois obedecem à Natureza e não aos desejos humanos que pretendem determinar a si mesmos ou às coisas que lhes são exteriores. Assim, esclarecia Espinosa, *“nós padecemos na medida em que somos uma parte da Natureza, que não pode conceber-se por si mesma e sem as outras”* (Espinosa, 1992, p: 362).

Julgava que a liberdade que os homens pensam possuir se constituía também em mera ficção, dado que estes pensam que são livres porque têm consciência de suas vontades, de seus desejos, mas não lhes ocorre perguntar porque desejam isto e não aquilo, desconhecendo as causas que os conduzem a desejar uma coisa em relação à outra. O homem não teria uma vontade livre, uma vez que a vontade humana seria apenas um modo de pensar, determinado a querer devido a uma outra causa que assim se estabelecia com vistas a preservar a perfeição da Natureza.

A vontade, para Espinosa, não se expressa no desejo através do qual queremos algumas coisas ou evitamos outras, mas, sim, na faculdade de negar o que é falso e afirmar o que é verdadeiro, acerca de cada uma das coisas da Natureza. Neste sentido, para afirmarmos ou negarmos as coisas da Natureza precisaríamos antes conhecê-las e, neste sentido, vontade e inteligência seriam uma única e mesma coisa. Ambas envolveriam conhecimentos que se originariam nas idéias adequadas - ou inadequadas - que formulamos acerca do que as coisas são; e que elas somente se distinguiriam uma da outra pelo fato de ser a vontade infinita e a inteligência finita.

Afirma que o desejo nada mais seria do que o apetite de que se tem consciência e, por isso, *“não queremos, não apetecemos nem desejamos qualquer coisa porque a consideramos boa; mas, ao contrário, julgamos que uma coisa é boa porque tendemos para ela, porque a queremos, a apetecemos e desejamos”* (Espinosa, 1992, p: 278). Assim, as coisas que tomamos como nossos julgamentos acerca do que é bom ou mau para nós seriam determinadas, antes

de tudo, pela natureza de nossos apetites; de forma que se estes tendessem para o bem, nos inclinaríamos a ele; mas, se, ao contrário, nossa natureza estivesse voltada para o mal, executaríamos ações vis acreditando que estas seriam melhores para nós (elas nos pareceriam boas porque tendemos para elas, e não porque assim se apresentassem para todos os homens).

Neste contexto, a falsidade não consistiria em algo positivo, mas, sim, numa privação do conhecimento ou na posse de conhecimentos que envolveriam idéias inadequadas, isto é, idéias mutiladas e confusas. Já a verdade adviria de toda idéia que fosse em nós absoluta, isto é, adequada e perfeita. Para Espinosa, idéias falsas eram as que não envolviam a certeza, mas esta, por outro lado, não era mera ausência de dúvida, pois julgava que tal não se apresentava como condição suficiente para conferir veracidade às idéias. Assim, a ausência de dúvida relacionar-se-ia ao fato de que alguns homens encontravam repouso em idéias falsas, não percebendo quaisquer motivos para delas duvidar, enquanto a certeza envolveria algo de positivo e não meramente a ausência de dúvidas. Donde se apreende que, para Espinosa, o *“erro nada mais é do que uma privação do conhecimento”* (Espinosa, 1992, p: 238).

Espinosa distinguia as idéias, tidas como conceitos da Alma, das imagens que fazemos das coisas. Acreditava que os homens confundiam três coisas que considerava distintas: as imagens, as palavras e as idéias. As idéias envolveriam sempre uma afirmação ou negação, e se distinguiriam das imagens, as quais seriam *“afecções do Corpo humano cujas idéias nos representam os corpos exteriores como presentes, embora elas não reproduzam a configuração exacta das coisas ... e quando a alma contempla os corpos por esse processo, dizemos que ela imagina”* (Espinosa, 1992, p: 223).

Alma e Corpo seriam uma só coisa que se expressaria ora como matéria (extensão), ora como pensamento. Assim, a Alma humana estaria apta a perceber coisas sobre o seu corpo e sobre os corpos que lhe são exteriores, mas as idéias que ela teria acerca destes corpos e coisas seriam simplesmente o que imagina que elas são, e não uma *“reprodução exacta”* (Espinosa, 1992, p: 223) das coisas tais como estas seriam determinadas a ser pela Natureza. Assim, o homem

percebe os corpos que lhe são exteriores não como “*existentes em ato*” (Espinosa, 1992, p: 231), mas sim como frutos de seus sentidos e de sua percepção: *tais corpos são o que ele imagina que sejam*.

Mas como existem coisas que são comuns a todos os corpos e existem igualmente nas partes ou no todo de quaisquer corpos, estas só podem ser percebidas adequadamente, e “*daí se segue que existem certas idéias ou noções comuns a todos os homens*” (Espinosa, 1992, p: 240). Assim, quanto mais propriedades comuns os corpos apresentarem entre si, mais apta se encontraria a Alma a percebê-los através de idéias adequadas; e, neste sentido, diríamos que foi a partir de causas semelhantes que extraímos as noções que chamamos de universais, como as que se referem a um cavalo, ao homem, ao cão ou a outros elementos comumente observados na Natureza.

Assim, as noções universais que os homens elaboram fundamentar-se-iam nas percepções que estes têm acerca das coisas e dos corpos e do conhecimento que possuem sobre eles. O conhecimento, no entanto, não seria de uma só natureza, distinguindo-se em quatro tipos. Os *conhecimentos pela experiência vaga*, onde as coisas singulares se apresentam mutiladas e confusas aos sentidos e sem ordem à inteligência. Os *conhecimentos do primeiro gênero, opinião ou imaginação*, os quais emergem da percepção que nossa memória preservou, isto é, das coisas tais como as recordamos, e não obrigatoriamente tais como elas eram ou como as percebemos quando elas se nos apresentaram diretamente aos sentidos. Os *conhecimentos de segundo gênero ou razão*, os quais advêm do fato de termos noções comuns e idéias adequadas acerca das propriedades das coisas. E, finalmente, o quarto tipo de conhecimento, denominado de *terceiro gênero ou ciência intuitiva*, o qual emerge do fato de termos a capacidade de procedermos a inferências acerca de ocorrências futuras, a partir não das coisas em si, mas das relações que elas estabelecem entre si. E disto decorre que apenas os conhecimentos do segundo e terceiro gêneros nos permitem discernir o que é verdadeiro e o que é falso.

No entanto, para Espinosa, a razão e as paixões - aqui tidas como afecções - seriam coisas distintas, porém não contrárias, julgando tola a contraposição que

muitos filósofos estabeleciam entre razão e afecção. Para ele, haveria uma inexorabilidade no ser de cada homem contra a qual a razão nada podia, pois a razão nada podia contra as leis da Natureza. Acreditava ser da natureza da razão considerar as coisas como necessárias e não como ocorridas ao acaso, assim como percebê-las sob um certo aspecto de eternidade. Neste sentido, a razão não podia controlar as afecções, mas apenas dar a conhecer aos homens, fazer aflorar à sua consciência, as afecções que lhes seriam próprias e pelas quais padeceriam ou seriam felizes. Afirmava que a razão nos havia sido concedida para conhecermos e não para sermos ou não sermos, isto é, a Natureza nos outorgara o uso da razão para dar-se a conhecer, e não para que nós a transformássemos de acordo com nossas aptidões.

Ao homem não seria dado determinar o destino, mas sim conhecê-lo, de forma a descobrir o que prescrevem as leis da Natureza, as quais ensinariam a *"não odiar, a não desprezar ninguém, a não pôr ninguém a ridículo, a não ter cólera nem inveja contra ninguém, enquanto ensina ainda que cada um se contente com o que tem, e seja benevolente para com o próximo, não por pieguice de mulher, por parcialidade, nem por superstição, mas apenas sob a conduta da razão, isto é, conforme o que o tempo e as circunstâncias exigem ... Finalmente, esta doutrina oferece grandes vantagens para a constituição do Estado, enquanto ensina de que maneira devem ser governados e conduzidos os cidadãos, de maneira que não sejam escravos, mas realizem livremente as melhores acções"* (Espinosa, 1992, p: 261). E aqueles que buscassem com a virtude de suas ações obter o reconhecimento e as recompensas divinas, afastar-se-iam da verdadeira Natureza, a qual nada buscava, pois já tinha tudo em sua perfeição.

Assim, a ação ética para Espinosa se fundaria no conhecimento e nas idéias que temos acerca da adequação das coisas em relação às nossas afecções naturais. Julgava que todas as afecções (paixões) humanas se originariam das idéias que temos acerca de duas afecções primordiais: a *alegria* e a *tristeza*. Aquela seria a paixão pela qual a Alma passaria a uma perfeição maior e esta o seu contrário, isto é, a paixão pela qual a Alma passaria a uma perfeição menor. A partir da alegria e da tristeza poderíamos estabelecer todas as outras paixões

humanas, de forma que o *amor* seria a alegria acompanhada da idéia de uma causa exterior, enquanto o *ódio* seria seu oposto, isto é, a tristeza acompanhada da idéia de uma causa exterior. Já a *esperança* seria a alegria instável, nascida da imagem de uma coisa futura ou passada, de cujo resultado duvidaríamos; e o *medo* seu oposto, isto é, a tristeza instável, nascida da imagem de uma coisa duvidosa. E assim estabelece, a partir das concepções atribuídas como relacionadas à alegria ou à tristeza, o que viria a ser o *orgulho*, a *comiseração*, a *benevolência*, e assim por diante.

Deste modo, todos os nossos sentimentos emergiriam das lembranças ou imagens de alegria ou de tristeza a que as coisas, atos ou pessoas nos remeteriam quando conosco interagissem ou à nossa presença se apresentassem. Espinosa foi um crítico veemente da assertiva cartesiana que conferia à razão humana um poder absoluto sobre suas afecções, julgando que os filósofos preferiam “*detestar ou ridicularizar as afecções e as acções dos homens a conhecê-las*” (Espinosa, 1992, p: 264). Para ele, as paixões humanas, fossem boas ou ruins, adviriam todas de uma mesma e única necessidade e força: a Natureza. E como julgava que contra as leis da Natureza o homem nada podia, tomava a razão só e na medida em que esta conduzi-se o homem a conhecer suas próprias aptidões e afecções, e não a refreá-las. À impotência em governar e refrear suas afecções, Espinosa denominou “*servidão humana*”, afirmando que o “*homem submetido às afecções não é senhor de si, mas depende da fortuna, sob cujo poder ele está, de tal modo que é muitas vezes forçado a seguir o pior, vendo muito embora o que é melhor para si*” (Espinosa, 1992, p: 355).

Assim, somente a razão conduziria o homem a conhecer suas verdadeiras aptidões, de modo a agir em consonância com a Natureza, dado que aquele que não conhece sua verdadeira aptidão submete-se a aptidões que não são as suas, tornando-se delas escravo. A partir do exposto, afirmava que os homens cometiam um equívoco ao formarem “*idéias universais tanto das coisas naturais como das artificiais, idéias essas que eles têm como modelos das coisas e crêem que a Natureza (que, a seu ver, nada faz que não seja em vista de um fim determinado) as considera e as propõe a si mesma como modelos. Quando,*

portanto, vêem produzir-se alguma coisa, na Natureza, que esteja menos de acordo com a concepção-modelo que eles têm de tal coisa, crêem então que a própria Natureza falhou ou pecou, e que deixou imperfeita essa coisa. Vemos, assim, que os homens ganharam o hábito de chamar às coisas naturais perfeitas ou imperfeitas, mais por preconceito que por verdadeiro conhecimento das mesmas” (Espinosa, 1992, p: 356).

A causa que os homens chamavam final nada mais seria, então, do que o próprio apetite humano “*considerado como princípio ou causa primeira de uma coisa qualquer*” (Espinosa, 1992, p: 356). Assim, o bem e o mal, o perfeito e o imperfeito não indicariam nada de positivo nas coisas consideradas em si mesmas, nada mais sendo do que modos de pensar ou razões que formamos ao compararmos as coisas umas com as outras. Deste modo, a perfeição se constituiria no entendimento exato da realidade das coisas: perfeitas seriam as coisas tais como eram, como as tinha criado a Natureza, e não como nós as percebíamos.

O que percebêssemos como um *bem* se referiria a tudo aquilo que sabíamos com certeza ser-nos útil e, como um *mal*, tudo aquilo que sabíamos com certeza impedir-nos de nos tornarmos senhores de um bem qualquer. Assim, o mal ou o bem somente o seriam em referência a alguma outra coisa, não tendo existência própria. Já a virtude seria referida ao homem e constituir-se-ia na própria essência da natureza humana, tendo, portanto, o “*poder de fazer algumas coisas que só podem ser compreendidas pelas leis da própria Natureza*” (Espinosa, 1992, p: 360), de forma que “*o esforço para se conservar é o primeiro e único fundamento da virtude*” (Espinosa, 1992, p: 379).

O homem virtuoso é, para Espinosa, aquele que se empenha em conservar-se e, como a alegria nos foi concedida pela Natureza, o homem não deve viver só, mas entre seus iguais, pois “*afora os homens, não encontramos na Natureza nenhuma coisa singular, cuja Alma nos possa dar alegria, e que nós possamos ligar a nós por amizade ou por qualquer gênero de relação social; e, por conseguinte, tudo que há na Natureza, afora os homens, a regra do útil não pede que nós o conservemos, mas ensina-nos segundo os seus usos diversos a*

conservá-lo, a destruí-lo, ou a adaptá-lo de qualquer maneira ao nosso uso" (Espinosa, 1992, p: 437).

Assim, nada seria mais útil ao homem do que o próprio homem que vive sob os ditames da razão, pois é esta que nos conduz à solidariedade e aos nobres sentimentos que podemos experimentar em relação aos nossos semelhantes. Sob os seus ditames, o homem pode perseverar no seu ser e comportar-se de acordo com sua auto-preservação sem causar danos aos seus semelhantes, pois, sem estes, o homem se verá privado dos mais nobres sentimentos que a Natureza lhe outorgou usufruir para perseverar no seu ser.

Uma vez que os homens têm "*necessidade de mútuo auxílio*" (Espinosa, 1992, p: 395) para perseverarem em seu ser, dita a razão que devem evitar serem contrários uns aos outros e viverem de modo a que suas ações não venham a resultar em danos aos seus semelhantes, e, neste sentido, devem dar uns aos outros a segurança mútua de que cada um se esforçará por perseverar não apenas no seu ser, como propiciará a que os outros também possam assim agir: e esta deve se constituir na regra comum de vida para todos os homens.

Prescreve, então, que as leis humanas devam basear-se em tal regra comum de vida, e não apoiarem-se na razão, pois esta nada pode contra as afecções humanas sob cuja escravidão muitos homens se encontram. Devem também as leis humanas fundarem-se em ameaças, uma vez que, se nem todos os homens se submetem aos ditames da razão, nada há na Natureza que "*seja bom ou mau por consenso de todos*" (Espinosa, 1992, p: 395). Assim, enquanto aos homens escravos de suas aptidões impõe-se a busca apenas de sua própria utilidade - pois a eles a razão nada diz e só a ameaça e o temor falam à consciência -; ao homem que se submete aos ditames da razão a ação virtuosa não se conduz pelo medo ou ameaça e, sim, pela necessidade de "perseverar no seu ser", uma vez que este reconhece que o perseverar de cada homem, assim como o seu próprio, precisa do auxílio mútuo de todos para com todos.

Somos, então, uma parte na Natureza que não pode conceber-se adequadamente a si mesma sem as outras. Assim, o "certo" e o "errado", ou o "mau" e o "bom" como consenso de todos só existe na vida coletiva, pois o homem

que vive só segue apenas suas afecções e estas são o que são, nem boas, nem más, nem certas, nem erradas. Deste modo, o homem livre é aquele que segue os ditames da razão, age à sua maneira e “*só faz aquilo que sabe ser-lhe primordial*”, enquanto o homem que se guia pelas afecções é servo, pois “*queira ou não queira, faz coisas das quais não compreende nada*” (Espinosa, 1992, p: 423). Daí que “*o homem que é conduzido pela razão é mais livre na Cidade, onde vive segundo as leis comuns, do que na solidão onde obedecerá só a si mesmo*” (Espinosa, 1992, p: 428).

Se a razão advém do conhecimento adequado acerca das coisas da Natureza, mas não temos um conhecimento adequado acerca de nossas próprias afecções, Espinosa propõe como necessário que concebamos uma forma correta de viver de modo a refrearmos as afecções que nos distanciam da alegria e desenvolvermos as que nos afastam da tristeza. O consenso dos homens, então, baseando-se em tais preceitos, indicaria regras comuns de vida de acordo com o conhecimento adequado, isto é, com a razão. Esta, por sua vez, conduziria os homens, que não podem se conceber uns sem os outros, a agirem de acordo com o bem comum.

III.3 - A razão destruidora do homem moral

Para Espinosa, é a razão que liberta o homem de ser escravo e só - pois na solidão nada conhece acerca do bem e do mal que não diga respeito apenas a si próprio -, para conduzi-lo à vida social onde pode ser livre e usufruir do auxílio mútuo para perseverar no seu ser. E é nesta passagem de uma “vida natural” para uma “vida social” que Rousseau identifica a origem das desigualdades que a vida civil estabelece entre os homens. Para ele, a natureza não fez todos os homens iguais, primeiramente porque envelhecem - a idade é a primeira distinção que os homens naturalmente fazem entre si -, e depois porque lhes dedicou predicados, como a força corporal e as qualidades de espírito, em quantidades diferentes, fazendo com eles o que “*as leis de Esparta fazia com os filhos de seus cidadãos*:

torna fortes e robustas as bem constituídas e elimina todas as demais” (Rousseau, 1990, p: 147).

Assim, a razão de nada servia ao homem natural, pois este, vivendo só, mesmo que a razão o conduzisse ao mais profundo conhecimento das coisas da natureza, *“que utilidade retiraria de toda esta metafísica, que não poderia ser comunicada e que pereceria com o indivíduo que a tivesse inventado? Que progresso obteria o gênero humano, esparsos nos bosques, em meio aos animais?”* (Rousseau, 1990, p: 157). Rousseau considerava o “estado natural” como o mais adequado à conservação de cada ser e o menos prejudicial à conservação de seus semelhantes, mas advertia que não nos seria possível compreendermos o homem natural com o olhar voltado para o homem em sociedade, uma vez que este estaria inevitavelmente impregnado pelo meio em que vive.

Na vida natural não ocorreu com os homens o mesmo que com os animais, pois estes só contavam com seus instintos: um gato morreria de fome ao lado de uma taça de frutos ou grãos com os quais poderia nutrir-se muito bem se tivesse a idéia de os experimentar (Rousseau, 1990, p: 153). Já os homens puderam aquiescer ou resistir aos seus instintos, ao lhes ser concedida a consciência de sua liberdade, para, através desta, ser-lhes possível usufruir da razão. Mas esta razão nada poderia sem as paixões, pois estas, ao lhes apontar o desejo, os conduzem ao conhecimento: e *“é graças à paixão que a nossa razão se aperfeiçoa ... procuramos conhecer por desejarmos desfrutar”* (Rousseau, 1990, p: 155).

A piedade - paixão primordial - permitiu aos homens não se tornarem monstros pelo uso da razão; emergindo da piedade, portanto, todas as nobres virtudes sociais, como a solidariedade, a clemência ou a amizade. Como sentimento natural, a piedade modera em cada indivíduo a atividade de seu amor-próprio, conduzindo os homens, sem o auxílio da reflexão, ao socorro dos que sofrem e concorrendo para a mútua conservação de toda a espécie humana (Rousseau, 1990, p: 168).

O homem natural de Rousseau procura mais evitar o mal que lhe possa ser infligido do que praticá-lo contra seu semelhante, e é, portanto, bom. É no convívio

social que este homem adquire noções como as de beleza, admiração e estima por seu semelhante e por si próprio e, a partir delas, desenvolve seus gostos e preferências; para o selvagem (o homem natural de Rousseau), *“qualquer mulher é boa”*, pois ele está limitado *“unicamente ao sentimento físico do amor”*, no qual se encontra ausente o contexto coletivo - onde o homem pode ser moral - que torna cada homem distinto do outro e o qualifica ao olhar de seus semelhantes (Rousseau, 1990, p: 170).

Foi a percepção de que as dificuldades impostas pela natureza podiam ser mais facilmente vencidas quando enfrentadas pelo grupo, que pelo homem só, que conduziu os homens a formularem as primeiras noções acerca dos *“compromissos mútuos e da conveniência de os cumprir”* (Rousseau, 1990, p: 178). Isto ocorreu inicialmente de forma grosseira, pois, em seus primórdios, os compromissos estabelecidos entre os homens valiam apenas durante *“o tempo exigido pelo interesse imediato e sensível, pois a previsão nada significava para eles e, longe de se ocuparem de um futuro distante, sequer cogitavam do amanhã”* (Rousseau, 1990, p: 178). Mas, nos primeiros momentos da vida social, tão valiosas deviam se apresentar as vantagens da ajuda mútua que *“todos correram a submeter-se aos grilhões, crendo que se asseguravam a liberdade, porque, ainda possuindo demasiadas razões para sentir as vantagens de uma formação política, não possuíam suficiente experiência para prever os seus perigos”* (Rousseau, 1990, p: 189).

No entanto, foi por adquirirmos o hábito da vida em comunidade que pudemos passar a usufruir dos primeiros e mais doces sentimentos conhecidos pelo homem, o do amor conjugal e do amor paternal. Assim, foi através da vida social que *“o homem pode reconhecer-se como o pai de numerosos outros”* (Rousseau, 1990, p: 194) e perceber-se como membro de uma família. E as famílias próximas, ao estabelecerem relações umas com as outras e ampliarem o alcance dos laços sociais, viabilizaram que o homem *“principiasse a olhar para os outros e a querer que o olhassem, e a estima pública teve um preço”* (Rousseau, 1990, p: 181). Assim, foi o olhar do outro - primeiro passo para a desigualdade da

vida civil e para os vícios humanos – que se estabeleceu como a pedra fundamental dos primeiros deveres da civilidade.

Para Rousseau, todas as mazelas do homem civil iniciaram-se com a construção da idéia de propriedade, a qual, primeiramente buscando adquirir o amor e a estima de seus semelhantes, acabou por se estender às coisas materiais. Assim, o verdadeiro fundador da sociedade civil seria aquele que violou pela primeira vez as leis naturais que dizem que a terra não é de ninguém pois, *“cercando um terreno, se lembrou de dizer: Isto me pertence”* (Rousseau, 1990, p: 175). Daí a sapiência que Rousseau creditava a Locke, quando este afirmava que *“não poderia haver injúria onde de modo algum há propriedade”* (Rousseau, 1990, p: 182).

Deste modo, ao homem aprisionado pelos grilhões da vida civil só restaria um caminho para a liberdade: submeter-se a uma regra comum de vida que fizesse do bem de cada um o de todos, e, do bem de todos, o de cada um. E estas regras, sob a forma das leis civis, tomariam o lugar das leis naturais que os homens teriam violado ao permitirem a *“um imbecil conduzir um sábio, e um punhado de gente extravasar superfluidades, enquanto à multidão esfaimada falta o necessário”* (Rousseau, 1990, p: 206).

Na sociedade civil de Rousseau não valem as leis naturais: o mais forte não pode escravizar o fraco e o sábio não pode impor sua regra de vida aos imbecis. Nesta há que se garantir que a força e a sapiência estejam ao alcance de todos os que dela possam se servir em prol do bem comum e que as desigualdades impostas aos homens possam se transformar em uma igualdade de direitos e de deveres de todos para com todos. Assim, seria no contrato social que os homens encontrariam uma *“forma de associação que defenda e proteja de toda força comum as pessoas e os bens de cada associado, e pela qual, cada um, unindo-se a todos, não obedeça senão a si mesmo, e permaneça tão livre como anteriormente”* (Rousseau, 1990, p: 30).

Nesta sociedade, as leis valeriam para todos e seriam por todos elaboradas, aceitas e promulgadas com vistas aos interesses de cada um e, ao mesmo tempo, de todos. A liberdade civil adviria da submissão dos homens às leis

que eles próprios elaborariam para si de acordo com os valores e princípios estabelecidos como universalmente válidos para todos os homens, expressando-se no que Rousseau denomina como “vontade geral”. Esta, por sua vez, se expressaria mediante a formulação de um pacto social, cuja finalidade última consistiria na conservação dos pactuantes.

Assim, os homens que quisessem obter os benefícios da vida comum deveriam se impor as regras compatíveis com a preservação de todos, pois só assim poderiam permanecer neste estado. Neste contexto, as prescrições para a vida privada deveriam se estabelecer apenas na exata medida em que fossem necessárias à preservação da vida em comunidade; pois ao homem só, naturalmente piedoso e bom, não se fariam necessárias outras leis que não as de sua própria natureza.

III.4 - A razão imperfeita para o homem moral

A experiência que, segundo Rousseau, mostraria aos homens as desvantagens da vida civil, conduzindo-os a elaborar o pacto social é, para Hume, a única capaz de dar ao homem o conhecimento acerca de si mesmo e das coisas da natureza. Para ele, é o costume, e não a razão, o grande guia da vida humana, uma vez que esta “*é imperfeita sem o auxílio da experiência*” (Hume, 1989, p: 48). Todo conhecimento advém da experiência e “*todas as inferências humanas realizadas a partir da experiência são efeitos do costume, e não do raciocínio*” (Hume, 1989, p: 48), pois o homem nada sabe que seja um “a priori”. Este conhecimento não advém unicamente da razão, pois, se assim fosse, bastaria um único e solitário ato de apreensão da parte de nossos sentidos em relação à natureza e descobriríamos seus mais profundos segredos. É o costume, enquanto observador e apreendedor das regularidades dos fatos e das coisas de que se ocupa nosso entendimento, que nos permite formularmos inferências e supormos o acontecer do futuro com os olhos do passado.

É a experiência que dá estabilidade e certeza ao conhecimento humano obtido mediante as sensações ou observações que nos chegam pelos sentidos e

que se constituem nos objetos de interesse de nossa razão, pois, “ao asserirmos que, após a conjunção constante de dois objetos - o calor e a chama, por exemplo, o peso e a solidez -, somos determinados pelo costume a apenas esperar um a partir do aparecimento do outro. Esta hipótese parece mesmo a única que explica a dificuldade de porque é que, de mil casos, tiramos uma inferência que não somos capazes de tirar de um único caso, o qual de nenhum modo difere daqueles” (Hume, 1989, p: 47).

Mas construir o conhecimento em cima de inferências é, de certo modo, um aceitar que o futuro se assemelhará, sempre, ao passado, e correr o risco de, caso tal regra não mais venha a se aplicar, termos que jogar fora todo nosso conhecimento, pois ele de nada mais nos serviria, nos sendo, então, inútil. Para Hume, o perigo da inferência é “tomar como garantido, aquilo que está justamente em questão” (Hume, 1989, p: 40).

A filosofia da natureza, para Hume, é a filosofia empírica do homem, e este possui dois tipos de percepções: as impressões e as idéias ou pensamentos. Aquelas se constituem “em nossas percepções mais vivas, quando ouvimos, vemos, sentimos, amamos, odiamos, desejamos ou queremos”; enquanto estas são percepções “menos intensas ou vivas” (Hume, 1989, p: 24) e que nem sempre se apresentam clara e objetivamente aos nossos sentidos. As idéias ou pensamentos, por sua vez, podem se relacionar mediante três princípios: o da semelhança, o da contiguidade no tempo e no espaço e o da causa e efeito; e a este último Hume dedica especial atenção em suas formulações acerca do entendimento humano enquanto fruto do uso da razão sobre a experiência.

Os objetos do entendimento humano sobre os quais a razão se debruça podem se dividir em duas classes: relações de idéias e questões de fato. Nós nos ocuparemos da segunda, uma vez que a primeira, as relações de idéias, ao constituírem-se em proposições elaboradas por simples operações do pensamento - como estabelecer que um círculo é o que é em relação a uma outra figura que não é um círculo, ou que o quadrado da hipotenusa é igual à soma dos quadrados dos catetos como forma de expressar uma relação entre determinadas retas que compõem os lados de um dado tipo de triângulo - não se constituem em

objetos para o entendimento, mas, sim, em proposições, muitas vezes arbitrárias, como as da álgebra, geometria ou aritmética, que são estabelecidas como necessárias para que o entendimento humano possa se desenvolver enquanto tal.

Mas como nada prescinde da experiência, mesmo a matemática, ao partir da suposição de que certas leis são estabelecidas pela natureza em suas operações, precisa da experiência para confirmar a adequabilidade ou veracidade das leis que supôs existirem mediante seus raciocínios abstratos.

Já as questões de fato, diferentemente das relações de idéias, não podem ser demonstrativamente provadas falsas, assim como não podem ser indagadas da mesma maneira destas. O contrário de uma questão de fato é sempre possível, uma vez que não podemos empiricamente demonstrar sua falsidade, apesar de muitas vezes, pelo costume, adquirirmos o hábito de julgar sua ocorrência improvável: não podemos provar ser falsa a assertiva que afirma que “o sol não se levantará amanhã”, mas o costume nos indica como provável que tal não ocorra, isto é, que o sol se levante amanhã, assim como se levantou ontem, anteontem e assim até os tempos mais remotos de que nos possamos recordar.

Para Hume, todos os raciocínios relativos às questões de fato apóiam-se em conexões do pensamento do tipo causa e efeito, onde, por força do costume, nos habituamos a estabelecer uma conexão entre um fato presente, por exemplo X, e outro fato, por exemplo Y, a partir do qual X é inferido. Segundo ele, não conhecemos as causas ou os efeitos das coisas pelas qualidades destas coisas tal como elas aparecem ou são captadas por nossos sentidos - estas causas e efeitos só se podem dar a conhecer pela experiência, não pela razão que sobre ela se debruça. Afirmar que, por seguirem-se uma à outra, duas ocorrências naturais estejam obedecendo algum tipo de relação entre si suscita cautela, uma vez que sua conjunção pode ser arbitrária e casual. Mas se observarmos inúmeras e seguidas vezes que, à ocorrência de uma, regular e inexoravelmente se segue a ocorrência da outra, podemos inferir haver alguma relação entre elas.

Foi o costume e não a razão que nos apontou tal relação como provável, mas temos que ter olhos para percebê-la como tal: só podemos detectar regularidades acerca das coisas quando sobre elas debruçamos nossos sentidos,

quando nos interessamos e nos preocupamos com elas, pois raras são as ocasiões em que estas nos saltam aos olhos e, mesmo quando tal se dá, nem sempre temos conhecimentos suficientes para vê-las tais como são.

No entanto, a imaginação humana teria um poder ilimitado para “*combinar, misturar, separar e dividir as idéias*” (Hume, 1989, p: 31) que construímos mediante a experiência e poderia, mediante deliberação, anexar a uma idéia qualquer ficção e crer, por conseguinte, no que quer que lhe agradasse, mesmo que tal crença se opusesse a toda experiência já vivida, donde decorre que a crença seja fruto não do juízo, mas da imaginação. Assim, através de suas ficções, a imaginação humana poderia atribuir maior importância a algumas idéias em referência a outras, dedicando-lhes maior ou menor atenção. Para Hume, mesmo a crença derivaria, em certa medida, de uma relação de causa e efeito: quando um objeto é apresentado aos nossos sentidos e um ou mais de seus atributos ou qualidades se apresentam como já conhecidos por nós, imediatamente nossa mente tenta localizar em nossas lembranças a experiência anterior em que se apercebera de tais qualidades ou atributos, na tentativa de estabelecer alguma conexão entre o que percebeu como comum na realidade presente e na que já viveu.

A experiência é, portanto, a base de todo conhecimento humano acerca do qual os homens raciocinam e estabelecem suas inferências sobre as leis universais. O raciocínio humano contemplaria ser dividido em duas espécies: o raciocínio demonstrativo - relativo às relações de idéias- e o raciocínio moral - que se ocupa das questões de fato ou da existência e ao qual nos dedicaremos a seguir.

No que diz respeito ao raciocínio moral, isto é, às questões da existência humana, somos conduzidos a confiar na experiência passada e nas relações de causa e efeito que dela apreendemos, e a fazer delas o padrão de nosso juízo acerca do futuro mediante argumentos prováveis ou, pelo menos, semelhantes. De causas que nos parecem semelhantes esperamos obter efeitos semelhantes, até que a experiência nos evidencie que tal não mais se dá. Mas quando nos apercebemos que efeitos diferentes podem advir de causas que nos parecem

similares apenas segundo a aparência, todos esses prováveis efeitos diferentes devem ocorrer à nossa mente quando nos defrontarmos com tais causas, cuja aparência nos pode enganar. E a experiência nos conduzirá a formularmos inferências, a partir de tais causas similares em aparência, de acordo com a frequência e regularidade com que seus distintos efeitos se apresentam.

Mas quando nos defrontamos com questões da existência humana, onde as operações do entendimento se vêem agitadas pelas paixões, tanto quanto pela razão, e onde nossas lembranças nem sempre podem distinguir as ficções da imaginação do nosso juízo acerca das coisas, somente as observações gerais acumuladas pela experiência de todos os homens acerca da natureza humana podem nos auxiliar a conhecer o que podemos esperar de nossas ações.

Concedemos à virtude, enquanto *“qualidade do espírito estimada ou aprovada por todos os que a consideram ou contemplam”* (Hume, 1995, p: 141), e à honra peso e autoridade peculiares e a elas aspiramos, apesar de ser contrário a toda evidência empírica que os homens se comportem desinteressada e honrosamente em todas as situações que se lhes apresentam. Não podemos esperar encontrar nas ações humanas - a despeito de toda diversidade de caráter, gosto e aptidões que os homens apresentam - a mesma regularidade e uniformidade com que a maioria dos outros fenômenos naturais nos brindam.

A dependência que os homens têm uns dos outros torna as ações humanas raramente completas por inteiro em si mesmas, isto é, sem alguma referência às ações dos outros. Assim, caber-nos-ia portanto, ao procedermos a julgamentos morais, vislumbrarmos os homens não apenas como sujeitos singulares, mas também enquanto membros de um coletivo. E o que nos auxilia nesta tarefa é a experiência, é o conhecimento que ela nos dá acerca da força do costume, o qual nos indica para que efeitos tendem as ações dos homens, apesar de, muitas vezes, não possuímos um conhecimento objetivo dos efeitos que o agente esperava obter ou das causas que o conduziram a agir.

Se para Aristóteles só a ação era objeto de julgamento moral, e não as opiniões humanas, para Hume só a verdade é passível de discussão, e não o gosto: *“proposições da geometria podem ser provadas, sistemas da física podem*

ser debatidos, mas a harmonia do verso, a ternura da paixão, o brilho do talento devem produzir um prazer imediato. Ninguém raciocina sobre a beleza de uma outra pessoa, mas fá-lo freqüentemente sobre a justiça ou injustiça de suas ações" (Hume, 1995, p: 22). Assim, para ele, a moral trata de ensinar-nos a agir em conformidade com o dever e a evitarmos toda ação que os costumes mostraram não corresponder à virtude. Se retirarmos ao homem o seu passado e toda sua experiência acerca de si mesmo e dos outros, a moral deixará de ter um sentido prático e todas as ações humanas nos parecerão indiferentes, uma vez que não nos recordaremos de suas conseqüências, sejam estas boas ou más. E, neste sentido, razão e sentimento confluem em todos os julgamentos morais, uma vez que não há experiência humana que prescindia da imaginação, e com ela das paixões e preferências humanas, quando reconduzidas da memória à consciência imediata. Neste sentido, Hume propõe a rejeição de todos os sistemas éticos que não estejam fundados em fatos e na observação e que não levem em conta, em seus julgamentos, os verdadeiros interesses da humanidade.

Para ele, os homens são diferentes em sua natureza e em suas posses, como pressuposto para a moral e para justiça: se todos tivessem tudo, não existiria justiça, e se todos fossem predispostos para o bem, não existiria a moral. Deste modo, afirma que as regras de equidade e de justiça dependerão inteiramente do estado e da situação em que os homens se encontram. Os preceitos da lei e da virtude são estabelecidos em vista de proporcionar a maior felicidade possível a cada um dos membros da sociedade, mas quando *"a sociedade está prestes a sucumbir de extrema penúria, não se pode temer nenhum mal maior decorrente da violência e injustiça, e cada homem estará livre, então, para zelar por si próprio empregando todos os meios que a prudência lhe ditar ou seus sentimentos humanitários permitirem"* (Hume, 1995, p: 40).

Para Hume, nada pode superar a diversidade natural dos talentos humanos e, se nos dispuséssemos a tal empreitada, precisaríamos exercer tão severa vigilância sobre os homens, no sentido de coibir-lhes a emergência do mais tênue predicado que os pudesse distinguir uns dos outros, que esta facilmente degeneraria em tirania, conduzindo todos os homens à mais profunda ignorância

(Hume, 1995, p: 51). Mas, ao mesmo tempo, julga que os interesses pessoais dos homens estão de tal forma inexorável e fortemente atados aos de seus semelhantes que só a utilidade comum, e não o egoísmo, como acreditava julgarem alguns, poderia ser tomada como a fonte da moral.

No entanto, julgava que a própria idéia da moral pressupunha um sentimento - comum e extensível a toda a humanidade - que seria, para ele, o princípio do Bem. Pois se fosse apenas a utilidade comum que guiasse as ações humanas, como explicar, pergunta Hume, que admiremos o nobre caráter de um adversário, quando tal nobreza pode nos colocar em desvantagem, ou que advirtamos uma pessoa, “*à maneira de uma delicada censura*” (Hume, 1995, p: 136), acerca do fato de a julgarmos ‘boa demais’ quando tal predicado alheio só nos pode ser útil? O cuidado que temos em manter uma reputação respeitável não vem de uma preocupação em nos mantermos respeitáveis perante nós mesmos e, para atingir este fim, “*julgamos necessário ancorar nosso titubeante julgamento na correspondente aprovação da humanidade?*” (Hume, 1995, p: 162).

Mas a moral, apesar de fundar-se também no interesse geral, não pode, como as leis civis, ser aplicada de forma geral e irrestrita. Ela não pode punir o homem bom e privilegiar o mau, como permite a legislação civil, a qual pode penalizar um homem bom, que roube um pão porque tem fome, mesmo que o tenha roubado de um mau caráter que tinha mais do que o necessário para se alimentar. A moral é de outra natureza e como tal deve sempre levar em consideração os caracteres e posições particulares das pessoas envolvidas. A utilidade de que trata a moral nada mais é do que estabelecer costumes que conduzam os homens a um certo fim, que seja bom para todos e, como os homens tendem para o bem, decerto se agradarão em servir-se de meios que os conduzam ao fim para o qual estão naturalmente propensos. Assim, o fundamento último de toda regra moral deve ser a conveniência e as necessidades humanas.

Hume nega a razão como única fonte da moral, argumentando que “*o que é condenável não constitui, na verdade, um fato particular, cuja realidade nos seria assegurada pela razão, mas um conjunto de relações morais descobertas pela razão, da mesma maneira que descobrimos pela razão as verdades da geometria*

ou da álgebra” (Hume, 1995, p: 177). O fato moralmente condenável não o é pela natureza com que se apresenta à razão, mas aos sentimentos, e é por isso que o “roubo”, invariavelmente condenado pelas leis civis, não se apresenta da mesma forma para a moral, uma vez que esta não se ocupa apenas do ato em si, mas também dos sujeitos envolvidos na ação, seus atributos de caráter, suas condições de vida e seus costumes.

Neste sentido, a razão viria em auxílio da moral e lhe serviria de instrumento para que pudesse conhecer as circunstâncias próprias e os caracteres e particularidades dos sujeitos envolvidos nas ações que propõe submeter ao julgamento dos sentimentos humanos, pois somente estes, ao tenderem para o bem, poderiam apreender os sentimentos que lhes são contrários. A razão, mostrando-nos apenas o que é verdadeiro ou falso, *“exibe os objetos tal como realmente existem na natureza, sem acréscimo ou diminuição”*, enquanto o gosto *“tem uma capacidade produtiva e, ao ornar ou macular todos os objetos naturais com as cores que toma emprestadas do sentimento interno, dá origem, de certo modo, a uma nova criação. A razão, sendo fria e desinteressada, não constitui um motivo para a ação, mas limita-se a direcionar o impulso recebido dos apetites e inclinações, mostrando-nos os meios de atingir a felicidade e evitar o sofrimento”* (Hume, 1995, p: 185).

III.5 - A razão soberana e fundadora do homem moral

Tais princípios empíricos defendidos por Hume jamais poderiam servir como fundamentos morais para Kant, uma vez que, para este, tais fundamentos devem existir por si mesmos e, por conseguinte, constituírem-se num “a priori” para qualquer ação humana, a partir do qual poderiam ser estabelecidas regras práticas a serem seguidas pelos homens. Mas este “a priori”, por sua vez, também não se origina numa vontade divina perfeita, como queria Espinosa, pois esta teria que *“fazer das propriedades da ambição de honra, ligadas às imagens terríveis do poderio e da vingança, o fundamento de um sistema de costumes exactamente oposto à moralidade”* (Kant, 1992, p: 89).

Kant busca encontrar o princípio supremo da moralidade, um princípio que aponte como dever o “conservar da vida” e onde o caráter do homem se exprima pelo valor de sua vontade, de seu querer. O valor moral de uma ação não está no propósito ou no fim que ela busca, mas na essência do querer, segundo o qual foi praticada; querer que só apresenta valor moral quando puder oferecer-se como fundamento de uma lei universal. Para ele, tudo na natureza acontece de acordo com leis universais, as quais se referem, portanto, aos homens, pois só um ser racional teria a capacidade de agir segundo a prescrição de leis e delas derivar a vontade que o conduziria à ação.

Assim, a vontade seria a *“faculdade de escolher só aquilo que a razão, independentemente da inclinação, reconhece como praticamente necessário, quer dizer, como bom”* (Kant, 1992, p: 47), conduzindo o homem a *“determinar a si mesmo a agir em conformidade com a representação de certas leis”* (Kant, 1992, p: 67). Mas Kant reconhecia que a vontade não é, “em si mesma”, nem sempre, nem plenamente em conformidade com a razão; e que muitas ações tomadas por ela como necessárias, somente assim se apresentam devido às particularidades do contexto, tempo e lugar em que emergem. Para que a vontade ignore as particularidades contextuais que a conduzem a julgar uma ação como necessária, deve fazê-lo como um “a priori”, como um “dever” que se impõe cumprir em toda e qualquer circunstância, tempo ou lugar, de forma a que, quando a razão, por si só, não determinar a vontade, o homem se visse impelido a agir por dever, em obrigação ao cumprimento de uma lei universal, pois somente esta poderá ter valor moral.

Para Kant, algumas qualidades humanas são favoráveis a uma “vontade em conformidade à razão” ou “boa vontade”, facilitando sua ação; mas tais qualidades não têm um valor em si mesmas, advindo tal valor do querer que determinam. Se, por uma ocorrência do destino, faltasse a esta qualidade humana a oportunidade de expressar-se em ato, ela não perderia com isso seu valor, uma vez que o querer a que conduz independeria da concretude do ato que dela se origina. O valor de uma qualidade humana não se expressa na utilidade ou inutilidade da ação que determina, mas no querer que ela impõe à vontade.

O único conceito que, segundo Kant, contém em si o da “boa vontade” é o conceito do dever e, dentre todos os deveres que se nos apresentam à razão, o único para o qual todos têm uma inclinação imediata é o dever de conservar cada qual a sua própria vida. No entanto, ao assim agirem mais por uma inclinação natural do que por um dever, retiram os homens deste “querer viver” todo conteúdo moral; mas, *“quando o infeliz, com fortaleza de alma, mais enfadado do que desalentado ou abatido, deseja a morte, e conserva contudo a vida sem a amar, não por inclinação ou medo, mas por dever, então a sua máxima tem um conteúdo moral”* (Kant, 1992, p: 28). Ser caridoso quando se pode, espalhar a alegria e a esperança quando as tem na alma, são boas ações, mas não têm, em si mesmas, qualquer valor moral, pois o que torna um ato moral é o fazer por dever e não por inclinação da alma. Neste sentido, o amor enquanto inclinação, não o pode ser por dever; mas o amor ao inimigo, para o qual não nos inclinamos, este, sim, é por dever e possui conteúdo moral.

Mas, no entanto, Kant reconhece que *“nunca podemos penetrar completamente até os mobiles secretos dos nossos atos, porque, quando se fala de valor moral, não é das ações visíveis que se trata, mas de seus princípios íntimos que não se vêem”* (Kant, 1992, p: 40) e que não é fácil encontrar no mundo a verdadeira virtude, pois os homens agem, quase sempre, mais em função de si mesmos e seus interesses particulares do que por dever. O que se apresenta como praticamente bom à razão, deve ser mediante princípios objetivos que sejam válidos para todo ser racional e possa, com isso, constituir-se em uma prescrição prática que a todos se aplique, de acordo com a “boa vontade” de todos. E, neste sentido, denomina como “imperativos” as representações de tais princípios objetivos, enquanto obrigantes para uma vontade que neles se expressa pelo verbo ‘dever’, de forma a exprimir uma relação entre leis objetivas do querer em geral e a imperfeição subjetiva deste ou daquele ser racional (Kant, 1992, p: 49).

Para Kant, todos os imperativos ordenam hipotética ou categoricamente. Os primeiros *“representam a necessidade prática de uma ação possível como meio de alcançar qualquer outra coisa que se quer”*, isto é, agir em conformidade com

um fim que o agente da ação deseja; já os segundos dizem respeito às ações que se apresentam como “*objetivamente necessárias por si mesmas, sem relação com qualquer outra finalidade*” (Kant, 1992, p: 50-3). Identifica três princípios do querer, que se distinguem pela “*diferença da obrigação imposta à vontade*” (Kant, 1992, p: 53): as *regras de destreza* ou *imperativo técnico (pertencentes à arte)*, onde a finalidade tem importância relativa e o que conta é o meio, é a técnica a ser utilizada com vistas ao fim que se deseja; os *conselhos de prudência* ou *imperativo pragmático (pertencentes ao bem-estar)*, os quais contêm uma necessidade que só vale como tal em dadas condições subjetivas e casuais, de acordo com a percepção do agente; e os *mandamentos da moralidade* ou *imperativos morais (pertencentes à livre conduta geral, isto é, aos costumes)*, que trazem o conceito de uma necessidade incondicional, ilimitada.

Os imperativos de destreza, assim como os conselhos de prudência, pressupõem que quem quer o fim, quer também o meio enquanto condição necessária para a obtenção do fim e, deste modo, a obrigação imposta à vontade é condicionada pela percepção do agente acerca do grau da necessidade que determina esta vontade. Tais imperativos não podem, portanto, exatamente ordenar, e sim serem considerados mais como conselhos de prudência ou técnicas de destreza – a partir de tais imperativos hipotéticos “*podemos o tempo todo libertar-nos da prescrição renunciando à intenção*” (Kant, 1992, p: 57). Já os imperativos da moralidade não deixam “*à vontade qualquer liberdade de escolha relativamente ao contrário do que ordena*” (Kant, 1992, p: 57), pois determinam ao homem que “*aja apenas segundo uma máxima tal que possa ao mesmo tempo querer que ela se torne uma lei universal*” (Kant, 1992, p: 59).

Assim, exemplifica Kant, o homem que pede dinheiro emprestado e promete pagar esta dívida, mesmo sabendo que não irá cumprir tal promessa, pode querer que tal comportamento se torne uma regra para todos os homens? Se assim o desejar, e tal se der, todos deixarão de confiar em todos e ninguém mais emprestará dinheiro a mais ninguém - e não há homem que possa tal coisa desejar. Deve o homem rico e poderoso, que não se importa em ajudar aos que nada têm, desejar que seu comportamento se transforme em uma lei universal,

onde os homens não mais se ajudem mutuamente? Se tal vontade se tornasse lei universal por vontade deste homem, ele roubaria de si mesmo qualquer esperança de auxílio e solidariedade, caso deles viesse a necessitar. É desta natureza o imperativo categórico da moralidade.

Ao tratar da moral, Kant a dissocia da felicidade, pois não julgava que esta se constituísse num ideal da razão mas, sim, da imaginação. Assim, julgava que a felicidade não podia dirigir a ação em conformidade com a “boa vontade”, uma vez que esta nasceria da razão. O homem não existiria para buscar a felicidade, dado constituir-se num fim em si mesmo e, mesmo quando se apresentasse como meio, deveria ser visto simultaneamente como fim: a essência das coisas não se alteraria pelas suas relações externas, daí o valor absoluto do homem (Kant, 1992, p: 84). Só o homem teria valor em si mesmo; e todos os outros valores que percebermos só o seriam de forma condicional. Nossas inclinações nos dariam a conhecer necessidades que não teriam valor em si mesmas, pois dependeriam de situações contingentes e não seriam as mesmas para todos os homens: seu valor estaria na inclinação do agente que a percebesse como tal e não nela mesma.

“A moralidade consiste pois na relação de toda ação com a legislação, através da qual somente se torna possível um reino dos fins” - Kant denomina reino a ligação sistemática de vários seres racionais por meio de leis comuns -, onde o *“dever não pertence ao chefe do reino dos fins, mas sim a cada membro e a todos em igual medida”* (Kant, 1992, p: 75-7). O dever não se fundaria em sentimentos, inclinações ou impulsos, mas somente na relação que os seres racionais estabelecem entre si mediante o uso da razão prática como vontade legisladora universal. Para ele, neste reino dos fins tudo teria ou um preço ou uma dignidade, e esta consistiria naquilo que está acima de qualquer preço, por ter valor por si mesma. Assim, julgava que a *“moralidade e a humanidade, enquanto capaz da moralidade, são as únicas coisas que têm dignidade”* (Kant, 1992, p: 78), de forma que o fundamento desta moralidade se constituiria numa autonomia da vontade - propriedade graças à qual a vontade seria para si mesma a sua lei, a qual poderia ser também uma lei universal.

Neste sentido, o imperativo da moralidade ordenaria que toda ação que concorda com a “autonomia da vontade” seria permitida, enquanto a que com ela não concorda, seria proibida; e quando o homem tivesse uma vontade não absolutamente boa, sua ação, para ter conteúdo moral, necessitaria originar-se numa obrigação, isto é, constituir-se num dever. Deste modo, é a heteronomia da vontade a “*fonte de todos os princípios ilegítimos da moralidade*”, pois quando a vontade busca sua lei em algo que lhe é extrínseco, que não está na máxima de seu querer determinado pela razão, e procura esta lei na natureza de qualquer objeto, é este que “*dá a lei à vontade pela sua relação com ela*” (Kant, 1992, p: 86).

O querer determinado pela vontade não pode depender de nada além desta vontade e nela deve buscar suas máximas. Assim, a liberdade, para Kant, é uma “*propriedade da vontade*” (Kant, 1992, p: 95) de todos os seres racionais, ela é a propriedade da vontade de ser lei em si mesma para uma vontade absolutamente boa, isto é, de uma vontade que siga apenas as máximas que possam se tornar “leis universais”.

Na moral de Kant não há espaço para os sentimentos e as paixões, pois estes são determinados pelas inclinações humanas e não pela razão. O homem moral é o homem racional, que à vontade soberana da razão, e somente a ela, submete todos os seus atos. Ele é livre quando se submete à razão e é moral quando age por dever. O homem moral de Kant sabe o seu dever, não pela experiência vivida, pela disposição de sua alma, ou pelo seu conhecimento acerca da natureza, ele o sabe como um “a priori” para sua racionalidade: a moral pressupõe a razão e esta é condição imprescindível daquela, pois os atos desprovidos de conteúdo moral não se fundaram na razão, pela própria relação desta com a moralidade.

III.6 - A vontade motivadora do homem moral

A razão e o conhecimento seriam fatores motivadores secundários para a ação humana, pois o que a determinaria seria a vontade, diz Shopenhauer (Shopenhauer, 1995) - e o conteúdo moral da ação adviria da compaixão como força motivadora que conduziria esta vontade a expressar-se em ato. Ele nega enfaticamente que a razão tenha qualquer possibilidade de apresentar-se como um “a priori” aos moldes estabelecidos por Kant, afirmando que, *“do mesmo modo que conhecemos a inteligência como sendo, em geral, apenas uma propriedade dos seres racionais e, por isso mesmo, nunca estamos justificados a pensá-la como existente independentemente da natureza animal, assim como também conhecemos a razão somente como propriedade da espécie humana e não estamos autorizados a pensá-la como existindo fora dela e formando um ‘gênero ser racional’ que seja diferenciado de sua única espécie ‘ser humano’ e, ainda menos, a estabelecer leis para tais seres racionais em abstrato. Falar de seres racionais fora do homem não é diferente de se querer falar de seres pesados fora dos corpos”* (Shopenhauer, 1995, p: 34).

A responsabilidade moral de um ato emergiria da consciência, graças à qual o reconheceríamos como nos sendo próprio e como determinado pelo querer de uma vontade que, não podendo evitar o fim que busca ou para o qual tende, escolheria, com vistas à obtenção deste fim, um meio que poderia ser diferente do que foi. Esta vontade, determinada pelo caráter, disporia, então, sobre meios, e não sobre fins, e os escolheria, não em função dos fins a que busca, mas em função do caráter a que estaria submetida. Para Shopenhauer, a responsabilidade moral pressunha a possibilidade, e, com ela, a liberdade de termos agido de forma diferente: daí que *“na consciência da responsabilidade está mediatamente a da liberdade”* (Shopenhauer, 1995, p: 89). O ato seria a expressão da “potentia” do homem, pois seria através dele que o homem expressaria o *caráter inteligível* (que não é acessível à experiência) que o conduziria, fazendo uso de sua liberdade, a escolher um dado meio, dentre outros possíveis, no sentido de obter o fim que lhe seria determinado a querer pela vontade.

Para Shopenhauer, a questão da moral repousaria no conceito de valor, o qual seria uma grandeza comparativa e, como tal, não poderia ter valor em si mesmo, pois apresentar-se-ia necessariamente em dupla relação: *“primeiro é relativo, já que é para alguém e, segundo, é comparativo pois está em comparação com alguma outra coisa, de acordo com a qual é avaliado. Retirado destas duas relações, o conceito de valor perde todo sentido e o significado”* (Shopenhauer, 1995, p: 72). Daí, temos que o valor moral de um ato pressuporia a liberdade do querer ao deliberar sobre uma ação que poderia ser outra e com a qual pressupor-se-ia ter sido aquela comparada, enquanto meios de que se poderia servir o agente para alcançar seu fim. Assim, a moral se ocuparia dos meios e tentaria apreender, através deles, não os fins como realidades visíveis, mas a intenção, pois só ela *“decide sobre o valor moral ou não de um ato; donde o mesmo ato pode ser reprovável ou louvável segundo sua intenção”* (Shopenhauer, 1995, p: 38).

Três poderiam ser as motivações que conduziriam o homem à ação, independentemente do fim almejado: a *compaixão*, que quer o bem alheio; o *egoísmo*, que procura o próprio bem; e a *maldade*, que busca o mal alheio. Para Shopenhauer, as três estariam *“presentes em cada um numa relação incrivelmente diferente”* (Shopenhauer, 1995, p: 186), que definiria o caráter imutável de cada homem - sua *essentia*. Assim, o homem com caráter egoísta só encontraria força na motivação que concordasse com seu caráter, a qual sobrepor-se-ia às outras sempre que se encontrasse livre para tal. Para Shopenhauer, o egoísmo constituía-se na primeira e mais importante potência que a moral humana teria que combater e seria por terem consciência de seu perigo que os homens se esforçariam, durante suas relações sociais, para serem cordiais, mesmo quando sua potencia para tal não os impelisse. A cordialidade seria a forma encontrada pelo egoísta para acobertar seu caráter frente aos que lhes são semelhantes.

Como o caráter humano é imutável, *“por meio dos motivos pode-se forçar a legalidade, não a moralidade: pode-se transformar a ação, mas não o próprio querer, ao qual somente pertence o valor moral”* (Shopenhauer, 1995, p: 189). Daí

decorre que a *“doutrina do direito é uma parte da moral que estabelece as ações que não se podem fazer se não se quer prejudicar os outros, quer dizer, cometer injustiça”* (Shopenhauer, 1995, p: 142), a qual pode ser praticada mediante dois caminhos: o da astúcia e o da força. No primeiro caso, recorre-se invariavelmente à mentira, advindo da motivação que conduziu à mentira o caráter de ilegalidade que, neste caso, ela adquire. Mas, esclarece Shopenhauer, a mentira nem sempre tem uma motivação torpe e há casos em que ela é mesmo necessária para evitar o sofrimento; é o caso dos que sofrem de doenças incuráveis que lhes são ocultas por médicos caridosos; ou da armadilha que preparamos para capturar um bandido perigoso, sendo que, no primeiro caso, temos a mentira nobre e, no segundo, a mentira necessária, pois foi cometida para que se evitasse um mal maior. Daí se apreende a intenção como determinante do conteúdo moral da ação; mas como esta não pode se mostrar facilmente aos homens, criaram estes as leis civis.

Mas, para Shopenhauer, as leis civis podem coagir, no máximo, à justiça, mas não à caridade ou ao bem agir, mesmo porque *“aí todos queriam ser a parte ativa e não a passiva”* (Shopenhauer, 1995, p: 103). Assim, os homens, ao substituírem o direito natural (que garantia o lugar dos mais fortes) pelos direitos civis, não garantiram um direito ético e, sim, o lugar dos mais espertos - o pobre se vê compelido a não roubar o rico não por uma questão moral, mas por um impedimento de ordem legal que lhe é ordenado pelo entendimento, e não pela qualidade de seu caráter. Neste sentido, Shopenhauer entendia o Estado como uma obra da razão que permitia ao homem ocultar suas deficiências de caráter e impor-se a necessidade da honra pela submissão ao poder coercitivo da lei. Como os homens, conquanto pudessem tender para o bem, fossem também capazes das maiores vilezas, o caráter das leis civis estaria restrito, quando muito, à justiça, e não à moralidade. Neste sentido, Shopenhauer mostra-se desiludido com os homens, ao afirmar que *“é preciso ler histórias criminais e descrições de situações anárquicas para saber o que é propriamente o ser humano no aspecto moral”* (Shopenhauer, 1995, p: 112).

Mas, por outro lado, considerando a compaixão como motivação condutora de toda moral, ele nega que esta se origine no egoísmo de um “colocar-se no lugar daquele que sofre”. Sua natureza seria outra, afirma, pois o homem perceberia claramente pelo seu entendimento que seria o outro quem sofre e não ele próprio. Assim, a dor que sentiria frente ao sofrimento alheio seria a dor do outro, e não a sua. Para ele, a compaixão poderia atuar de duas formas, no sentido de transformar o sofrimento do outro em motivo para a ação: primeiro, quando, opondo-se a motivos egoístas ou maldosos, nos impedisse de causarmos sofrimento aos outros e, depois, quando agisse positivamente, conduzindo-nos a ajudarmos os que sofrem. Citando uma passagem do “Emílio”, de Rousseau, Shopenhauer afirma que *“não é próprio do coração humano pôr-se no lugar de pessoas que são mais felizes que nós, mas somente daqueles que são mais dignos de pena”* (Shopenhauer, 1995, p: 131). Acreditava que esta tendência natural dos homens originar-se-ia no fato da dor e do sofrimento constituírem-se em sensações que seriam percebidas de forma positiva e imediata pelos sentidos, enquanto, o prazer e o contentamento decorreriam da supressão de uma carência, de uma necessidade que, uma vez satisfeita, agiria negativamente. O positivo seria o que se manifestaria por si mesmo, enquanto o negativo constituir-se-ia em mera ausência e seria por isso que *“só o sofrimento, a falta, o perigo e o desamparo do outro despertam diretamente nossa participação; o feliz e satisfeito como tal nos deixa indiferentes”* (Shopenhauer, 1995, p: 132).

Então, o agir é diferente do querer, pois, enquanto este é imutável e incorrigível, aquele pode ser conduzido pela consciência e, esta, pelo entendimento; enquanto este *“é uma faculdade do conhecimento que também os animais possuem, apenas em grau diferente, e que nós temos no mais alto grau, a saber a consciência imediata e anterior a toda experiência da lei de causalidade, que, como tal, constitui a forma do próprio entendimento e aquilo no que consiste toda sua essência”* (Shopenhauer, 1995, p: 56). E este agir que não é querer, também não é um dever submetido à razão, pois, para ele, *“um dever condicionado não pode ser certamente um conceito ético fundamental, porque*

tudo o que acontece visando a recompensa ou o castigo é necessariamente uma ação egoísta e, sendo assim, sem puro valor moral” (Shopenhauer, 1995, p: 25).

O comportamento racional, entendido como a conduta humana que submete suas impressões sensoriais e seus sentimentos à reflexão do pensamento acerca de conceitos e conhecimentos, não implicava, para Shopenhauer, *“de modo nenhum em retidão e caridade”* (Shopenhauer, 1995, p: 57), uma vez que acreditava que o servir-se de seus semelhantes como instrumentos para a obtenção de fins particulares estaria *“já, talvez, na natureza do olhar humano”* e, se porventura, *“um instrumento tem de sofrer, mais ou menos, durante o seu uso é um pensamento que vem bem mais tarde ou mesmo nunca”* (Shopenhauer, 1995, p: 74) à consciência dos homens. Por isso é que os homens só poderiam conhecer a si mesmos e aos outros mediante a ação, isto é, empiricamente, pois o que falaria à consciência dos homens não seria o desejo, uma vez que este raramente se dava a conhecer, mas a ação.

Shopenhauer reconhecia que o homem pudesse ser moral, que ele pudesse ter naturalmente em si um verdadeiro impulso para a justiça e a caridade que prescindisse da reflexão para se expressar em ato; e tal seria a natureza deste impulso que mesmo o homem mais tosco o poderia sentir e a ele submeter sua ação. Para ele, a moral seria uma qualidade que nós buscamos nas ações dos homens, e nós a procuraríamos por lhe atribuímos um valor mais alto em relação a quaisquer outras, como a inteligência ou a beleza, restando-nos, no entanto, *“para a descoberta do fundamento da ética o caminho empírico, a saber, o de investigar se há em geral ações às quais temos de atribuir **autêntico valor moral**”* (Shopenhauer, 1995, p: 113).

III.7 – Liberdade: a moral na desigualdade

“Essa identificação da liberdade com soberania é talvez a consequência política mais perniciosa e perigosa da equação filosófica da liberdade como livre-arbítrio. Pois ela conduz à negação da liberdade humana – quando se percebe que os homens, façam o que fizerem, jamais serão soberanos –, ou à compreensão de que a liberdade de um só homem, de um grupo ou de um organismo político só pode ser adquirida ao preço da liberdade, isto é, da soberania, de todos os demais. ... Se os homens desejam ser livres, é precisamente à soberania que devem renunciar.”

(Arendt, 1992, p: 212-3)

As relações da moral com a liberdade estiveram sempre bastante próximas e, de certo modo, não se pode tratar de uma negligenciando a outra; e as da liberdade com a política apresentam a mesma natureza. Todo ato humano que se dá no contexto da vida em sociedade é moral e é político e, por conseguinte, diz respeito à liberdade. Assim, ao tratar da organização política da sociedade civil, Rousseau se viu impelido a tratar da natureza humana e, com ela, da liberdade e da moral; da mesma forma que Espinosa, ao se preocupar com a ética, precisou esclarecer o sentido da liberdade e a natureza das afecções que os homens têm a lhes guiarem os atos.

Apesar de seus escritos terem exercido profunda influência sobre a moral contemporânea, Stuart Mill (Mill, 1991) preocupava-se com questões políticas e, mais diretamente, com as restrições que o corpo político de uma sociedade democrática poderia impor à liberdade individual de seus membros. Não indaga o que o homem deve fazer para ser moral, nem se a vontade natural do seu querer apresenta qualquer conteúdo desta natureza; ele quer esclarecer até onde o homem, enquanto membro da sociedade civil e submetido às suas leis, é livre para agir de acordo com sua vontade. Mas uma vontade que não precisa necessariamente ser moral, mas, sim, nascer de um livre-arbítrio.

Deste modo, enquanto alguns filósofos tinham uma preocupação genuína em buscar a moral no homem, em encontrar seus fundamentos, outros acabaram por tratar dela ao buscarem valores que lhes estão umbilicalmente ligados. Rousseau quer mostrar aos homens como eles podem transformar a desigualdade

natural em uma igualdade de direitos; outros querem indicar aos homens os caminhos de um “fazer moral” comum; já Stuart Mill tenta dar a conhecer ao homem, que para Rousseau e Espinosa só pode ser livre enquanto submetido às leis comuns, os perigos que estas podem apresentar quando, buscando a liberdade na vida civil, podem conduzi-lo à escravidão na vida privada.

Mill fala de outro lugar, pois apreende suas idéias de um contexto social e político distinto do de seus predecessores nestas páginas: ele vivencia um regime político que se introduz numa democracia representativa, onde a ditadura da maioria se lhe apresenta quase tão perigosa quanto os regimes absolutistas que a antecederam. Assim, é a liberdade que Benjamin Constant identifica como “dos modernos” que Mill trata de esclarecer. Ele parte de um pressuposto já anterior e coletivamente construído e aceito, o de que as leis devem emergir de necessidades comuns a todos os cidadãos, mas diz que, por outro lado, elas não podem se restringir apenas a isso, pois devem tratar de preservar também as liberdades individuais.

Ele julgava que, nos regimes absolutistas de até então, a idéia de liberdade advinha dos limites que os povos conseguiam ou necessitavam impor ao poder que os soberanos exerciam sobre eles e, portanto, dizia respeito ao exercer coletivo de uma vigilância que impedisse um poder absolutamente arbitrário do Estado sobre os cidadãos. Para Mill, o perigo num Estado democrático representativo era o de se julgar equivocadamente que tal liberdade estaria automaticamente assegurada a todos os cidadãos, pois *“o povo que exerce o poder não é sempre o mesmo povo sobre quem o poder é exercido, e o falado self government não é o governo de cada qual por si mesmo, mas o de cada qual por todo o resto”* (Mill, 1991, p: 48). A democracia representativa não seria o deliberar em praça pública dos gregos, nem a vontade de cada um que se expressava na vontade geral de Rousseau, ela seria *“a vontade da mais numerosa e ativa parte do povo - a maioria”* (Mill, 1991, p: 48), alerta, e esta também poderia degenerar em tirania: a da opinião da maioria sobre cada um dos sujeitos que a ela não pertencesse.

Ao homem, teríamos que garantir a liberdade contra a tirania e o despotismo da democracia política através do estabelecimento de limites à *“legítima interferência da opinião coletiva sobre a independência individual”* (Mill, 1991, p: 49). Mill julgava que algumas regras de conduta podiam e deviam se expressar na forma de leis gerais a serem impostas a todos, enquanto outras, para que se assegurasse a liberdade, deviam estar sob o livre arbítrio de cada um, uma vez que o consenso de todos acerca de tudo não tinha se mostrado possível na história do homem.

E esta história nos mostra que o hábito de tomar por verdades universais seus hábitos e crenças particulares e tentar impô-los como tais aos seus semelhantes tem sido uma prática comum entre os homens, conduzindo-os a cometerem graves violências contra a liberdade humana. Voltaire alertou-nos para os perigos da intolerância ao tratar do caso Jean Calas, lembrando que a diversidade de opiniões entre os homens é uma obra da natureza e, neste sentido, cabe-nos apenas aceitá-la tal como é pois, *“ainda que fôssemos todos da mesma opinião, o que certamente jamais acontecerá, ainda que só houvesse um único homem com opinião contrária, deveríeis perdôá-lo, pois sou eu (a natureza) que o faço pensar como ele pensa”* (Voltaire, 1993, p: 142) (parênteses nosso); e Locke sabiamente apontou a necessidade, que acreditava ser de todos, de impormos limites que restringissem o alcance do poder dos governos ou das religiões sobre as liberdades humanas, pois *“cuidar de almas não incumbe ao magistrado civil ... nem tampouco a quaisquer outros homens ... porque o poder de que dispõe consiste apenas em força exterior; a religião verdadeira e salvadora, porém, consiste na persuasão interior do espírito”* pois, tal é *“a natureza do entendimento que não há força exterior capaz de compeli-lo a acreditar seja no que for”* (Locke, 1964, p: 9 - 10).

Expressiva parte dos argumentos que Mill utiliza para justificar a necessidade de preservação das liberdades individuais, sempre que estas não implicarem em qualquer restrição à liberdade de outrem, advém das injustiças cometidas em prol de uma verdade ou crença religiosa a que todos deviam submeter-se e que, ao procurarem sufocar toda e qualquer opinião ou credo que

lhes fossem contrárias, as religiões iniciaram perseguições que, longe de conduzirem o homem à verdade, apenas haviam mostrado o quão cruéis e injustos eles podiam ser para com os que divergissem de suas crenças e opiniões.

Para Mill, onde quer que houvesse uma classe dominante, “*de seus interesses de classe e dos seus sentimentos de superioridade*” (Mill, 1991, p: 50) emanaria grande parte dos valores morais aos quais seriam submetidos todos os outros homens, expressando-se em regras de conduta e critérios de julgamento que, longe de propiciarem o exercício da livre vontade de cada um, submeteria a liberdade de todos à vontade e aos valores de alguns. O legítimo poder restritivo das leis e dos costumes adviria não de um senso comum, uma vez que este não implicaria obrigatoriamente em consenso de todos, mas da necessidade de restringir-se as liberdades individuais somente na medida em que estas pretendessem, ou necessitassem para sua expressão em ato, que a elas se submetessem outras vontades individuais que lhes fossem contrárias ou, mesmo, apenas diferentes. A liberdade individual somente poderia ser cerceada por outra liberdade individual que a impossibilitasse de expressar-se em ato, sem, com isso, ser violada. Assim, deveria ser livre para expressar-se em ato todo querer ou pensar humano que em nada representasse uma ameaça ao legítimo exercício desta mesma liberdade de outrem.

As pessoas, dizia Mill, habituaram-se a julgar os outros a partir de critérios oriundos mais da força dos costumes do que alicerçados nos ditames da razão; e toda opção que se funda no costume e não no entendimento só pode ser considerada mera preferência pessoal, e esta não pode se dar a autoridade de julgar como certas ou erradas, verdadeiras ou falsas, as ações e as opiniões alheias. E mesmo quando a razão desse por critério ou mérito de seu julgamento a analogia de sua própria opinião para com a dos demais, Mill esclarecia que se tratava, então, da preferência pessoal de muitos, e não na de um só, e que uma preferência pessoal não deixava de sê-lo só porque era partilhada por muitos.

Tal tendência das pessoas em utilizarem suas preferências pessoais como critério de julgamento acerca das ações e opiniões alheias constituiu-se em um dos princípios determinantes das regras de conduta, conduzindo a um servilismo dos

homens para com as supostas preferências ou aversões dos seus senhores temporais ou deuses, pois, para Mill, *“tanto vale aprisionar alguém como privá-lo dos meios de ganhar seu pão”* (Mill, 1991, p: 74). Assim, a opinião pública é quase tão eficaz quanto as leis civis, particularmente para aqueles cujo sustento depende da boa vontade de outrem e de cuja opinião se vêem impedidos de discordar, sob o preço de ficarem sem ter como manter seu sustento e o dos seus.

Também as obrigações que nos são impostas pela força das leis, mesmo as mais impróprias e ilegítimas a que fomos submetidos no correr dos tempos, acabam por adquirir, de certo modo, a força dos costumes e nos habituamos a aceitá-las como se fossem criações do nosso entendimento e necessidade, e não as percebemos como elas são realmente, isto é, que foram criadas exatamente para cercear os costumes que se apresentavam contrários aos interesses do poder que sobre o povo se exercia.

Para ele, o sentimento moral origina-se, de certa forma, nas preferências pessoais e aversões partilhadas pela maioria das pessoas e que estas não expressam, de forma alguma, os interesses e aversões de todos, e, sim, preferencialmente os daqueles que constituem as classes dominantes ou detentoras temporais do poder. Mill acreditava que na Inglaterra havia um certo sentimento de aversão às ingerências do Estado sobre a vida privada, mas que tal não se originava numa genuína preocupação com as liberdades individuais, e, sim, tão somente no reconhecimento de que os interesses do governo eram, via de regra, exatamente opostos aos do povo (Mill, 1991, p: 52). Acreditava que os homens não estavam habituados a julgar a procedência ou não dos atos do Estado no âmbito da vida privada; e que se fazia necessário a todos esclarecer que a *“única finalidade justificativa da interferência dos homens, individual ou coletivamente, na liberdade de ação de outrem, é a auto-proteção”* (Mill, 1991, p: 53). Assim, o homem só responderia perante a sociedade pelos seus atos que dissessem respeito aos outros, e somente neste caso, pois, no que dissesse respeito apenas a si mesmo, o homem seria absolutamente livre e soberano.

Mas Mill reconhecia que esta doutrina não se podia aplicar às crianças ou àqueles homens cuja sobrevivência dependia inteiramente dos cuidados de

outrem, como os intelectualmente deficientes. Nestes casos, dizia, tais criaturas devem ser protegidas não apenas do mal que podem causar aos outros, mas também a si mesmas e, somente neste sentido, podem suas liberdades serem restritas. Então, toda lei civil ou regra geral de conduta que se dispuser a cercear a liberdade de um homem só poderá fazê-lo na medida em que se destine a preservar o interesse alheio. Se um homem lesa outro, deve ser punido pela lei ou submetido à reprovação geral de todos, mas se lesa apenas a si mesmo, só a ele compete julgar tal ato.

No entanto, uma pessoa pode causar dano a outrem não apenas por sua ação, mas também pela sua inação, como vem a ser o caso daquele que se nega a falar a verdade perante um tribunal e, com isso, traz prejuízos a outrem; ou quando o homem se abstém de prestar auxílio a um semelhante quando está ao seu alcance fazê-lo. Em tais casos, cumpre que se imponham as penalidades da lei ou a reprovação geral de todos como medidas coercitivas à repetição de tais ações. Mill reconhecia que é difícil identificarmos uma ação humana que não diga, de forma alguma, respeito a outrem, mesmo que de forma indireta e, neste sentido, o alcance da ação humana em cercear liberdades alheias dependeria sempre de uma análise acurada das particularidades dos sujeitos envolvidos na ação, assim como do contexto em que esta se desenvolveria.

Assim, julgava que seria no âmbito do domínio íntimo da consciência que a liberdade seria absolutamente soberana e livre: para que serviriam as palavras se não para ocultar os pensamentos? Assim, este é livre pela sua própria natureza e nada tem o poder de conduzi-lo em contrariedade à vontade humana. Mas Mill julgava que a liberdade de pensamento não bastava ao homem e que este devia ser também livre para expressar suas idéias e opiniões; traçar planos para o seu futuro; assim como associar-se ou reunir-se a outros homens, através de um comum acordo entre estes, com vistas a quaisquer propósitos que não fossem lesivos à liberdade de outrem. Tais liberdades, e somente estas, poderiam conduzir a uma sociedade livre, onde cada homem seria responsável por sua vida e por sua saúde perante todos e perante si mesmo.

A discórdia e o conflito de opiniões, longe de ser prejudicial, só poderia conduzir os homens a uma proximidade cada vez maior da verdade acerca das coisas e dos homens, pois, toda vez que se fez o consenso pela força e se coibiu a discórdia de opiniões, o mundo conheceu longos períodos de estagnação do conhecimento, onde só a ignorância floresceu, e não a verdade. Assim, a verdade de uma proposição só poderia encontrar-se assegurada pela sua capacidade de sair-se vencedora quando colocada em confronto com aquelas que lhe seriam contrárias. Donde decorre que a autoridade das verdades científicas adviria, não de sua irrefutabilidade como uma verdade absoluta a que todos devessem submeter-se, mas exatamente o contrário: seria por colocar-se sistematicamente à prova que ela adquiriria o status de verdade, pois *“as crenças em que mais confiamos não repousam numa espécie de salvaguarda, e sim num convite constante a todo mundo para provar-lhes a improcedência”* (Mill, 1991, p: 64).

Segundo Mill, não podemos presumir como verdade aquilo que não se permitiu ser refutado, pois, se tal se desse, nossas verdades seriam eternas e imutáveis e a própria idéia de progresso perderia sentido. É porque divergem e, mais do que isso, porque expressam publicamente tais divergências, que os homens puderam corrigir seus erros e aproximar-se da verdade acerca das coisas e de si próprios. A sabedoria, então, adviria da percepção de uma necessidade de conhecermos as opiniões alheias e colocarmos a nossa à prova destas, no sentido de aprimorá-la ou de reconsiderá-la, na busca de uma opinião mais sólida e próxima da verdade; e todo homem que negasse a alguém refutar sua opinião só poderia dar-se por juiz de toda verdade, iniciando-se aí sua trajetória pelos caminhos do obscurantismo.

Mas a verdade seria tão forte e suas vantagens tão evidentes para os homens que ela poderia ser sufocada uma, duas e mesmo centenas de vezes, mas, *“no curso das idades, surgem, em regra, pessoas que a tornam a descobrir, até que coincida um desses reaparecimentos com uma época na qual, por circunstâncias favoráveis, escapa ela à perseguição, de forma a assumir um tal vulto que triunfa das posteriores tentativas de suprimi-la”* (Mill, 1991, p: 72). Os perigos da ausência do debate acerca das proposições que damos por

verdadeiras é de que acabemos por esquecer os fundamentos de nossas opiniões e, mais do que isso, até mesmo o significado delas. Ao aceitarmos os costumes como uma herança que recebemos em confiança e pela qual devemos zelar, deixamos de por à prova as idéias e verdades em que supostamente se apoiaram e, ao permitimos que costumes alheios dirijam nossas vidas e estabeleçam os critérios de julgamento para nossas ações, usurpamos de nós mesmos a liberdade de agirmos em função de verdades e opiniões que nos sejam próprias. Assim, regras de moralidade advindas de hábitos e costumes cujos fundamentos jamais foram postos à prova mediante o debate de idéias e opiniões só podem conduzir à ignorância e à escravidão, e a nada mais além disso.

A sociedade livre de Stuart Mill não se funda em qualquer contrato do qual decorram obrigações sociais, mas do fato da união de todos incorrer na necessidade indispensável de que cada um pague um preço pelos benefícios decorrentes desta união; preço que consiste, em primeiro lugar, em que cada um não ofenda os interesses do outro, quando tais interesses forem considerados, mediante dispositivo legal ou regra para conduta comum de todos, como direitos e, em segundo lugar, que cada homem concorra com suas ações para a defesa e o bem de todos. Tais condições devem ser estabelecidas como um pré-requisito indispensável e fundamental à legítima participação de cada um e de todos na vida coletiva.

Mill não propõe que se propague o egoísmo e que o homem só se preocupe com o seu bem-estar, negligenciando a importância da felicidade alheia e dos meios necessários à sua consecução que não digam respeito, direta ou indiretamente, à sua pessoa. Julga que, em tenra idade, a educação e, mais tarde, a “força dos costumes” e das leis civis podem conduzir os homens aos atos solidários e à busca do bem comum. Ele não afirma que qualidades positivas de caráter não mereçam admiração e que desvios de conduta não sejam passíveis de reprovação, mas, sim, que a ninguém seja infligida a injustiça de ser punido pelo que é, e não pelo que fez. Há que incentivar-se os bons sentimentos, mediante ações positivas de reconhecimento, como a admiração e o mérito aos que neste campo se destacam, reconhecendo, no entanto, que o traço de caráter

ou opinião, por mais nociva aparência que tenha aos olhos de quem se dispõe a julgá-las, pode ser refreado, mas não mudado por imposição alheia ao sujeito. Neste sentido, a sociedade pode impor regras que conduzam ao refrear de desejos cuja satisfação possa incorrer em ações danosas aos outros, mas não pode jamais punir o sujeito simplesmente por este desejar ou pensar de forma diferente dos demais.

A preocupação de Mill não é a solidariedade, apesar de reconhecer-lhe a importância no contexto da vida social, mas, sim, a liberdade. Aquela liberdade cujo usufruto nos deve ser assegurado pelas leis e pelos costumes (daí a moralidade destes) e que impeça qualquer homem de julgar-se com autoridade para impor a outrem um modo de vida ou uma opinião diferente daquela pelo qual optou por sua vontade livre. Mas, como dizia Locke, *“ninguém se queixa da má administração dos negócios do vizinho, nem se irrita contra outro que semeou mal as suas próprias terras ou não casou bem a própria filha, assim como ninguém corrige o perdulário que esbanje os próprios bens na taverna”* (Locke, 1964, p: 24), mas todos estão prontos a manifestar o mais profundo protesto contra aquele que ousa discordar de suas idéias e opiniões, por mais frágeis que elas sejam. Assim, parece que para o homem é mais fácil respeitar a liberdade individual do outro em agir do que em opinar ou pensar de forma diferente da sua, no que diz respeito aos espaços de liberdade que a lei concede à preferência pessoal dos homens.

Seja no âmbito da ação ou da opinião, cada homem tem um conhecimento das coisas e uma experiência de vida que lhe são peculiares e particulares, que só a ele pertencem e que o conduzem a um modo de agir e a um pensar também particulares e peculiares, não concebendo ninguém julgar o outro a partir de conhecimentos e experiências que lhe sejam estranhas ou que ele não possa compreender. Assim, para a factibilidade da união de todos para com todos há que se dar a conhecer aos homens, mediante leis civis ou regras gerais de conduta, o que lhes cabe por direito, o que lhes é imposto por dever e o que lhes é permitido deixar às preferências pessoais, gosto ou caráter. Neste sentido, as ações humanas poderiam ser expressas em dois campos: o da individualidade (onde o homem é conduzido apenas por si mesmo) e o da coletividade (onde o

homem é conduzido pelo que é de todos e para todos), cabendo às leis civis legislar apenas no âmbito desta última e jamais na esfera de ações, no tocante à primeira.

Mas Mill reconhece que a força da lei e dos costumes não se exerce sobre tudo e todos em todas e quaisquer circunstâncias, havendo, portanto, um espaço onde, por razões que denomina como interpretativas, o sujeito pode julgar-se ofendido por outro que jamais teve tal intenção. E, neste sentido, acredita ser este o preço pago pela liberdade individual, isto é, aquele imposto pela necessidade de, ao agir nesta esfera da liberdade - onde as leis e os costumes nada dizem -, todo homem ter que deixar clara sua intenção ao sujeito de sua ação. E aí, como sugere Habermas (Habermas, 1989), a moral se expressa no agir, mas não no agir do “ato em si”, mas sim no ato que comunica para além da ação, que diz ao sujeito algo que ele seja capaz de interpretar pelo partilhar, com o agente da ação, um mesmo conjunto de signos e valores que tornam o julgamento moral de um inteligível ao outro.

A opinião pública de que fala Mill significa, então, na melhor das hipóteses, a *“opinião de algumas pessoas sobre o que é bom ou mau para outras pessoas. Muito freqüentemente, porém, nem mesmo isso significa, pois o público passa com a mais perfeita indiferença sobre o prazer ou a conveniência daqueles cuja conduta censura, para só considerar a preferência dele próprio”* (Mill, 1991, p: 126). São as liberdades individuais que possibilitam à sociedade civil de Stuart Mill um comportamento moral fundado no respeito à liberdade alheia, de forma que esta seria o único motivo legítimo que justificaria o cerceamento da livre expressão humana mediante atos ou palavras.

III.8 - A negação da moral natural e os limites da filosofia

A história da filosofia moral nos oferece variadas e sistemáticas tentativas de explicar ou justificar “a prática que visa condenar ou louvar as ações alheias ou as suas próprias junto àqueles que lhe são semelhantes” a partir de um atributo humano natural que a fundamentaria. Tal atributo natural pôde ser tomado sob as mais diversas perspectivas, como pudemos apreender nas páginas anteriores, mas, a despeito de tal diversidade, todas as interpretações oferecidas validavam a assertiva de que a moralidade advinha da natureza do homem como um ser social, num sentido que tomava a vida em sociedade como a mais adequada à humanidade mesma.

Sob esta visão, o homem poderia enfrentar mais facilmente os desafios que a natureza impunha à sua sobrevivência se os partilhasse com os que lhe eram semelhantes por natureza. No entanto, tomar a vida social como melhor que a existência solitária nunca teve a validação de quaisquer seres humanos que tivessem experimentado as duas formas de vida e pudessem, com isso, comparar os benefícios de uma em relação à outra. De uma certa maneira, o olhar que lançamos aos modos de vida a que o homem esteve sujeito em tempos históricos anteriores ao processo de socialização conduziram à captação de elementos que, através de interpretações diferentes, culminaram invariavelmente por validar a nossa forma de organização social como a mais adequada em relação às outras que a antecederam.

Assim, todas as evidências que nossos ancestrais solitários nos legaram, e que nos conduziram a tomá-los como tendo desfrutado uma vida menos adequada do que a nossa, estiveram sempre sujeitas a serem interpretadas mediante valores construídos e cultuados por homens que optaram por viver de uma forma diferente daquelas que estavam em questão. E este é o primeiro viés inevitável com que nosso olhar se defronta. Há que se observar a história para perceber que o homem sempre foi mais receptivo ao que se lhe apresentou semelhante do que àquilo que, por sua diferença, obrigou-o a proceder a ações de ordem valorativa acerca de seu modo de vida.

A tomada da moralidade como um elemento inevitável ao partilhar da vida social fundou-se na assertiva de que os valores morais estavam naturalmente mais próximos da solidariedade entre os homens do que de seu contrário. Assim, os elementos tidos como os fundamentos para a moralidade que nos foram oferecidos pela filosofia incorreram, ainda que por caminhos diversos, na prescrição da ajuda mútua como força motriz da vida social. Deste modo, a razão, a afecção, a piedade, a compaixão, a disposição da alma e quaisquer outras fundamentações oferecidas, desde os gregos, para a vigência dos valores morais dedicaram-se mais a justificar a premissa da solidariedade do que colocá-la à prova. Constituíram-se, portanto, em tentativas de validação de uma assertiva que fora tomada como incontestável: a de que estamos inevitavelmente inclinados a viver uns pelos outros e, neste sentido, nossa natureza nos imporia a solidariedade como estratégia de sobrevivência.

Não passou, no entanto, despercebido em tais fundamentações que o homem pode, e que invariavelmente o faz, comportar-se de forma desviante daquela preconizada pela moralidade, isto é, mediante ações que concorram mais na competição ou na dominação do outro do que na ajuda mútua. Como estratégia para explicar tais desvios, foram-nos oferecidos os diversos elementos fundadores da moral, sendo a razão o mais cultuado deles, como atributos humanos cujo exercitar constante nos possibilitaria o aflorar pleno da moralidade para a qual estaríamos naturalmente inclinados. Assim, o ato desprovido de valor moral conferiria ao seu agente um caráter que seria, de certa forma, menos humano; dado que este não estaria exercendo plenamente os atributos naturais de sua humanidade. A deficiência moral seria, então, uma humanidade deficiente, menos humana do que potencialmente poderia ser.

Decerto que este caráter potencial e supostamente menos humano do agente desviante possibilitou às leis, se tomadas como expressões de valores morais legítimos, servirem-se de punições que privavam este agente de usufruir as prerrogativas de sua humanidade, a exemplo da liberdade e mesmo da própria vida. Sempre poderíamos argumentar que foi o próprio agente desviante quem, em primeiro lugar, abria mão de sua humanidade e que, assim sendo, as

punições da lei exerceriam sobre ele uma coerção legítima no sentido de obrigá-lo a desenvolver de forma plena os atributos potenciais que sua humanidade naturalmente lhe conferira.

O problema das fundamentações da moralidade é que elas nada mais são do que interpretações possíveis, no sentido de argumentações racionais que defendem um ou outro ponto de vista que não são obrigatoriamente excludentes entre si. Ao contrário, cada uma delas nada mais é do que um modo de justificar diferente uma mesma coisa com a qual todas concordam: que nossa moralidade funda-se na solidariedade como um pressuposto dela mesma. Sendo apenas interpretações possíveis, não oferecem quaisquer verdades últimas e absolutas acerca da origem dos valores que tomamos como guias de nosso estar no mundo. Neste sentido, Foucault esclarece que *“o problema da pluralidade das interpretações, do confronto das interpretações, tornou-se estruturalmente possível pela mesma definição da interpretação que se prolonga até o infinito sem que haja um ponto absoluto a partir do qual se julgue e se decida. De tal forma que isto, o fato de estarmos condenados a ser intérpretes ao mesmo tempo em que interpretamos, é algo que todo intérprete deve saber. Esta plétora de interpretações é certamente um rasgo que caracteriza profundamente a cultura ocidental”* (Foucault, 1997, p: 35).

No tocante às questões da moralidade, este reconhecimento de que interpretações diferentes sempre são possíveis não nos tinha imposto confrontos tão desconfortáveis quanto os que se apresentaram a partir da leitura proposta por Nietzsche. Até então, o homem podia praticar ações desviantes, mas ele era, por natureza, um ser moral. Com Nietzsche foi oferecida uma interpretação radicalmente oposta às até então apresentadas: a moral não seria atributo humano natural, mas, ao contrário, ao homem que se reconheceria racional teria sido tão insuportável perceber-se tal como era, que, em função disto, criara os valores morais para que, através destes, pudesse olhar para seus semelhantes e ver neles refletida sua própria natureza. A moral seria a máscara que o homem criara para que lhe fosse suportável o convívio social mediante o uso da razão.

Ao propor uma inversão absoluta da moralidade, Nietzsche nos destitui de valores que cultuamos por milênios como inerentes à nossa natureza, para tomá-los como instrumentos viabilizadores de uma vida social que poderia ser, e invariavelmente o era, melhor para uns e pior para outros; e onde o contentar-se com o bem comum apresentaria pouco valor para uma natureza humana que tenderia em transcender a si mesma mediante o exercício de uma vontade de poder mais, sempre mais.

Para Nietzsche, a moral seria uma forma de amenizar a dominação que os homens tendiam a exercer entre si e, neste sentido, seus valores tenderiam a sufocar as manifestações da vontade de poder que caracterizaria o homem. Sob tal perspectiva, surge a possibilidade da existência não apenas de um único e universal conjunto de valores morais, mas, sim, de vários e diferentes conjuntos de regras válidas enquanto prescrições para a ação moral. Afirmava que aos filósofos não era permitido enganar-se, *"nem encontrar a verdade por acaso. Antes, assim como é necessário que uma árvore dê frutos, assim nós frutificamos idéias, apreciações; e o nosso 'sim' ou 'não', as nossas razões e as nossas causas desenvolvem-se, aparentadas e relacionadas, como testemunhas de 'uma' vontade, de 'uma' saúde, de 'uma' quinta, de 'um' sol. – Será do nosso agrado estes frutos do nosso Jardim? – Mas que importa isso aos sábios? Que nos importa a nós, os filósofos?"* (Nietzsche, 1991, p: XI). Neste sentido, a filosofia moral devia preocupar-se em apresentar o que apreendia da moralidade enquanto emergente dos atos humanos e não tentar validar através de fundamentações justamente o que estava em questão.

A gênese da moral encontrar-se-ia na vontade de poder que caracteriza o homem de Nietzsche, mas não um poder relacionado simplesmente a um domínio do outro ou de coisas materiais, mas, acima destes, num poder de transcender-se enquanto potência criadora para um ser posterior ao homem: o super-homem. Neste sentido, nossa humanidade seria apenas a passagem de um "estado de ser" para outro "estado de ser" posterior e diferente do antecedente. Assim, os valores morais nada mais seriam do que criações de um ser em estado de transição e, por conseguinte, se apresentariam tão efêmeras e temporais quanto

seu criador. Esclarece então que, *"ao princípio as ações altruístas foram louvadas e reputadas boas por aqueles a quem eram 'úteis'; mais tarde 'esqueceram-se' a origem deste louvor e chamaram-se boas as ações altruístas por costume adquirido da linguagem, como se fossem boas em si mesmas"*(Nietzsche, 1991, p: 2). Deste modo, *"foram os próprios 'bons', os homens distintos, os poderosos, os superiores que julgaram 'boas' as suas ações; isto é, 'de primeira ordem', estabelecendo esta nomenclatura por oposição a tudo quanto era baixo, mesquinho vulgar e vilão. Arrogavam-se de sua altura o direito de criar valores ... a consciência da superioridade e da distância, o sentimento geral, fundamental e constante de uma raça superior e dominadora, em oposição a uma raça inferior e baixa, determinou a origem da antítese entre 'bom' e 'mau'"*(Nietzsche, 1991, p: 3).

Tal transitoriedade toma o homem contemporâneo como a expressão temporal de um longo processo de transição que tenderia a transformar o homem que é naquele que seria o "além do homem". Nietzsche identifica o estado presente da humanidade como uma pré-condição para a emergência de um super-homem, mas não no sentido de um homem contemporâneo com maior quantidade de poder, mas, sim, num homem que, conquanto originário deste homem contemporâneo, dele se diferenciaria por transcendê-lo. Mas tomar o homem como uma ponte ou uma passagem de um estado a outro não implica obrigatoriamente em que este outro estado seja melhor que o anterior, mas apenas que isso é potencialmente possível.

Assim, as opções possíveis com que se defrontaria o homem nesta sua possibilidade de vir a ser um além do homem tomam como pressuposto obrigatório que o homem se transforme, isto é, que se permita ser, em algum momento de sua história, diferente do que é e do que já pode ser. E basta-nos um simples olhar para o que nos foi dado observar e apreender do passado para vislumbrarmos que todas as mudanças ocorridas na natureza advieram de coisas, brutas ou vivas, que se diferenciaram umas das outras num sentido que possibilitou a algumas perpetuarem-se em seu ser e a outras extinguírem-se através dele.

Mas ocorre que esta tendência em transcender-se, em "diferenciar-se do que é" enquanto manifestação de uma potência intrínseca ao homem, traz em seu seio a negação da igualdade como um valor a ser perseguido pela humanidade. E, até hoje, quis a história nos mostrar que todas as tentativas humanas neste sentido apresentaram-se infrutíferas, dado que a desigualdade entre os homens, conquanto condenada em palavras, tem sido ampla e longamente perpetuada em atos. Então, mesmo que tais mudanças ocorressem em bloco e num único momento, conferindo aos homens, em igual quantidade, novos e idênticos atributos, ainda assim seríamos diferentes uns dos outros, porque tais novos e iguais atributos assentar-se-iam em homens que já eram, no estado inicial, diferentes entre si.

Temos, então, que o caminhar em direção ao super-homem implicaria obrigatoriamente na possibilidade concreta dos homens exercitarem, seja entre si, ou com o meio natural que os cerca, suas diferenças, daí que a sociedade humana *"tendo começado por um ato de violência, não podia ser levada a cabo senão por outros atos de violência; e que, por conseguinte, o 'Estado' primitivo teve de entrar em cena com todo o caráter de uma espantosa tirania ... pois ao que nasceu para mandar, ao que se sente poderoso no seu ademan e na sua obra, que lhe importam os contratos?"* (Nietzsche, 1991, p: 52-3). E aos que proclamassem a igualdade, assim diria Zaratustra *"Ó pregadores da igualdade, é o delírio tirânico da impotência que assim clama, em vossa boca, por 'igualdade': os vossos mais secretos desejos de tirania disfarçam-se em palavras de virtude"* (Nietzsche, 1987, p: 113).

Sob tais premissas, os fracos ou os grupos oprimidos, ao pretenderem uma igualdade, negligenciariam o fato de que esta, enquanto igualdade relativa primeiramente às leis, estaria inexoravelmente sujeita ao fato destas últimas terem sido desenvolvidas e legisladas exatamente por aqueles de cujo poder pretendiam partilhar, isto é, os fortes e poderosos. E que, para estes, a formulação e a aplicação das leis nada mais seria do que uma estratégia para a perpetuação do próprio poder, de forma que, se este tivesse que vir a ser partilhado, o fosse apenas entre aqueles que se apresentassem iguais a eles mesmos, isto é, os

fortes e poderosos. No entanto, Nietzsche reconhece, como Hobbes, que, a despeito dos problemas acima, noções como a de justiça ou injustiça seriam exercidas através de leis, mas de uma forma que *"ninguém sentirá para com uma lei nenhuma obrigação maior que a de se inclinar momentaneamente à força que a sustenta: as pessoas, então, imediatamente porão mãos à obra para subvertê-la com uma nova força, a criação da maioria. Por fim - pode-se dizer com certeza - a desconfiança de todo governo, a percepção da inutilidade e destrutibilidade dessas lutas impelirão os homens a uma resolução inteiramente nova: a resolução de pôr fim ao conceito do estado, de abolir a distinção entre particular e público. As companhias particulares gradualmente absorverão a tarefa do estado: mesmo o mais resistente resíduo do que antes foi função do governo (por exemplo, suas atividades destinadas a proteger o indivíduo do indivíduo) será, com o decorrer do tempo, tratado por contratantes particulares"* (Ansell-Pearson, 1997, p: 102).

Nietzsche propõe uma filosofia que trata, em primeira instância, do futuro, num sentido em que tudo que é, só o é tendo em vista um vir a ser do qual ainda estaríamos distantes. Sob este prisma, a cultura é vista por Nietzsche como uma tentativa de refrear os instintos naturais de dominação que os homens tendem a exercer entre si através da submissão a fins e valores que são oferecidos a eles como sendo próprios de sua natureza. A necessidade de buscarmos conhecer uma razão de ser para a existência humana se vê desprovida de sentido na percepção nietzscheana de que nada mais seríamos do que uma ponte - *"uma corda estendida entre o animal e o super-homem"* (Nietzsche, 1987, p: 31) - no sentido que atribui à existência humana um caráter efêmero de transição para sua própria superação. Assim, o super-homem de Nietzsche seria um devir, um vir a ser do homem enquanto passagem, advindo exatamente deste caráter de transitoriedade a grandeza da existência humana enquanto potência em desenvolvimento.

Os valores da moralidade, uma vez criados pelos homens, seriam tão efêmeros quanto seus criadores, pois, como dizia Zaratustra, *"sempre destrói aquele que deverá ser um criador"* (Nietzsche, 1987, p: 75).

Esta perspectiva não apenas joga por terra a possibilidade de que a existência humana seja um fim em si mesma, como a toma como um meio para a consecução de um devir onde o homem não será mais o que é. Faz-se fundamental esclarecer que esta percepção do homem como meio, no entanto, não é a porta aberta para que ele tome o próprio homem como seu escravo ou objeto, mas, ao contrário, ela oferece a possibilidade de criação de um homem diferente deste que já pôde assim agir. Ela é a perspectiva de um futuro onde o um novo ser originado no homem - este é o super-homem de Nietzsche - poderá usufruir de um viver que, sendo potencialmente diferente do nosso, não será obrigatoriamente melhor ou pior, mas, talvez, apenas mais adequado ao aflorar pleno de sua natureza.

Assim, o que Nietzsche nega é a natureza humana tal como a tomaram outras abordagens sobre a questão, de forma que o homem, hoje, não seria nem mau, nem bom, mas, sim, apenas o que a submissão à cultura lhe permitiria emergir enquanto Ser. Já a cultura nada mais seria do que uma criação humana que tenta conferir ao homem atributos que, uma vez não obrigatoriamente naturais, impedem o aflorar de sua natureza enquanto um devir ao super-homem, perpetuando-o enquanto passagem. Para a moralidade de que fala Nietzsche, conceitos como o de livre-arbítrio nada mais seriam do que invenções de grupamentos humanos que, sentindo-se oprimidos pelos mais fortes em determinados momentos da história, desenvolveram valores que lhes possibilitaram tomar suas próprias carências como uma liberdade interior e impor aos opressores um sentimento de culpa por possuírem atributos, como a força física ou a inteligência, em quantidade superior aos demais. Julga que os juízos de valor referentes à moralidade sejam apenas estratégias que nos permitem aumentar nossa sensação de poder sobre o mundo, no sentido de sobre ele exercermos um controle cada vez maior, ampliando nossas forças.

A vontade de poder de que trata Nietzsche não emerge igual e plenamente em todos os homens, dado que estes seriam inevitavelmente diferentes entre si, mas se expressa naqueles que encontram em si mesmos o poder de superar as adversidades da vida de forma a poderem, através deste exercício, perpetuar-se

enquanto devir. O super-homem de Nietzsche é aquele que vê a tragédia e o sofrimento, assim como a alegria e a bem-aventurança, como ocorrências inevitáveis da vida e, neste sentido, cultua valores que lhe permitam superá-las ou reforçá-las para continuar em frente. Assim, longe de propor a possibilidade de qualquer raça ou grupamento humano superior ou inferior aos demais por natureza, o super-homem de Nietzsche emerge mediante um viver que permite ao homem transcender-se e superar as intempéries da vida, dado que, para ele, as adversidades, conquanto pudessem ser em primeira instância indesejáveis, lhe permitiriam superar-se a si próprio e aperfeiçoar-se em direção ao futuro. O super-homem de Nietzsche não desiste jamais, ele é a busca incessante de um superar de si mesmo frente a todas as coisas da vida e, neste sentido não é, por natureza, nem bom, nem mau, é apenas o que nos permite vislumbrar um além do homem.

Sob este enfoque, os conceitos de bom ou mau nada dizem em si mesmos, sendo apenas uma forma que os homens encontraram de se relacionarem através de valores que lhes permitiram sobreviver enquanto vontades de poder que conseguiram transcender-se para além de si próprios. Assim, o “bom” seria apenas um conceito relacionado a algo que fora, em algum momento da história, percebido como mais adequado a uma dada vontade de poder que tendia para uma direção diferente de outras que se faziam possíveis.

Assim, a moralidade, enquanto criação humana, teria surgido a partir de uma sociedade primeira, onde os homens, inevitavelmente diferentes entre si, submetiam-se uns aos outros, inicialmente pela força física e, mais tarde, pela imposição de valores que, antes de tornar todos iguais, perpetuavam o mesmo poder que alguns haviam usurpado aos outros pela força. Daí que o único e autêntico poder, para Nietzsche, era o de criar valores.

A sociedade, diz Nietzsche, não é moral, ela quer parecer moral; a moral só é humana enquanto criação, e não enquanto atributo natural. Para ele, as condutas que os homens enaltecem ou condenam não obedecem a quaisquer regras ou preceitos morais que sejam próprios da natureza humana ou que tenham valor “por si”, pois o que vigora nos juízos de valor moral é apenas a “utilidade de rebanho”, isto é, somente são consideradas como moralmente

valiosas aquelas condutas ou tendências para a ação que se apresentaram úteis à preservação de um dado grupo, num lugar determinado do tempo. E, neste sentido, não pode haver “moral de amor ao próximo” enquanto for tido como imoral somente “*o que parece perigoso para a subsistência da comunidade*” (Nietzsche, 1992, p: 99).

As ações a que os homens se habituaram, com o correr dos tempos e mediante certo consenso, a qualificar positivamente com a denominação de “virtudes” - a exemplo da compaixão, brandura, solidariedade ou estima ao próximo -, e que mais tarde vieram quase a coincidir com o conceito de moralidade, tiveram sua origem relacionada à preservação de um dado agrupamento humano que se sentia ameaçado, não apenas pelas intempéries da natureza, mas, também, por outros agrupamentos humanos com os quais competia pelo melhor espaço ou condição de sobrevivência comum. Daí, que foi o “temor ao próximo”, e não o “amor a este próximo”, que conduziu os homens a qualificarem como virtudes ou vícios os atos de seus semelhantes e, neste sentido, procedem as considerações de Bobbio (Bobbio, 1992), quando este recorda que a regra “não matar” foi inicialmente tida como imoral apenas no interior do grupo; ela não valia quando a ação incorria na morte daquele que era alheio ao grupo, e disto decorre que, ainda hoje, em situação de guerra, matar um adversário não é moralmente condenável.

No entanto, com o correr dos tempos e as mudanças impostas ao homem pelo seu estar e fazer no mundo, Nietzsche esclarece que “*certos impulsos fortes e perigosos, como o espírito empreendedor, a temeridade, a sede de vingança, a astúcia, a rapacidade, a ânsia de domínio, que até então tinham de ser não apenas respeitados como socialmente úteis - sob nomes diversos dos mencionados, naturalmente -, mas cultivados e acentuados (porque necessitava-se constantemente deles em meio aos perigos do todo, contra os inimigos deste)*”, passam a ser sentidos “*bem mais intensamente na sua periculosidade*”, mediante a emergência de condições novas de vida onde “*lhes faltam canais de escoamento*”, de forma que foram, pouco a pouco, sendo “*estigmatizados como imorais e abandonados à calúnia, enquanto impulsos e pendores opostos*

alcançaram honras morais” (Nietzsche, 1992, p: 99 -100). É o temor o pai da moral, e não o amor: a audácia, a coragem e a astúcia, úteis na guerra contra o inimigo, em situações de paz apresentam-se potencialmente ameaçadoras à preservação do grupo, enquanto este não é constituído por homens que as possuam, como dotes naturais, em igual força e medida. O temor é pai também da condescendência para com o próximo, uma vez que a ameaça não advém do sujeito, mas dos atributos deste e, neste sentido, a necessidade não é a de extinguir o sujeito em si, conquanto este possa ser também útil, mas suas tendências ou inclinações a ações potencialmente ameaçadoras: daí a moral como guia dos costumes e, quando tal não basta, o poder coercitivo e punitivo direto das leis.

A moral, para Nietzsche, é uma contraposição ao *'laisser aller'* (deixar ir), é “*um pouco de tirania contra a natureza, e também contra a razão*” (Nietzsche, 1992, p: 87), mas não contra qualquer tirania ou razão, mas contra aquelas que possibilitariam o aflorar de impulsos e hábitos que conduziriam um homem a sobressair-se como potencialmente mais poderoso em relação aos outros, ferindo a suposta e desejada igualdade que sufoca em cada um o sentimento de temor ao próximo e que garante, em situação de paz, a sensação de segurança que a união de todos procura garantir.

Mas este “ser diferente do outro” que nos foi outorgado pela natureza não pode ser definitiva e absolutamente extinto, pela própria natureza dos atributos que o homem define como virtudes, pois tal implicaria em que qualidades como a abnegação e a moderação, ou a ousadia e a astúcia, fossem consideradas valorosas em igual medida para todos, como, por exemplo, para o militar tanto quanto para o sacerdote, o que de forma alguma acontece em nossos julgamentos morais, onde a moderação do sacerdote pode ser a covardia do militar e a astúcia deste a indiscrição daquele.

Os valores morais precisam obedecer, então, a uma certa escala, onde determinados atributos ou traços de caráter são considerados como possuindo maior ou menor conteúdo moral em relação a outros, de acordo com a situação que se apresenta, as características dos sujeitos envolvidos na ação e o grupo ao

qual cada um deles pertence. Neste sentido, faz-se procedente e necessário que exerçamos uma delicada censura, como disse Hume (Hume, 1995), sobre aqueles que nos parecem “bons demais”, na medida em que tal conduta possa implicar que o sujeito alvo desta bondade excessiva possa dela se aproveitar e, ao agir de forma egoísta, violar as regras que tomam o egoísmo como moralmente condenável e que enaltecem a utilidade e o bem comum como pressupostos para os valores morais.

A moral é o parecer que convém, em cada tempo e lugar, à preservação da sensação de segurança de cada um dentro do grupo; é o que possibilita a todos sentirem-se seguros de que nada têm a temer em relação ao próximo. O que cada integrante do grupo é não se constitui em critério para o julgamento moral, e sim o que ele aparenta ser frente ao grupo; é a “utilidade comum”, ou a “não ameaça comum”, de uma ação possível para o agente que a qualifica como detentora de valor moral. O homem pode ser mau, mas não pode agir mal: é do ser como ação que a moral trata, é de um ser que é visível, que é captado enquanto ato, é da aparência que o ser adquire quando emergente em ato, e não do ser em si. Não há natureza humana apreensível no ser, mas apenas no parecer e, para Nietzsche, qualquer bondade natural que não se apresente aos sentidos é mera abstração acerca de um “ser” que, conquanto possa ser bom enquanto desejo ou ideal, para sê-lo enquanto moral precisa emergir em ato, pois só o que nos é dado conhecer pode ser passível de julgamento.

A paixão dos filósofos acerca de uma “forma pura”, de um “ser” que se apresente como o “querer puro e abstrato” de uma natureza humana que não o representa em ato, mas que, ao mesmo tempo, o valoriza positivamente enquanto tal, só poderia emergir de um tal aprofundar-se na natureza dos atos humanos que, reconhecendo-lhes a essência, julgou necessário e imprescindível atribuir-lhe uma aparência que pudesse ser diferente, conquanto não necessariamente contrária, desta “forma pura”. Para Nietzsche, *“quem observou o mundo em profundidade, percebe quanta sabedoria existe no fato de os homens serem superficiais”*, pois *“é o seu instinto conservador que lhes ensina a ser volúveis, ligeiros e falsos”* (Nietzsche, 1992, p: 62) de modo que, ao ocultarem o ser no

parecer, se permitem estabelecer valores positivos para o bem comum e, a partir deles, construir as premissas da moralidade. E é neste sentido que ele estabelece um caminho possível para a filosofia do futuro, onde esta não mais se ocupará do ser - este é nada no mundo que conhecemos, é mera abstração e desejo do pensamento humano -, mas, sim, do parecer, por mais terrível que este se apresente ao olhar humano, que sempre o quis vislumbrar, mesmo que por necessidade, como diferente do que é.

O desejo do homem em conhecer, seja a natureza das coisas ou a si mesmo, vê-se, no entanto, cerceado pela força do costume. Os sentidos humanos dirigem-se naturalmente ao que podem identificar, qualificar ou julgar, a partir dos conhecimentos que possuem; daí nossa dificuldade de comunicação com povos cujos hábitos nos são estranhos, em apreciarmos um som nunca antes ouvido ou em identificarmos como agradável ou não uma imagem jamais vista. Isto demanda um esforço do entendimento e um maior aguçamento dos sentidos, além de nos impor, caso ao nosso cotidiano se incorporem, processos de adaptação ou mudanças. Novas coisas ou novos valores impõem novos códigos de interpretação para os signos e valores que partilhamos, quando não implicam, até mesmo, no seu abandono enquanto tais. Nossos costumes, assim como nossos sentidos, são, pelo menos inicialmente, hostis para com o que é novo ou diferente. Daí, diz Nietzsche, que *"toda companhia é má, exceto a dos iguais"* (Nietzsche, 1992, p: 33), donde nosso hábito de julgarmos os outros a partir de valores que nos são próprios ou, pelo menos, partilhados entre iguais. Tornar nosso o olhar do outro demanda esforço do entendimento e empenho da vontade em reconhecer o outro não apenas como diferente, mas, sobretudo, como igualmente importante e necessário. E este igualmente importante e necessário é o pressuposto de toda moral: se o homem resiste natural e espontaneamente ao diferente, como pode ser moral? A moral não é, então, da natureza humana e, sim, da natureza humanamente definida como necessária. A moral é a máscara necessária que permite ao homem a vida em união com todos.

O homem de Nietzsche não é moral nem imoral, é apenas homem; é o que aparenta ser e nada mais podemos julgar ele seja, pois, além do que parece ser,

nada dele sabemos. O homem de Nietzsche tem vontade de transcender-se e não de ajudar o próximo, e, quando o auxilia, é com vistas a aumentar seu poder, e não o contrário. Neste sentido, quando o homem aceita o novo ou o diferente, não é para transformar-se, mas para acrescentar algo ao que já tem, como novos conhecimentos, novas relações sociais ou novas coisas: ele aumenta o seu poder quando detém maior quantidade de conhecimentos, amizades ou meros bens materiais: *“sua intenção é incorporar novas ‘experiências’, enquadrar novas coisas em velhas divisões - é o crescimento, portanto; mais exatamente, a sensação de crescimento, a sensação de força aumentada”* (Nietzsche, 1992, p: 137) que o homem busca. Ele não busca naturalmente o bem comum; esta é uma necessidade que lhe é imposta para sobreviver e ele só a exercita na medida de sua percepção desta necessidade enquanto tal. A posse ou disposição do que é tido como bem comum é o que o torna igual e, portanto, com o mesmo poder, nem maior nem menor que o poder de todos os outros. E, como diz Nietzsche, um *“bem não é mais bem, quando aparece na boca do vizinho”* (Nietzsche, 1992, p: 47). Para ele, o termo ‘bem comum’ se contradiz, pois é do homem julgar que *“o que pode ser comum sempre terá pouco valor”* (Nietzsche, 1992, p: 47). É este poder que uns têm mais que os outros que conduz alguns homens a comandarem e outros a obedecerem; e a coisa mais antiga de que se tem conhecimento na história do homem é que poucos sempre exerceram comando sobre muitos, daí que a obediência foi o sentimento mais cultivado e exercitado entre estes homens que se supõem iguais. Disto decorre que os preceitos morais nada mais são *“senão propostas de conduta, conforme o grau de periculosidade em que a pessoa vive consigo mesma; receitas contra suas paixões, suas inclinações boas e más, enquanto têm a vontade de poder e querem desempenhar papel de senhor”* (Nietzsche, 1992, p: 96).

Não há natureza de acordo com a moral, nem disposição moral ou bem comum que não seja criação humana enquanto necessidade percebida e temporária em um dado tempo e lugar, diz Nietzsche, e que não conduza o homem à mediocridade e à subjugação de seus talentos naturais, levando-o, não raras vezes, a obedecer e subjugar-se contrariamente ao seu devir. A moral é

para os mediócrs, pois *“julgar e condenar moralmente é a forma favorita de os espiritualmente limitados se vingarem daqueles que o são menos, e também uma espécie de compensação por terem sido descurados pela natureza”* (Nietzsche, 1992, p: 125). A moral é *também* para os mediócrs, mas não só para eles: a moral pressupõe-se, para ser moral, ser para todos, daí a necessidade de várias morais e, mais especificamente, de duas morais: uma para os senhores e outra para os escravos, isto é, uma para os que comandam e outra para os que são comandados, a despeito de toda mediação que se tem tentado estabelecer entre elas.

Para Nietzsche, todas as valorações morais foram primeiramente aplicadas aos homens e somente mais tarde às ações humanas. Daí a ‘nobreza’ ser correntemente associada à ação humana provida de conteúdo moral: o ato moral é o ato nobre. O homem da espécie nobre é o que determina valores, pois é sua nobreza que torna valorosos os seus atos: a qualificação advém do agente da ação e não da ação em si. Aos escravos, a submissão à moral; aos senhores, a criação dos valores que a conduzem. Mas para ser senhor, há que se ter mais poder, mais valor, há que não ser igual. E se a moral é para todos, ela é para todos os que são iguais; se os senhores não são iguais aos escravos, hão que ter uma moral para si que seja distinta da moral daqueles. Mas impõe-se que estas morais possam coexistir como condição necessária para que exista o senhor e o escravo, o que tem mais poder e o que tem menos poder.

As duas morais decorrem como condição necessária da vontade de poder que Nietzsche atribui ao homem. A moral dos poderosos precisa perpetuá-los como tais, e a dos escravos mantê-los na servidão. Disto decorre que a primeira valorize a coragem, a audácia e a sabedoria e que a segunda enalteça a paciência, a humildade e a compaixão. Para Nietzsche, o *“olhar do escravo não é avorável às virtudes dos poderosos: é céptico e desconfiado”* (Nietzsche, 1992, p: 74) em relação a tudo que estes julgam valorosos. Sua moral é elaborada no sentido de propiciar-lhe alívio do sofrimento que lhe é imposto pela sua condição; daí a importância da mão amiga e solidária, da humildade e da compaixão aos que sofrem como eles. Seus valores tem que ser os valores possíveis dentro da

sua condição, daí que a coragem, enquanto virtude, pode ser-lhe nefasta ao colocá-lo contra o senhor e sujeitá-lo às penas da desobediência.

Os valores morais universais decorrem dos *"homens 'das idéias modernas' que crêem quase instintivamente no 'progresso' e no 'porvir'"* (Nietzsche, 1992, p: 173) que uma igualdade entre os homens nos trará. Para esta modernidade, diz Nietzsche, parece estranho e penoso para o gosto que exista uma moral dos poderosos, onde os deveres só se imponham entre os iguais, e que *"frente aos seres de categoria inferior, a tudo estranho-alheio, pode-se agir ao bel-prazer ou 'como quiser o coração', e em todo caso 'além do bem e do mal' - aqui pode entrar a compaixão, e coisas do gênero"* (Nietzsche, 1992, p: 173-174). A moral dos poderosos origina-se na moral dos antigos, mas perpetua-se na moral dos modernos (dos homens de idéias modernas, para parafrasear Nietzsche). A moral dos poderosos é para perpetuar o poder de uns sobre os outros, daí que onde houver dominadores, haverá dominados e, com eles, uma moral de escravos.

O ideal de uma moral universal só pode deixar de ser ideal na condição de não existirem mais hierarquias de poder e, conquanto não conseguimos ainda extingui-las, a moral de uns não vale para outros, nem há qualquer valor moral que possa ser universal. O que tratam os filósofos como moral é pura máscara que enevoa a imagem do "ser moral", para dela fazer surgir um "parecer moral" que conforte o homem acerca de sua condição de efemeridade e passagem. A moral universal é para o conforto das almas, não para o ser ou o fazer dos homens.

Mas, *"contra esta vontade de aparência, de simplificação, de máscara, de manto, enfim, de superfície - pois toda superfície é um manto -, atua aquele sublime pendor do homem de conhecimento, ao tomar e querer tomar as coisas de modo profundo, plural, radical; como uma espécie de crueldade da consciência e do gosto intelectuais, que todo pensador valente reconhecerá em si, desde que tenha endurecido e aguçado longamente o seu olhar para si mesmo, como deve, e esteja habituado a disciplina rigorosa e palavras rigorosas. Ele dirá: 'Há algo cruel nesse pendor do meu espírito' - e os virtuosos e amáveis que procurem convencê-lo do contrário!"* (Nietzsche, 1992, p: 137).

Para Nietzsche, há uma certa crueldade na tentativa humana de responsabilizar o homem pelo que ele é, de atribuir-lhe uma intenção que seja desvinculada do seu ser, de outorgar-lhe o poder de dirigir sua vontade, de conceder-lhe a liberdade para, através dela, responsabilizá-lo por atos de um querer ou de uma vontade que ele é, e não que ele domina. O atingir de um 'ideal de homem', de um 'ideal de felicidade' ou de um 'ideal de moralidade' se lhe apresenta absurdo. Para ele, nós inventamos o conceito de um fim que, na realidade, não existe, dado que "*o homem é necessário, o homem é um bocado de destino, o homem pertence ao todo, o homem está no todo - nada há que consiga condenar, medir, comparar e julgar o todo ... Mas, fora do todo, nada existe!*" (Nietzsche, 1988, p: 54). Não há fatos morais, a moralidade não existe, ela é mera interpretação de certos fenômenos, a despeito de todo valor que se lhe possamos atribuir enquanto utilidade, enquanto instrumento. Para Nietzsche, qualquer valor que atribuamos à moral não poderá residir no fato desta ser um atributo do homem, mas somente um instrumento deste, na medida em que ele busca ser algo que não é. O agir humano não é moral, ele almeja ser moral em busca de um ideal que, no fundo, reconhece inatingível no presente estado da humanidade.

Mas este parecer não é falsidade, ele é o mundo inteligível, o mundo real de nossas paixões e desejos. Um mundo que não é o mundo mecânico da ciência positivista, mensurável empírica e objetivamente; nem o mundo de representações, aparências ou ilusões de que tratam muitos, é simplesmente o mundo que nossos sentidos percebem. Para Nietzsche, "*a razão é a causa pela qual falsificamos o testemunho dos sentidos*" (Nietzsche, 1988, p: 30): nós os damos por mentirosos, acreditamos que eles nos enganam acerca do verdadeiro mundo, subtraindo-nos seu entendimento. Se os sentidos nos dão um mundo real que não queremos, a razão os dá como falsos e promete um mundo ideal a ser perseguido. Mas como o único mundo é o aparente, o mundo verdadeiro é mera ficção humana oferecida pela razão. É a razão salvadora que possibilita ao homem livrar-se do que é, da aparência mentirosa que os sentidos lhe atribuem, para mostrar-lhe os caminhos que conduzem à verdade acerca do homem real, do

homem bom que busca o bem e a felicidade comuns. A tirania da razão não é apenas necessária, ela é salvadora, traz a esperança do homem moral.

Frente ao exposto, faz-se esclarecedor porque Nietzsche foi um crítico feroz da moralidade cristã, pois esta, ao preconizar uma submissão total e absoluta aos valores da Igreja, tomava as adversidades da vida como passaportes divinos conferidos ao homem para o desfrute de uma vida feliz na eternidade. Assim, o dever de todo cristão era o de resignar-se e de aceitar as ocorrências da vida tal como elas se apresentassem, dado terem sido estas geradas mediante uma ordem divina incontestável. Neste sentido, a moralidade cristã constituiu-se na negação absoluta do super-homem proposto por Nietzsche, uma vez que somente este, e não qualquer ordem divina ou sobrenatural, seria detentor do poder de traçar seu próprio destino ao submeter-se apenas à vontade e à natureza de seu ser.

O homem de Nietzsche é, acima de tudo, um criador, no sentido em que cria não apenas valores, mas a si próprio, enquanto um além do homem; enquanto um homem que, ao se desenvolver como ponte, propicia uma condição humana que possibilita a emergência do super-homem. Se o homem é uma ponte para o futuro, as sociedades e valores que ele cria são, também, passagens para uma sociedade do futuro. E, sob este enfoque, Ansell-Pearson (Ansell-Pearson, 1997) toma Nietzsche, também, como um pensador político, no sentido em que este veria a sociedade democrática emergente ao declínio da religião, como destituída de qualquer ordem divina na esfera da política, na medida em que esta implicava numa reverência ao poder instituído. Assim, para Nietzsche, o culto à liberdade individual seria o primeiro passo para um período de tolerância que possibilitaria aos homens cultuarem o pluralismo de valores e, neste sentido, propiciarem a emergência de outras formas de organização social que, a despeito de não sabermos se serão boas ou ruins, poderiam potencialmente conduzir a uma reordenação de valores e, com eles, de nossos modos de vida.

Neste sentido, diz Ansell-Pearson, Nietzsche *“espera que o desenvolvimento de um estado secular ocasione um novo período de tolerância, pluralismo e sabedoria. Convida o moderado e o esclarecido a tirar proveito das*

oportunidades que existem para a mudança social e colocar seus esforços a serviço de uma sociedade tolerante e pluralista, a fim de 'repelir as experiências destrutivas do precipitado e do excessivamente zeloso'(ibid). O otimismo de Nietzsche reflete-se em sua crença de que, quando o estado moderno tiver cumprido sua tarefa, e 'quando toda recaída na antiga doença tiver sido superada, virar-se-á uma nova página no livro da humanidade, em que haverá muitas histórias estranhas para ler e, talvez, algumas delas sejam boas'(ibid)" (Ansell-Pearson, 1997, p: 103).

Ao apreender o lado político das considerações de Nietzsche, Pearson (Ansell-Pearson, 1997) relata que ele tomava como necessário que a sociedade reservasse um espaço para o raro, para o único; um espaço para sentimentos ou esforços que não seriam obrigatoriamente de natureza política, pois julgava que nem tudo na vida obedece ou acontece mediante ordens desta esfera. Assim, julgava Nietzsche *"favorável a uma ordem social que 'mantenha abertos todos os caminhos para a acumulação de moderada riqueza por meio do trabalho', ao mesmo tempo que impeça 'a repentina ou imerecida aquisição de bens'(ibid., 285)"* (Ansell-Pearson, 1997, p: 105). Neste sentido, atribui a Nietzsche palavras que endossariam, a seu ver, uma política trabalhista esclarecida: *"a exploração do trabalhador, percebeu-se agora, foi uma estupidez, um exaurimento do solo à custa do futuro, um risco para a sociedade. Agora já temos quase um estado de guerra: e o custo de manter a paz, de firmar tratados e adquirir confiança, em qualquer caso, será doravante muito grande, porque muito grande foi a loucura dos exploradores, e de longa duração (ibid.,286)"* (Ansell-Pearson, 1997, p: 105).

Assim, a crítica nitzscheana ao socialismo adviria do fato deste implicar uma potencial aniquilação do indivíduo enquanto potência para a emergência de um além do homem, pois, ao postular a igualdade, impedia o homem de diferenciar-se do outro e, neste sentido, estabelecer-se enquanto ponte para o futuro. Quaisquer interpretações da obra Nietzsche se vêem, de certa forma, obrigadas a levar em conta o fato de que ele via o homem como um devir e, neste sentido, impunha o exercício da diferença como condição imprescindível ao processo que culminaria num além do homem. Julgamos que um dos problemas

relativos ao entendimento do super-homem de Nietzsche refere-se à tentativa de interpretá-lo a partir de uma leitura da moral tradicional, a qual, por princípio, ele nega. Ao tomar o homem como um fim já plenamente alcançado pela natureza e, em vista disso, como algo a ser preservado no seu estado presente, a moral tradicional nada mais faria do que prescrever regras que, ao ignorarem este homem como um devir, impedem-no de tornar-se o “além do homem” possível para Nietzsche.

A questão, fundamental ao nosso propósito, emergente da filosofia nietzscheana é a oferta que ela nos faz de uma moralidade absolutamente temporal. Ela permite tanto a negação ou a dissolução da própria moral enquanto necessidade de diretrizes para a ação, como possibilita que, caso esta se perpetue, possa pautar-se em valores e regras diferentes, de acordo com os modos de vida que o homem ouse criar para si. Neste sentido, a filosofia de Nietzsche vem ao encontro do sentimento pós moderno de que somos falíveis e de que as respostas definitivas acerca das coisas fundamentais da vida ainda estão por serem dadas. De que somos senhores de nosso destino de uma forma tal que a ninguém caberá responder por ele senão a nós mesmos. Caberá ao homem ser criador de um futuro que não está dado e que exige, de cada um de nós, a vontade de transcender-se para um ser além deste homem de hoje.

O problema da filosofia moral, a nosso ver, não repousaria em sua tentativa de propor valores, mas, sim, em pretender que estes sejam universais e, neste sentido, negar à natureza a possibilidade de criação, a partir do homem, de um novo e outro ser. A crença de que existam verdades últimas sobre as coisas da natureza e sobre nós mesmos, e que se expressa na ciência através de uma submissão a paradigmas (Kuhn, 1969), emerge no pensamento filosófico que toma o homem como um fim em si mesmo.

Os limites da reflexão filosófica tradicional advêm do fato de que ela toma o homem não como ele é, mas como julga que este deveria ser. A proposição do homem como um dever ser, que se expressa de forma plena na filosofia kantiana, toma como ponto de partida uma assertiva - a de que já detemos todos os atributos que nos possibilitarão perpetuarmos-nos enquanto seres - cuja

veracidade só o futuro poderá, algum dia, assegurar. E este tem sido o grande desafio que o homem impôs a si mesmo – o de tomar-se como produto final da natureza. Frente a tal percepção, restou-lhe tentar preservar-se no seu ser utilizando os atributos que conseguiu identificar como lhe sendo próprios. Mas nada nos garante que possuamos sentidos que nos permitam captar-nos como realmente somos, nem atributos para nos tornarmos diferentes do que somos.

Se existe um desejo de aperfeiçoamento humano, no sentido de criação de um ser que cultive a solidariedade com tudo e com todos os elementos da natureza no sentido de perpetuá-la, este ser não será o homem tal como ele é hoje, mas um além do homem. Enquanto o homem preservou-se no seu ser, e ele tem assim procedido durante toda a história humana que conhecemos, os preceitos morais nada mais foram do que ideais. E a importância dos valores morais não está no que propõem como fundamentos para a ação humana, mas nas ações mesmas que eles buscam; no fato de serem a expressão da capacidade humana de guiar-se pelo que é intangível e, com vistas a isso, de propor-se ser o que não é.

Assim, a filosofia pôde, até agora e no máximo, propor ações que, conquanto se fizeram inteligíveis à razão, ainda não se mostraram possíveis enquanto atos humanos. E é isto que este trabalho busca apreender: a emergência em atos – que são aqui tomados não em si mesmos, mas enquanto descrições de práticas humanas – dos valores que julgamos nos serem próprios enquanto seres morais.

A dificuldade primeira com que nos defrontaremos neste exercício repousa na constatação de que os atos humanos que nos chegarão aos sentidos não corresponderão obrigatoriamente à plenitude dos atos humanos possíveis, nem a totalidade dos atos humanos efetivamente realizados por aqueles que os relatam. Daí que quaisquer preceitos ou regras deles emergentes nos indicarão, no máximo, possibilidades e desejos e não quaisquer verdades últimas acerca de uma ética médica a ser prescrita.

Assim, nosso olhar buscará propiciar uma compreensão maior acerca da compatibilidade entre a prática médica que se faz possível executar, ou relatar, e os valores éticos que lhe são apresentados como guias para a ação.

IV – O espaço da ética no discurso da técnica

“O mundo da vida constitui, pois, o contexto da situação de ação; ao mesmo tempo, ele fornece os recursos para os processos de interpretação com os quais os participantes da comunicação procuram suprir a carência de entendimento mútuo que surgiu em cada situação de ação. Porém, se os agentes comunicativos querem executar seus planos de ação em bom acordo, com base numa situação de ação definida comum, eles têm que se entender acerca de algo no mundo. Ao fazer isso, eles presumem um conceito formal de mundo (enquanto totalidade dos estados de coisas existentes) como aquele sistema de referência com ajuda do qual podem decidir o que, em cada caso, é ou não é o caso.”
(Habermas, 1989, p: 167)

As idéias e proposições emergentes na presente análise advêm da interpretação de cento e setenta e três textos, publicados entre os anos de 1990 e 1996, acerca de três procedimentos médicos específicos, em dois periódicos de ampla circulação. Tal especificidade impõe-nos a cautela de reconhecer que o que emergirá destas páginas contemplará apenas algumas das várias possibilidades de expressão acerca do que vem a se apresentar como um conflito ético para os médicos contemporâneos.

Pode-se inicialmente observar uma certa equivalência entre a quantidade de textos publicados sobre cada um dos temas aqui abordados – 87 sobre “transplante renal”, 64 sobre “cuidados ao paciente terminal” e 22 sobre “fertilização in vitro” – e a frequência com que são executados na prática da medicina contemporânea. Assim, os cuidados ao paciente terminal e os transplantes renais constituem práticas mais comumente executadas do que as fertilizações in vitro.

Tal equivalência pode decorrer de uma tentativa, por parte dos corpos editoriais das revistas utilizadas, de selecionar os textos a serem publicados mediante critérios que contemplem uma representação, qualitativa e quantitativa,

das deficiências e problemas, assim como dos benefícios e sucessos, relacionados às diversas práticas que compõem a medicina contemporânea. Da mesma forma, ao analisarmos os textos sobre cuidados ao paciente terminal, observamos a presença de um certo equilíbrio entre os vários enfoques conferidos ao tema, a exemplo de seus custos frente a uma realidade de recursos escassos, de seus aspectos legais relacionados principalmente à eutanásia, da adequação operacional das instituições de saúde à sua especificidade enquanto prática e, finalmente, dos componentes humanitários indissociáveis à consecução destes cuidados.

A partir do exposto, esclarecemos que a distribuição quantitativa dos vários enfoques possíveis para cada um dos temas analisados, assim como a relação quantitativa entre o número de artigos publicados no período sobre cada um dos temas, não serão aqui tomados como elementos passíveis de análise. Tal opção se funda na possibilidade de que tais distribuições estejam relacionadas mais a critérios de seleção editorial, do que a qualquer hierarquia decorrente da relevância conferida pelos médicos aos temas em questão. Assim, nossa análise restringir-se-á ao conteúdo dos discursos proferidos mediante enfoque direcionado para problemas percebidos como potencialmente relacionados à questões de natureza ética.

A característica mais proeminente destes textos é que eles centram seu discurso em questões de ordem técnica, a exemplo de testes de histocompatibilidade, condutas clínicas, etc. São textos escritos por médicos para serem lidos por outros médicos, onde considerações de ordem não técnica são extremamente raras e, mesmo quando ocorrem, não se desenvolvem como núcleo central do texto, mas apenas de forma pontual ou marginal.

Apesar de encontrarmos, em vários textos, elementos que, apesar de dispersos, podem ser entendidos como evidências de uma preocupação com os aspectos humanitários da medicina, estes nem sempre se caracterizam explícita ou prioritariamente como de ordem ética. De uma maneira geral, as referências aos conflitos éticos são descritas, ou apenas mencionadas, de forma análoga aos relatos dos efeitos colaterais descritos em bulas de medicamentos, isto é, são

apenas reconhecidos como eventos possíveis, mas não demandam desvios do núcleo discursivo central que está sendo desenvolvido.

Emergiu, como característica comum aos discursos técnicos proferidos sobre os três temas analisados, uma tendência que evidencia a solução dos conflitos éticos como factível apenas e na medida em que estes sejam mediados por reordenações relacionadas ao campo dos valores morais; numa negação velada e implícita a quaisquer perspectivas de questionamentos de validade acerca das técnicas médicas propriamente ditas que estão sob análise. Julgamos que tal perspectiva faz-se plausível, em primeira instância, devido ao reconhecimento, pela comunidade médica, de que as técnicas aqui analisadas - transplante renal, cuidados ao paciente terminal e fertilização in vitro - são procedimentos validados pelo conhecimento científico, e, que, assim sendo, encontram-se fundamentadas em assertivas e premissas universalmente reconhecidas como verdadeiras e válidas.

No entanto, apesar de tomar a técnica, e, com ela, os conhecimentos científicos que a validam, como guias norteadores de suas práticas, a medicina não consegue prescindir de fazer escolhas de validade, uma vez que seu exercício contempla, também e obrigatoriamente, componentes de ordem não técnica. Há consenso de que, em relação aos seus componentes técnicos, a medicina atue à semelhança de quaisquer outras ciências duras, a exemplo da física ou da matemática, mesmo porque encontra nelas sua fundamentação. Neste sentido, e como já esclareceu Kuhn (Kuhn, 1969), submete-se a paradigmas que nem sempre respondem adequadamente todas as questões que lhe estão potencialmente relacionadas, de forma que vê-se compelida a caracterizar certos problemas, pelo menos temporariamente, como irrelevantes ou insolúveis no âmbito da técnica e, em não raras circunstâncias, como não científicos¹³.

¹³ Exemplo desta ocorrência pode ser observada na acupuntura: a constatação de que seus efeitos analgésicos se encontram mediados pela liberação de endorfinas concorreu para a validação científica desta técnica milenar, cuja eficácia, apesar de se mostrar inquestionável em variadas condições clínicas, nem sempre pôde ser facilmente compreendida pelo olhar da medicina ocidental e, neste sentido foi, durante longo tempo, praticada de forma marginal dentro da medicina contemporânea.

Segundo Kuhn, enquanto prática desenvolvida sob as premissas e verdades dos paradigmas científicos, *"a ciência normal não se propõe descobrir novidades no terreno dos fatos ou da teoria; quando é bem sucedida, não as encontra"* (Kuhn, 1969, p:77). Assim, as descobertas são novidades relativas a fatos e, neste sentido, não constituem objeto da ciência normal, de forma que sua ocorrência seria desencadeada pela consciência de anomalias, como se a natureza estivesse violando as expectativas paradigmáticas que orientam a ciência normal onde esta anomalia emerge. Diante de tais anomalias, as explorações decorrentes se desenvolveriam no sentido ou de incorrer num ajuste do paradigma (vide Kuhn, 1969, p: 78), de forma a converter o anômalo no esperado, ou numa efetiva mudança de paradigma.

Se entendermos como ciência normal o processo que culmina no surgimento de novas tecnologias médicas, pode-se transpor para tal processo a observação de Kuhn de que, como a ciência normal, ele consista na solução de quebra-cabeças e, neste sentido, se constitua *"num empreendimento altamente cumulativo, extremamente bem sucedido no que toca ao seu objetivo, a ampliação contínua do alcance e da precisão do conhecimento científico"* (Kuhn, 1969, p:77).

Decorre deste processo a tendência de tomar como relevantes prioritariamente os problemas cujas soluções se encontram potencialmente contempladas nas premissas dos paradigmas vigentes. Para Kuhn, *"é sobretudo nos momentos de crises reconhecidas que os cientistas se voltam para a análise filosófica como um meio para resolver as charadas de sua área de estudos. Em geral os cientistas não precisaram ou mesmo desejaram ser filósofos"* (Kuhn, 1969, p: 119) e, para ele, *"o recurso à filosofia e ao debate sobre os fundamentos são sintomas de uma transição da pesquisa normal para a extraordinária"* (Kuhn, 1969, p: 123). Assim, *"a noção de ciência normal depende mais da existência desses fatores do que da existência de revoluções"* (Kuhn, 1969, p: 123).

Mas ocorre que, enquanto no campo da técnica, apenas um paradigma é tomado como válido a cada vez, no campo da arte o problema é de outra natureza. Este último não se refere obrigatoriamente ao que é verdadeiro ou falso de forma absoluta, mas, ao contrário, oferece a perspectiva de que as coisas, ou

as ocorrências da vida e da natureza, possam se apresentar válidas ou inválidas, certas ou erradas, ruins ou boas de forma condicional; dependendo, em primeira instância, mais dos contextos em que se dão e das características dos sujeitos nela envolvidos, do que de quaisquer verdades universais. Isto implica em que, no campo da arte, a medicina possa ser plural, no sentido em que os conhecimentos e valores que lhes são próprios apresentam a perspectiva da não exclusão, isto é, de que os contrários possam coexistir sem que tal implique numa menor validade de um ou de outro. E é esta pluralidade que impõe à arte da medicina a necessidade de, tendo que tomar decisões, proceder também à escolha de critérios de ordem valorativa, os quais nem sempre apresentam igual valor e relevância para os sujeitos envolvidos na ação.

Já na esfera da técnica, uma vez que os valores se encontram estabelecidos e validados de forma incondicional e universal, não pelo médico ou pelo paciente, mas pela ciência, a tomada de decisão se torna aparentemente mais segura e simples, dado que as opções possíveis - quando há mais de uma - são oferecidas não pelos envolvidos mesmos, mas pela ciência. E esta, enquanto teoricamente relacionada apenas a verdades ou falsidades, encontra-se potencialmente isenta de responsabilidades de ordem valorativa, como as que dizem respeito ao bem ou ao mal, ao certo ou ao errado. Donde se supõe que as decisões médicas de ordem técnica não contemplem questionamentos propiciados por quaisquer valores que não sejam objetivamente reconhecidos como válidos pela ciência, a exemplo dos de natureza idiossincrásica, religiosa, cultural ou moral.

Deste modo, questões de natureza ética são vislumbradas sob um enfoque técnico, através de discursos como este, proferido acerca das novas fronteiras da idade reprodutiva feminina, viabilizadas pelas técnicas de doação de óvulos: *"There are certainly legal, ethical, and pragmatic concerns associated with the use of donated oocytes in general. However, these concerns are limited when donated oocytes are used to establish pregnancies in women of normal reproductive age who have been born without functional ovarian tissue or who have lost ovarian function prematurely. ... However, pregnancy is a major stress on women's*

organs systems. As there is a decrease in the functional reserve of most organ systems with age, is there a point (or where is the point) at which the stress imposed by a pregnancy in an 'older' woman represents an unacceptable risk? Similarly, is there an age beyond which a woman's organ are unable to adequately provide the nourishment required for normal growth and development of a fetus? ... These questions cannot be answered at the present time. It is only with the continuation of well-designed and critically scrutinized clinical trials that answers to the above questions will be forthcoming." (Quigley, 1992, p:1321); ou apenas mencionando a presença de questões éticas, ao analisar os custos da fertilização in vitro: "*In vitro fertilization forces us to confront difficult questions: Who should have access to procedure? Everyone? Only childless couples? Only couples with a presumably good chance of success? And who should pay for the procedure? ... To be sure, some of these questions can be answered not by analyses of costs and outcomes, but only by considerations of ethical judgements and social values. However, our analyses can help elucidate the economic implications of in vitro fertilization and thus inform the debate. ... Those who oppose the inclusion of in vitro fertilization as a health insurance benefit tend to argue that there are more important uses for society's scarce resources. ... In the absence of government intervention, a private market for in vitro fertilization would still exist.*" (Neuman, Gharib and Weinstein, 1994, p: 241 e 242); ou, ainda, tomando a técnica como premissa de legitimidade, ao discutir os novos limites da idade reprodutiva feminina: "*The question 'How old is too old?' remains controversial, as does the issue of the appropriate application of the technology. These concerns are hotly debated and no consensus exists, or is likely to exist. ... Our data provide reassurance that many individuals, regardless of age, may safely achieve pregnancy long after the ovary ceases to provide reproductive function.*" (Sauer, Paulson, and Lobo, 1992, p: 1279).

Podemos vislumbrar que a solução de conflitos éticos, no âmbito da medicina, encontra-se umbilicalmente ligada à perspectiva de uma intersecção possível entre os valores subjetivos que os homens julgam mais adequados a si próprios e os valores objetivos que a ciência lhes preconiza como mais

adequados, no tocante à solução de seus problemas práticos. O que o discurso da técnica evidencia é que, diante da perspectiva de terem que questionar um ou outro, os médicos julguem menos problemático prescrever a necessidade de reordenamento dos valores relacionados à arte, do que os que entendem como próprios da técnica, dado que o questionamento desta implicaria na potencial invalidez dos conhecimentos que a ciência preconizou como mais adequados ao homem. E estes, por sua vez, ao fundarem-se em verdades universais, não se encontram sujeitos a quaisquer proscricções de ordem particular ou contextual.

Deste modo, ao optarem por uma reordenação ou readequação de valores de ordem moral, os praticantes da medicina viabilizam que esta siga em frente sem descaracterizar-se como prática ética e, ao mesmo tempo, não lhe impõem a necessidade de qualquer “abrir mão” da utilização de procedimentos que estejam, ainda que apenas potencialmente, associados ao que entende por “progresso médico-científico”. Em outras palavras, os conflitos éticos expressos nos textos analisados questionam a validade de preceitos e regras morais, e não a validade dos procedimentos médicos mesmos, sob os quais tais conflitos emergem: se há algo que é percebido como destoante ou como conflitante, estes são os valores e preceitos da ética, e não quaisquer procedimentos ou técnicas médicas específicas.

As abordagens da ética aqui elaboradas encontram-se emergentes ao senso comum, de forma em que os conflitos que lhes são associados de forma mais explícita relacionam-se ao interdito da morte, e não a questões como justiça ou equidade. E estas, quando surgem, só se desenvolvem na medida em que reforçam a necessidade de ampliação da esfera de ação técnica, e não de reflexão ética, como veremos adiante em relação ao acesso aos órgãos para transplantes.

Neste contexto, a prática da eutanásia é apreendida por uns como uma ocorrência inevitável frente ao imperativo para a utilização dos procedimentos disponíveis para o prolongamento da vida e, neste sentido, uma eventual reordenação dos valores morais relacionados ao interdito da morte seria também igualmente inevitável. E sobre isso, assim argumenta Benrubi, “*the situation is*

*analogous to that of a parent who encourages a child to climb higher and higher up a tree, telling the child that he or she can climb forever upward without fear, until the highest branch is reached. Finally, the child arrives at the top of the tree, but cannot get down without the parent's help. At the point the parent says: 'I'm sorry, I got you up there, but I will not help you come down'" (Benrubi, 1992, p: 197). Já os discursos que a condenam, explícita ou veladamente, não expressam, como uma opção possível frente ao interdito da morte, qualquer perspectiva de questionamento da validade dos procedimentos que implicam num prolongamento da vida e, com eles, num prolongamento em igual medida dos sofrimentos humanos. Ao contrário, sugerem que a solução do problema encontra-se contemplada mediante a mesma perspectiva de desenvolvimento tecnológico que culminou no seu surgimento, isto é, que solucionaremos tais problemas mediante a emergência de novas tecnologias minimizadoras dos sofrimentos físicos e psíquicos associados ao final da vida, como explicita Berry: "*Research on how to maintain the comfort of the patient with irreversible illness has been neglected just when biotechnology serving to prolong the last phase of life has rapidly developed.*" (Berry & Lynn, 1993, p:221).*

No entanto, a despeito de todo discurso que toma como imprescindível a preservação do interdito da morte, no sentido de uma prática vetada à medicina – mediante o argumento de que tal proscrição implicaria na sua potencial descaracterização ou dessacralização enquanto prática moral - há indícios (Foley, 1997) de que, na intimidade da relação médico-paciente, a eutanásia venha sendo praticada, como um imperativo ético à medicina, de forma mais freqüente da que é explicitamente relatada. Sobre tal ocorrência, assim Back se pronuncia: "*In conclusion, our empirical study of patient requests for physician-assisted death documents the frequency of patient requests, physicians perceptions of patients concerns, the scope of physicians evaluations, and physicians responses. We do not intend for these data to support or oppose physician-assisted death. However, we do think these data shed new light on the debate over such practices. Patient requests for physician-assisted death are not rare. Patient concerns underlying these requests are often nonphysical. Physicians do not consult each other often*

about these cases. Physicians occasionally provide physician-assisted death. We believe that further quantitative and qualitative study, informed by ethical reflection, could help both physicians and patients think about these issues and improve medical care for all patients near the end of life."(Back e cols, 1996, p:925).

Por outro lado, as peculiaridades dos cuidados providos aos pacientes terminais têm imposto que estes se desenvolvam em instituições especificamente destinadas a tais atividades, como os "hospitais de retaguarda", no Brasil, ou os "hospice", nos EUA. No entanto, a despeito de reconhecerem a necessidade de tais instituições, estas são percebidas como relacionadas de forma marginal com as outras instâncias dos cuidados médicos. Tal percepção advém da constatação de que elas não se constituem em cenário de treinamento para o processo de formação médica, acentuando, assim, a percepção da morte como uma falência da medicina.

O espaço marginal conferido aos cuidados ao paciente terminal no processo de educação médica é expresso, em alguns discursos, de forma bastante explícita, como *"...most physicians and nurses have not been trained in caring for the terminally ill, and many are not comfortable in doing so. There is little education in pain control in most medical and nursing training.*"(Rhymes, 1990, p: 371); ou *"partly because the hospice movement has taken place outside the hospital setting, its success has not been accompanied by improvement in the way medical students and physicians-in-training are taught to care for dying patients."* (Cassel & Vladeck, 1996, p: 1232). E ainda, *"in addition to expanding options for patient care, the proposal to set up a hospice-like alternative-care unit is intended to create an environment in wich medical students, house staff, and fellows can learn to address end-of-life issues more comprehensively. Critics have repeatedly cited deficiencies in this aspect of clinical education."*(Miller & Fins, 1996, p:1741).

A perspectiva de que os hospitais de retaguarda implicassem numa minimização dos custos da atenção aos doentes terminais vem sendo questionada, como esclarece Emanuel : *"advance directives and hospice care have been proposed as methods of reducing medical cost at the end of life; both*

can transform 'good ethics [into] good health economics' ... a related proposal to save money at the end of life is to reduce 'futile care'. What constitutes futile care is controversial ... None of the individual studies of cost savings at the end of life associated with advance directives, hospice care, or the elimination of futile care are definitive. Yet they all point in the same direction: cost savings due to changes in practice at the end of life are not likely to be substantial." (Emanuel & Emanuel, 1994, p:540 e 543); e Emanuel: *"Other studies of hospice also demonstrate significant reductions in hospital use concentrated in the last month of life. This indicates that most of the savings from hospice is a result of reduced use of inpatient services during the last month of life. Again, savings from hospice and advance directives during the last 30 days of life or the terminal hospital stay provide the majority of savings; savings diminish when assessed over more months."*(Emanuel, 1996, p: 1912 e 1913).

A segregação ou a marginalização do morrer e dos cuidados associados ao final da vida dentro dos sistemas de saúde vêm se tornando, a cada dia, mais difíceis de serem praticadas, particularmente em decorrência do acelerado processo de envelhecimento da população e da disponibilidade crescente de tecnologias que quase perpetuam, se não a vida, pelo menos o sofrimento. E, neste sentido, assim esclarece Brody, : *"modern medicine has come to see a patient's death as a failure, and the unavoidable approach of death as a reason to back off rather than as a call for even more intensive medical engagement (albeit palliative rather than curative)"*, de forma que *"it is moral cowardice and social unresponsiveness on the part of the medical profession not to state in the strongest possible terms that either overtreatment or abandonment in these circumstances is inappropriate care. Therefore, a good death as a medical success story proclaims a standard that, if had the confidence of the public, would presumably reduce the demand for assisted death by a substantial degree."* (Brody, 1992, p: 1385).

Frente ao exposto, apreende-se a emergência de um sentimento de que se faz necessária uma redefinição de objetivos, no sentido de esclarecer que *"the role of medicine is sometimes to cure, but always to comfort. It is ironic that the concept*

of comfort care has been eclipse in this high-technology era. Nonetheless, it is never too late to provide greater comfort, especially since we have extraordinary pharmacologic and others tools with wich to do so. Nothing is more gratifying than being able to relieve pain and suffering." (Cassel & Vladeck, 1996, p: 1233).

Uma segunda característica, emergente apenas no discurso dos que provêem cuidados a pacientes terminais, é o reconhecimento da integralidade e da indissociabilidade do homem enquanto provido de corpo e alma, num sentido que se contrapõe à visão mecânica do corpo humano, advinda da ciência moderna e perpetuada pela medicina contemporânea. A visão desta integralidade humana teria sua origem na percepção de que, a despeito de serem organicamente constituídos de forma extremamente semelhante uns dos outros, os homens mostram-se sobremaneira diferentes entre si, no tocante aos seus sonhos e desejos; e estes, nesta esfera dos cuidados médicos, e em não raras vezes, se estabelecem como os únicos elementos que permitem aos pacientes terminais enfrentarem seus sofrimentos e seguirem em frente.

A este respeito, assim escreve Quill: *"Working intensively with dying patients can be both enriching and draining. It forces us to face our own mortality, our abilities, and our limitations. It is vital to have a place where we can openly share our own grief, doubts, and uncertainties, as well as take joy in our small victories. For us to deepen our understanding of the human condition and to help humanize the dying process for our patients and ourselves, we must learn to give voice to and share our own private experiences of working closely with dying patients. ... The patients with whom we engage at this level often become indelibly imprinted on our identities as professionals."*(Quill, 1993, p: 873); enquanto Pellegrino afirma que: *"The physician controls the availability and timing of the means whereby the patient kills himself. Physicians also judge whether the patients are clinically depressed, their suffering really unbearable, and their psychological and spiritual crises resolvable. Finally, the physician's assessment determines whether the patient is in the 'extreme' category that, per se, justifies suicide assistance. The opportunities for conscious or unconscious abuse of this power are easy to obscure, even for the best-intentioned physician. ... The*

physician might follow all of Quill's recommendations (eg, be honest and compassionate and listen to the patient), but find it virtually impossible to separate personal values from interaction with the patient."(Pellegrino, 1993, p: 874); e Caine & Conwell: *"Despite Dr. Quill's eloquence, how many primary care providers have his skills or practice in settings that encourage or allow their full expression? Quill and Kervokian are both proposing new relationships between physicians and patients, and we doubt that legislation can easily address these complex issues."* (Caine & Conwell, 1993, p: 876).

Concorre, como viabilizadora desta visão integral do homem, uma característica que se faz peculiar à esfera dos cuidados a pacientes terminais, que é o defrontar-se inevitável com a perspectiva concreta da morte, não de órgãos ou tecidos, mas de seres humanos. Diante de tal situação, a medicina não consegue atuar mediante o modelo hegemônico de abordagem biomecânica que lhe garantiu o status de ciência, porque precisa de instrumentos que transcendem a racionalidade e a objetividade inerentes ao raciocínio científico. Mas, como já dissemos antes, a educação médica não propicia treinamento adequado para a abordagem satisfatória de tais questões, - porque isto implicaria no reconhecimento explícito de que a medicina, enquanto ciência e técnica, não tem respostas para todos os sofrimentos a que o homem está potencialmente exposto durante a vida. E, neste sentido, ela é, potencial e inexoravelmente, falível. O problema de reconhecer uma potencial falibilidade da medicina implica, no entanto, na aceitação, em igual medida, da falibilidade das ciências em que se apóia.

Mas, como já dissemos, faz-se imperativo ao médico proceder a tomadas de decisão mediante a utilização de critérios de ordem não técnica, os quais, além de não serem, nem sempre, nem incondicionalmente, válidos, necessitam ser avaliados e validados em dupla mão, isto é, através de uma negociação entre médico e paciente. E, na esfera da arte da medicina, não há quaisquer verdades universais ou absolutas, onde paciente e médico possam se apoiar, a despeito de todo o esforço empreendido pelos partidários da ética dos princípios ou pelos defensores das "advance directives".

Mesmo o seguimento de protocolos, técnica amplamente difundida e aceita, e que conferiu inúmeros sucessos à medicina, faz-se freqüentemente impraticável nestas situações. Tais instrumentos - ao fundarem-se na assertiva de que o organismo humano atua à semelhança de uma máquina, no sentido em que obedeceria a regularidades válidas para qualquer corpo humano - contemplam regras de conduta, expressas de forma direta e explícita, a serem seguidas frente a situações mórbidas específicas, as quais, por sua vez, seriam identificadas mediante parâmetros objetivos e mensuráveis. E ainda estamos muito distantes da perspectiva, se é que esta se apresenta minimamente factível, de identificarmos os valores humanos com a precisão que a ciência exige para proceder às suas tomadas de decisão.

E foi tentando abordar os conflitos da alma, à semelhança dos de natureza orgânica, que a medicina propôs, sem muito sucesso, os “advance directives”, como uma estratégia para simplificar o que não podia ser tomado como regra geral, isto é, uma carta de intenções onde cada paciente exprimiria sua vontade livre em submeter-se ou não a determinados procedimentos, caso se encontrasse, em algum momento futuro, impossibilitado de expressar seus desejos de forma livre, clara e inteligível aos médicos. No entanto, o reconhecimento de que os desejos e sonhos humanos contemplam mudanças de acordo com o lugar e as percepções contextuais que lhes são conferidas pela realidade a ser defrontada, tem questionado a validade das “advance directives”. A possibilidade de que, diante da perspectiva iminente da morte, aqueles que optaram pela eutanásia, mediante “advance directives”, culminem por negar sua validade diante de sua nova posição no mundo, impõe-nos a necessidade de confrontar o passado e o presente, particularmente no tocante aos desejos do paciente. Tal perspectiva reafirma a importância do estabelecimento de uma relação médico-paciente pautada no respeito e na confiança mútuas, de forma a viabilizar a emergência de uma ética de intimidade que possa responder às necessidades dos pacientes e de seus médicos.

No entanto, as advance directives não têm sido questionadas apenas enquanto estratégias potencialmente minimizadoras dos custos dos cuidados com

os pacientes terminais (Emanuel & Emanuel, 1994 e Emanuel, 1996), uma vez que as publicações em sua defesa têm sido alvos de críticas contundentes como a proferida por Sachs e Cassel: "(1) *it states assumptions about the underuse of current advance directives that are not substantiated by any data*, (2) *it ignores standard methods for developing and testing new instruments* and (3) *it claims to reduce uncertainty by using a complicated form that itself contains a great deal of uncertainty ...the Medical Directive form is yet another bureaucratic mechanism to allow physicians to escape from the most important and challenging aspects of the profession of medicine - interpersonal relationship and dealing with uncertainty.*" (Sachs & Cassel, 1990, p:1069 e 1070).

A despeito de explicitarem inúmeras deficiências na abordagem técnica dos pacientes terminais - a exemplo da utilização de fármacos analgésicos que causam dependência física ou restringem a consciência (Truog e cols, 1992; Sholl, 1993) ou a identificação do momento pontual em que não mais se fará pertinente insistir em prolongar a vida – o problema que emerge como contemplando maiores conflitos éticos refere-se à decisão de ajudar, ou não, um paciente a abreviar seu sofrimento através da morte. Apreende-se uma certa inevitabilidade no reconhecimento de que os princípios, elementos da bioética mais ampla e efetivamente presentes no cotidiano da medicina, a exemplo dos imperativos "não matar" ou da "não maleficência", não conseguem solucionar minimamente os conflitos éticos relacionados ao problema. Mesmo o princípio do duplo efeito não contemplaria a morte como um objetivo da medicina. Nem a autonomia poderia responder ao fato de que os homens percebem sua liberdade como lhes conferindo direitos que nem sempre podem usufruir sem ajuda alheia. E, ao mesmo tempo, parece-nos paradoxal a interpretação da eutanásia passiva como menos problemática do que a ativa, no sentido em que aquela seria permissível somente aos que pudessem "autonomamente" explicitar e pôr em prática seu desejo de encerrar uma vida que, para eles, nada mais ofereceria, além do sofrimento, como propõem Quill, Cassel e Meier: "*Our purpose is to propose clinical criteria that would allow physicians to respond to requests for assisted*

suicide from their competent, incurably ill patients. We support the legalization of such suicide, but not of active euthanasia." (Quill, Cassel e Meier, 1992, p: 1380).

Ao condenar a prática da eutanásia, Singer e Siegler procedem a ampla discussão sobre os vários e complexos fatores envolvidos em decisões desta natureza, argumentando que: *"... euthanasia strikes at the heart of what it means to be a physician. Since the time of Hippocrates, the prohibition against it has been fundamental to the medical profession and has served as a moral absolute for both patients and physicians. This prohibition has freed physicians from potential conflict of interest between healing and killing and in turn has enabled patients to entrust physicians with their lives. It has enabled physicians to devote themselves single-mindedly to helping patients achieve their own medical goals. This prohibition may even have encouraged medical research and scientific progress, because physicians, with the consent of patients, are motivated to perform risk, innovative procedures that are aggressive and sometimes painful, with a total commitment to benefit the patient. ... Pressure to legalize euthanasia will surely increase in an era of spiraling costs, but it must be resisted. Euthanasia represents a development that is dangerous for many vulnerable patients and that threatens the moral integrity of the medical profession. Physicians must become responsive to the concerns of patients that underlie the movement for euthanasia and must provide better pain management, more compassionate terminal care, and more appropriate use of life-sustaining treatments."*(Singer & Siegler, 1990, p:1883).

Sobre estes conflitos, comenta Benrubi: *"Over the years, a large body of literature has been published for and against active euthanasia. The discussion turns on the tension between the ethical imperative to alleviate suffering, particularly in terminal ill patients who make a conscious decision to end their lives, and the proscription against participation by physician and other health professionals in the taking of a life."* (Benrubi, 1992, p: 197).

A tentativa de restringir problemas desta natureza aos seus aspectos legais tem esbarrado na constatação de que a lei não apenas não responde a todas as questões relativas a moralidade, como, via de regra, somente é aplicada mediante parecer técnico da medicina. Assim, ao demandar interpretações de ordem

médica, a justiça acaba por devolver à medicina problemas para os quais ela buscou a ajuda das leis exatamente porque não conseguia resolvê-los na interioridade de seus valores e práticas.

Assim, podemos observar a tendência de enfoque legalista de questões éticas no discurso proferido sobre a ampliação dos conceitos de gravidez e maternidade, proferidos por Angell: *"The introduction of the technique of cryopreservation of embryos conceived in vitro, however, greatly increased the risks of complicated ethical and legal problems. Cryopreservation allows implantation to be delayed - although, as pointed out elsewhere in this issue of the Journal, at some cost in efficiency. During the delay, the circumstances and wishes of the parents can change greatly, as in the case of Davis v. Davis. Furthermore, because in vitro fertilization takes place outside the body of the woman whose ovum is used, implantation can occur in a different woman. She, unlike Mary Beth Whitehead, would not be the genetic mother of the baby; she would be what is now termed the birth mother or surrogate mother (a term often used incorrectly for Whitehead, who was both genetic and birth mother). The introduction of a third parent gives to a range of extremely complicated problems, as in the Johnson v. Calbert case."* (Angell, 1990, p: 1201); ou por Annas: *"Sometimes (although not often) new forms of medical technology raise unique legal and social-policy issues that require new laws. ... It is unfair to criticize the courts too harshly for not arriving at the ultimate solution to this unique and complex question, in which three adults are intimately involved in producing a child to whose development all have contributed biologically and emotionally (if not genetically). Although the court's approach seems both misdirected and unfair, the best solution is not obvious."* (Annas, 1992, p:417 e 420).

No entanto, a tendência para vislumbrar a integralidade do paciente, enquanto provido de corpo e alma, emergente ao discurso dos que se dedicam ao provimento de cuidados a pacientes terminais, encontra seu oposto no discurso dos que praticam a fertilização in vitro. Os textos relativos a este tema apresentam um forte enfoque técnico, onde questões de natureza ética são apontadas de forma superficial mediante descrições sumárias e pontuais. O destino de milhares

de embriões humanos desprezados por seus pais biológicos são negligenciados ou, quando muito, apresentados como um problema a ser solucionado mediante dispositivos de ordem legal ou por decisões que caberão ao futuro.

Os procedimentos técnicos da fertilização in vitro demandam, como condição necessária e imprescindível ao seu sucesso, a disponibilidade de mais de um embrião a ser implantado. Tal decorre da constatação de que, quanto maior o número de embriões disponíveis, maiores serão as probabilidades de sucesso do procedimento, uma vez que os embriões artificialmente implantados nem sempre se transformam em fetos viáveis, como ocorre com frequência nas gestações naturais. Frente ao exposto, se for tomada como factível a perspectiva de que os embriões já possuam, de forma plena, todos os quesitos imprescindíveis a sua caracterização como seres humanos, a prática da fertilização in vitro poderia ser interpretada como contemplando conflitos éticos da mesma natureza dos relacionados ao aborto ou, numa perspectiva mais radical, até mesmo ao infanticídio.

Mesmo as tentativas conceituais de definição e identificação dos quesitos necessários para a caracterização contemporânea do que viria a se constituir num ser humano, a exemplo das anteriormente aqui citadas como oferecidas por Singer (Singer, 1993) ou Harris (Maclean, 1993), não se encontram expressas nos discursos proferidos sobre o tema. Tal pode originar-se de uma tentativa potencial de desprover o procedimento em questão dos conflitos éticos que lhe são naturalmente referidos, apresentando-os como tecnologias inquestionavelmente válidas; como se tal validade fosse uma decorrência natural, linear e óbvia do progresso médico-científico. Mas, por outro lado, tal omissão pode significar apenas que os executores destas práticas não as reconhecem como passíveis de serem questionadas mediante critérios que não obedeçam a ordens técnicas ou científicas; mesmo porque, muitas vezes, os médicos julgam que estas são as únicas regras a que estão sujeitos em seu exercício profissional.

De uma maneira geral, os textos utilizados furtaram-se ao debate, não apenas da moralidade de constituirmos embriões humanos para posteriormente desprezá-los, como também relegaram ao ostracismo questões que tomam os

conflitos éticos relacionados ao tema de forma ampliada. Assim, nenhuma referência foi formulada sobre assertivas que advogam que os recursos utilizados nos processos de fertilização in vitro estejam sendo moralmente usurpados de milhões de crianças abandonadas, que esperam por pais que as tomem como suas.

No tocante aos conflitos relacionados às definições acerca de quem detém a maternidade do feto gerado - se a mãe biológica doadora dos óvulos ou a mãe que cedeu seu útero como abrigo ao feto - a discussão é mantida mais no plano da legalidade do que no da moralidade. A este respeito observamos o seguinte discurso: *"We now have extraordinary control over a process that was once inexorable in its demands and limitations, particularly for women. The possibilities and permutations seem endless. ... There is also a general unease that something so natural has become so unnatural. ... To be sure, some women may volunteer to bear a children or donate ova primarily for reasons of altruism, but it is likely that many would see this as a way to mitigate poverty. Some affluent women, for their part, might choose to hire a surrogate not because they are unable to bear children, but because pregnancy is inconvenient or uncomfortable. Selling organs is illegal in the United States, but selling gametes or renting wombs is not. It is difficult do devise ways to deal with the problem of exploitation without seeming to wish to lock people into poverty. ... Despite all problem engendered by the new reproductive methods and their uses, they have the potential of helping infertile couples to have children."* (Angell, 1990, p: 1201).

Mesmo a abordagem legal encontra-se reduzida ao relato de decisões de cortes norte-americanas, expressando um enfoque privilegiado e descritivo acerca dos critérios considerados válidos por tais instâncias julgadoras, como se a elas competisse definir os preceitos da moralidade. Faz-se importante ressaltar que, do ponto de vista legal e nos Estados Unidos, tais situações são, via de regra, abordadas à semelhança de quaisquer outros contratos de prestação de serviços, com a diferença que, nos casos em questão, o que está sendo cedido ou alugado, por período pré-determinado, é o próprio corpo humano.

Mas, a despeito das leis vetarem qualquer possibilidade de remuneração por tal cessão temporária de corpos humanos, a “barriga de aluguel” abre precedentes para a prática de outros procedimentos, sobre os quais nem sempre poderemos manter um controle efetivo e seguro. Apesar de abrir tais precedentes, a “barriga de aluguel” impõe que se estabeleça uma relação de cordialidade e, até mesmo de afeto, entre as duas potenciais mães do feto a ser gerado; mesmo porque ambas estarão, durante pelo menos nove meses, profundamente ligadas pela gestação de um ser humano. No entanto, outros procedimentos potencialmente ligados à comercialização do corpo humano, a exemplo do tráfico de órgãos para transplantes, não demandam qualquer relação direta entre doadores e receptores, donde emerge a possibilidade de virem a se apresentar eticamente mais ameaçadores do que a fertilização in vitro.

Do acima exposto, apreendemos, com uma certa clareza, que as regras morais necessitam ser analisadas e revalidadas à luz dos contextos em que serão utilizadas. Se as tomarmos, mediante uma leitura linear e reducionista, como simples regras universais, abrimos espaço para tratarmos de forma injustamente igual conflitos éticos de naturezas distintas. E é certo que tratamos de problemas éticos diferentes quando, numa situação nos defrontamos com a cessão de um corpo humano para a gestação de outra vida humana, numa expressão potencial da solidariedade entre os homens; ou quando, num outro contexto este mesmo corpo humano põe à “venda” seus próprios órgãos, numa demonstração clara das dificuldades de sobrevivência sofridas pelos que não dispõem de condições de vida minimamente dignas, que lhes permitam ser socialmente identificados como seres humanos.

Assim, temos que, enquanto a fertilização in vitro demanda uma percepção mais biológica do homem, como condição para sua preservação enquanto prática, os cuidados ao paciente terminal atuam no sentido de conferir a estes homens características transcendentes à sua organicidade, enquanto meros conjuntos de células e órgãos movidos a reações químicas e forças físicas. Frente ao exposto, faz-se possível observar que as pressões exercidas internamente pela medicina, no sentido de propiciar uma potencial reordenação de seus valores morais, podem

apresentar-se antagônicas, na dependência dos procedimentos cujas validades tentam preservar.

No tocante aos conflitos éticos emergentes ao discurso técnico acerca dos transplantes renais, o enfoque encontra-se direcionado para questões de ordem mais operacional, no sentido de que sua solução efetiva implicaria numa perspectiva não de manutenção ou preservação do procedimento em questão, mas, sim, de sua ampliação. Isso decorre do fato de que, no discurso de seus executores, o conflito ético mais freqüentemente citado relacionou-se, de forma explícita e clara, às desigualdades de acesso aos transplantes renais, que emerge, em primeira instância e prioritariamente, no discurso de médicos norte-americanos. Para estes, tal fato revela-se através da constatação de que os brancos são mais freqüentemente submetidos a transplantes renais do que os negros, a despeito das doenças renais que culminam, via de regra, na indicação de transplantes renais, constituírem-se em ocorrências mórbidas mais comumente observadas entre os negros do que entre os brancos. Há forte consenso de que, devido a doação de órgãos se constituir numa prática mais comumente executada entre os brancos do que entre os negros, restrições de natureza imunológica dificultem o transplante de órgãos de brancos para indivíduos negros. Ainda que com menor ênfase, um outro fator emergente como potencialmente associado a tal desigualdade relacionou-se ao fato dos transplantes inter-vivos ocorrerem mais freqüentemente entre brancos do que entre negros.

No entanto, o enfoque ético emerge de forma superficial nos textos analisados, isto é, enquanto os problemas e suas prováveis causas são amplamente discutidos, as proposições concretas para sua solução encontram-se apenas delineadas. Assim, conquanto se encontre expresso que *"the five principal reasons for the reluctance of blacks to grant permission for organ donations were a lack of awareness of the status of organ transplantation and of the urgent need for organs by blacks, religious beliefs and misperceptions, distrust of the medical establishment, fear of a premature declaration of death if a donor card has been signed, and a preference among black donors for assurance that the organs will be given preferentially to black recipients"* (Callender, 1991, p: 442), problemas de

ordem técnica são tomados como igualmente relevantes, na medida em que *“we have focused, perhaps simplistically, on the racial impact of allocation policies: clearly, race is not the sole issue impacting organ allocation. However, HLA-based allocation is equally simplistic in the assumption that universal benefit will result from better matching. The truth is that some will benefit, and others will not. Disproportionate representation of African Americans in the ESRD populations dictates that racial considerations cannot be ignored in the distribution of cadaveric kidneys in the United States. Efforts to increase black donation are to be encouraged but will not eliminate disparity. If racial equity in renal transplantation is to be achieved, alternative allocation strategies must be formulated that forthrightly address the interests of all recipients”* (Gaston, 1993, p: 1355).

Questões que tratam dos custos dos procedimentos relacionados ao prolongamento da vida, e do imperativo tecnológico frente às limitações dos recursos disponíveis para a saúde, encontram-se expressas também nos textos sobre transplante renal. Neste sentido, Iglehart argumenta que *“the cost-cutting steps have included employing fewer, and less skilled, staff members per patient, taking advantage of new, more efficient equipment that has allowed doctors to shorten dialysis treatments, and accelerating the reuse of dialysers, a controversial practice far more common in the United States than elsewhere. Physicians are also using dialysis to treat an increasing number of older, sicker patients whose life expectancy is short and whose quality of life is relatively poor. This trend has increased program expenditures and the number of beneficiaries served and has sharpened the debate about the ethics of patient selection”* (Iglehart, 1993, p: 366).

Para os executores destas práticas, o fato da medicina utilizar o diagnóstico clínico como o único e soberano critério para a seleção dos pacientes que serão submetidos à diálise constitui-se numa evidência clara de que ela, e as políticas sanitárias, ignoram a multiplicidade de fatores intervenientes no processo. Tal advém da constatação de que, a despeito das diálises poderem efetivamente salvar vidas, elas podem, também e em igual medida, prolongar futilmente os sofrimentos humanos, particularmente quando são implementadas como medidas para o adiamento de morte, e não para a melhoria da vida.

Se os conflitos éticos relacionados aos transplantes renais emergiram apenas na exata proporção em que implicavam em restrições ao seu acesso, temos que a solução do problema pode ser interpretada como se encontrando alheia à medicina, na medida em que esta, enquanto técnica, contempla soluções mediante “tecnologias válidas”, cujo desfrute é a sociedade, e não a medicina mesma, quem não consegue garantir.

Talvez como uma decorrência desta tendência em tomar como eticamente conflitante apenas as ocorrências que implicam em restrições à efetiva execução de procedimentos tomados como tecnicamente válidos, tais textos negligenciaram, de forma plena, a perspectiva de que a demanda crescente de órgãos para transplante possa incentivar o comércio de órgãos humanos, particularmente numa sociedade onde a ética da sobrevivência legitima valores morais distintos entre pobres e ricos.

A premente necessidade de aumentar as perspectivas de captação de órgãos para transplante suscita proposições que, como a que se segue, só se mostram factíveis num cenário de profundas desigualdades sociais, onde incentivos financeiros possam levar os homens a assumirem posições contrárias aos valores e crenças que os conduzem à não doação dos órgãos de seus mortos: *"while financial incentives may enhance the efficiency of organs procurement efforts, they will adversely affect the cost-effectiveness of transplantation ... the demand for transplantation continues to increase, yet the supply of organ donors has not kept pace. This has led to suggestions that we offer financial incentives, either in the form of death benefits awarded to the family of the deceased or in the form of a direct payment for living people to donate a paired organ, such a kidney. As it now stands, organ purchases are expressly prohibited by the National Organ Transplant Act. ... While financial incentives have merit, they should be considered relative to the expense of organ transplantation, of which organ procurement is one part. Expenditures for organ procurement have been controversial, occasionally calling into question who truly benefits from the 'gift of life'."* (Evans, 1993, p: 3113).

Em contextos como este, fazem-se coerentes muitas omissões acerca de conflitos de ordem ética, uma vez que a ética só surge como problema quando limita, e não quando amplia, as perspectivas de utilização dos procedimentos médicos. O que o discurso da técnica busca, mediante a explicitação de conflitos éticos, é a consolidação de práticas, e não seu julgamento moral. Não é a moral que direciona a técnica mas, ao contrário, é a técnica que se arvora estabelecer a validade dos preceitos morais.

Mas a tendência em valorizar a técnica acima de quaisquer outros componentes da vida social não é uma prerrogativa da medicina, conquanto esta possa constituir-se num dos mais férteis campos para sua expressão. Assim, apesar de lançarmos sobre a ética um olhar direcionado pela medicina, não podemos negligenciar o fato de que esta, sozinha, dificilmente poderia atuar numa direção contrária àquela que se faz socialmente hegemônica. A crença absoluta no poder e na força da técnica e da ciência é uma característica não apenas da medicina, mas de toda a cultura ocidental. Como cenário perfeito à propagação das ideologias fundadas no progresso científico, o imperativo tecnológico da medicina contemporânea, ao pressionar o consumo indiscriminado de cuidados, culmina por legitimar discursos como, por exemplo, o proferido pelo senador norte-americano Vance Hartke, ao discutir o orçamento do setor saúde: *"How do we explain that the difference between life and death is a matter of dollars? How do we explain that those who are healthy have a greater chance to enjoy a longer life than those who are not?"* (Iglehart, 1993, p: 367).

Diante de tal cenário, temos que a perspectiva de reordenação de valores morais não implica, em si mesma, em dificuldades que já não tenhamos experimentado em tempos passados, pois estivemos sempre reordenando valores mediante processos históricos de mudanças que se davam, às vezes, de forma muito lenta e sutil e, outras, mediante transformações mais explícitas ou aceleradas. O problema central, a nosso ver, não reside no fato de termos que reordenar valores morais, uma vez que pudemos fartamente argumentar que mudanças neste sentido são inevitáveis. A questão fundamental, e cuja resposta se faz urgente e imperiosa, diz respeito aos motivos que nos conduzem a

reordená-los. Se tal reordenação implicar num potencial aumento do poderio econômico e industrial, mais do que num efetivo aperfeiçoamento humano, talvez nossa moralidade se funde em preceitos menos professáveis do que aqueles que julgamos serem próprios de nossa humanidade. E os conflitos éticos expressos nestas esferas da medicina sugerem que a resposta a esta questão não é tão simples quanto desejaríamos que fosse.

Ao aceitarmos o prolongamento da vida como moralmente válido, mesmo quando ele implica numa equivalente perpetuação dos sofrimentos humanos, nos colocamos inevitavelmente diante das barreiras da ética. Mas, como esclarece Brody, *"we cannot resolve these moral tensions by making one side of the tension disappear. Instead, we must learn to live with these tensions within a pluralistic society. This requires more reliance on negotiation, compromise, and practical reasoning, and less on abstract ethical theory"* (Brody, 1992, p: 1384). E isto implica que estamos diante de uma inevitável tensão que tende, ora em perpetuar os atos que foram conferidos como éticos pelo passado e pela tradição, ora em transformá-los, no sentido de solucionar, de forma sensível e efetiva, os problemas emergentes às mudanças de ordem técnica, econômica ou social.

Assim, concordamos quando Brody (Brody, 1992) afirma que, antes de negarmos à medicina a possibilidade de amenizar sofrimentos (muitos dos quais ela mesma causou), compete-nos reconhecer que ela deve prover mais do que uma vida saudável; sendo de sua responsabilidade propiciar aos homens, mediante estratégias socialmente aceitas e validadas como providas de conteúdo ético, a possibilidade de um morrer digno e humanizado. Mas, como ele mesmo ressalta, *"this require an understanding of character and integrity, of the responsible use of medical power, and of the meaning of the end of life within the context of a complete biographical narrative"* (Brody, 1992, p: 1385).

Frente ao exposto, temos que o discurso promulgado na quase totalidade dos textos que perpassaram por questões de natureza ética conduz-nos, de forma consistente, à suposição de que os conflitos éticos emergem como relevantes apenas na medida em que dificultam a execução de práticas percebidas como necessárias, e não como uma original percepção de incompatibilidade entre os

valores éticos da medicina e os dos pacientes que a ela recorrem. O conflito ético não emerge de um questionamento acerca da validade das práticas executadas, mas, ao contrário, é exatamente no reconhecimento da validade técnica e científica incondicional destas práticas que o conflito emerge enquanto um problema relativo à esfera da ética. Sob tal enfoque, o que se apresenta imperativo é uma reordenação dos valores morais, no sentido de compatibilizá-los com as práticas tidas como válidas, e não o questionamento da validade destas.

Mas se este é um discurso possível para a ética emergente à técnica, compete-nos investigar qual o discurso ético possível para a arte, uma vez que a medicina, enquanto contemplando inevitavelmente estas duas esferas, precisa necessariamente compatibilizá-las no exercício de suas práticas.

V – A ética no discurso da arte

**“Once we see that is impossible to rationalize everything, the project of rationalizing as much as possible need not be understood as doing the next best thing. We may conclude instead that we were looking in the wrong direction.”
(Williams, 1998, p: 113)**

As análises elaboradas a seguir originam-se da leitura de 270 textos, dos quais 92 foram publicados pelo Journal of Medical Ethics, 119 pelo Hastings Center Report e 59 pelo Journal of Medicine and Philosophy, nos anos de 1990, 1993 e 1996, as quais, pelos motivos já anteriormente citados, constituir-se-ão em avaliações qualitativas implementadas mediante a análise de conteúdo dos discursos proferidos.

Diferentemente dos discursos desenvolvidos nos textos com enfoque técnico, onde as abordagens da ética estabeleceram-se em torno de três questões nucleares (fertilização in vitro, transplantes renais e cuidados ao paciente terminal), os textos analisados a seguir foram selecionados a partir de um único descritor, a saber, o tema “ética médica”. A utilização de um descritor “aberto”, isto é, passível de ser relacionado a uma grande variedade de situações, através de enfoques igualmente diversos, possibilitou-nos detectar diferentes possibilidades

de apreensão e leitura dos conflitos éticos interpretados como próprios da medicina.

Deste modo, enquanto alguns autores desenvolveram seus textos e expressaram suas idéias mediante enfoques essencialmente teóricos e/ou conceituais, outros serviram-se de práticas ou problemas específicos, para, a partir deles, discutirem a emergência de questões de natureza ética. No entanto, a nosso ver, tais opções não implicaram linearmente em abordagens mais abrangentes ou reduzidas da ética, mas, ao contrário, evidenciaram a possibilidade de que um mesmo conjunto de idéias, conceitos ou valores venha a ser expresso mediante estratégias discursivas bastante diversas.

Assim, a despeito da ética de princípios não ter sido tomada como núcleo central de expressiva parte dos discursos proferidos, conceitos e idéias nela referidos emergiram das argumentações desenvolvidas nas várias e diferentes abordagens temáticas aqui formuladas. O mesmo ocorreu com a eutanásia, com as comissões de ética médica, com o papel dos eticistas e vários outros temas ou problemas que foram tomados pelos autores como cenário para o debate ou para a expressão de questões relacionadas à ética. Deste modo, na discussão que se segue tentaremos contemplar, com a maior fidelidade possível, os diferentes contextos em que as idéias aqui apreendidas foram expressas, no sentido de propiciarmos a compreensão não apenas dos conceitos e idéias em si, mas, também, dos argumentos mais relevantes que foram desenvolvidos, a partir dos cenários escolhidos para a defesa desta ou daquela posição ética.

Os princípios da bioética foram discutidos de forma recorrente, mediante duas abordagens sobremaneira distintas. A primeira delas discute os princípios não em si mesmos, enquanto conceitos válidos ou não válidos, mas mediante a análise operacional de procedimentos específicos, como, por exemplo, manobras de reanimação cardíaco-respiratória, utilização de tecnologias de alto custo, eutanásia e outros, com particular ênfase na aplicabilidade do imperativo “não matar”. Em tal enfoque, os princípios emergem como instrumentos, e não como conceitos, no sentido em que são utilizados mais para negar ou validar determinadas posições ou ações, do que para discutir a validade das premissas

em que se fundam. Em função de tal posicionamento, a validade dos princípios encontra-se na dependência direta da aplicabilidade prática que eles contemplam, de forma que eventuais questionamentos, quando formulados, não evocam questões conceituais, mas questões práticas do tipo – se o princípio não responde, então ele não vale tanto quanto supúnhamos e temos que arranjar outro instrumento no seu lugar. Nestes textos, os enfoques conferidos à ética emergem mediante raciocínios mais ligados a uma natureza prática do que reflexiva; confirmando, ainda que apenas implicitamente, as assertivas que associam os médicos como mais habituados à ação do que à reflexão.

Já na segunda abordagem, os princípios são objeto de freqüentes e consistentes críticas mediante elaborações de ordem predominantemente reflexiva. Situações concretas de natureza prática são utilizadas de forma exemplar como evidências contundentes da absoluta impropriedade da pretensão de universalidade dos princípios e de sua insuficiência em propiciar uma abordagem satisfatória da moralidade. Assim, ao discutir questões relacionadas ao acesso aos cuidados médicos, Attfield argumenta que *"Rawls occasionally recognizes that the principles wich the contracting parties are said to choose are appropriate to societies where basic material needs can in general be met, implicitly allowing that different principles might be chosen for other circumstances. But little or nothing is specified about the principles wich would be chosen to govern intersocietal relations, whether of diplomacy, communications, trade or mutual aid"* (Attfield, 1990, p: 154).

Ao vislumbrarem as questões da ética sob um enfoque universalista, os princípios da bioética evidenciam uma certa negligência quanto ao fato de que as pessoas nem sempre partilham os mesmos valores e, em função disto, muitas vezes não conseguem comunicar-se adequadamente acerca das coisas e fatos da vida. Assim, Craig propõe a incorporação dos pacientes ao debate ético, num movimento que denomina "mediação", como uma estratégia para minimizar as deficiências dos princípios: *"mediation is a minimal and voluntary form of offered intervention wich can be variously developed to suit each unique individual or situation. Medical, nursing and paramedical staff can be trained in communication,*

negotiation or mediation skills so they can use these in their spheres of work. ... The value of a communicative ethic is to find commonly agreed-upon ways of negotiating our differences when we fail to agree on binding principles or rules" (Craig, 1996, p: 165 e 166).

Fundados no culto à individualidade e à liberdade, os princípios não identificam como lhes sendo próprios quaisquer problemas de ordem coletiva e, neste sentido, faz-se procedente sua total desconsideração com os problemas de acesso aos cuidados, tendência que se expressa de forma contundente nas palavras de Campbell: *"no ethics committee can resolve the scandal of 31,5 million medically indigent persons in this country who may not have access to any institution to begin with"* (Campbell, 1990, p: 9). Da mesma forma, os princípios propiciam que a medicina negligencie, ou até mesmo ignore, distintos e variados problemas de ordem coletiva que interagem umbilicalmente com a saúde e a doença, como saneamento, nutrição, controle da poluição e tantos outros de caráter eminentemente social e coletivo.

Podemos supor que este enfoque, que privilegia o âmbito individual e restringe as esferas de aplicação dos princípios a questões ou conflitos mais abrangentes, desenvolva-se como uma tentativa de prover a bioética – através de seus princípios – das mesmas premissas de objetividade que caracterizam o raciocínio científico. Para Attfield, tal posicionamento sugere que a bioética *"might be thought to be under no obligation to adopt these conclusions, and free, perhaps, to regard medical ethics as limited to individual and intrasocial dilemmas..."* (Attfield, 1990, p: 156).

Ao enfatizar a teoria e a análise cognitiva abstrata para, através de argumentações lógicas, propor soluções mediante a aplicação de máximas gerais e universais, a ética de princípios toma a interação entre os princípios mesmos, e não as situações e contextos clínicos específicos, como vetor moral indicativo da posição ética válida a ser tomada. Apesar dos argumentos que os principialistas promulgam, de que os quatro princípios cardinais – justiça, beneficência, não maleficência e autonomia – possam contemplar abordagens de conflitos éticos de quaisquer natureza e de que sua formulação tenha uma relação

reflexiva com a experiência cotidiana da medicina, há forte consenso de que tais assertivas se constituam mais em pretensões do que em posições reais. E muitas são as vozes que se levantam para acusar a ética de princípios de sua falta de autoridade para excluir do debate ético questões relacionadas ao acesso ou à equidade. Assim como contundentes têm sido as evidências de que a experiência cotidiana de forma alguma se estabelece como um teste que corrobora, revisa ou destitui a validade e a legitimidade dos princípios, pois, como identifica Levi (Levi, 1996), os princípios não estão, em si mesmos e em nenhum momento do cotidiano das práticas médicas sujeitos a qualquer (re)negociação, nem se estabelecem como mediadores efetivos para o diálogo.

Ao se posicionarem como guias neutros e universais para a ação ética, os princípios abdicam da necessidade de quaisquer aprofundamentos no estudo da teoria moral e buscam sua validação prioritariamente na satisfação de necessidades práticas imediatas. Por outro lado, a exclusão de todos e quaisquer elementos não racionais como critérios para o julgamento ético tem levantado consistentes suspeitas sobre a validade dos princípios, particularmente na medicina, onde a confiança, a solidariedade e a compaixão são tomadas, há séculos, como elementos fundamentais à boa prática médica. Tal abstração, que tenta conferir ao raciocínio moral os mesmos modelos bem-sucedidos do raciocínio científico, ignora que a ética, sendo de outra natureza, demanda abordagens e treinamentos específicos e diferenciados.

Algumas posições advogam que, antes de buscar qualquer tipo de neutralidade, o raciocínio moral requer a incorporação de toda e qualquer particularidade ou contextualização que se faça relevante para os envolvidos na ação ou julgamento que se pretende ético. Com vistas a tal pluralidade, far-se-ia também necessário contemplarmos as várias formas de elaboração e pronunciamento do discurso ético, a exemplo das éticas narrativa e profética, e não apenas as formulações analíticas ou principialistas. Para Levi, *"as elsewhere within ethics, the dominant framework for conceiving of, teaching, and practicing medical ethics is principlism. Like its more universalizing counterpart, deductivism, principlism emphasizes theory, abstract cognitive analysis, and "top*

down" logical arguments that resolve ethical disputes by applying general maxims to particular situations. Increasingly, this principlist framework is being challenged by approaches that emphasize personal relationship, context, structural analysis (both social and political), conceptions of identity, and process issues, such as communication and caring.

In drawing this contrast, I do not mean to suggest that principlist approaches to medical ethics are inattentive to contextual concerns, nor they are insensitive to the value of communication and compassion. Indeed, virtually all medical ethics programs emphasize the importance of interaction skills. Beyond simply raising humanistic issues for discussion, many ethics programs aim to develop in health care providers a personal sensitivity to patient's concerns along with an ability to practice humane and value conscious medicine. Still, there is a sense in which these goals stand apart from the business of 'doing ethics'. The differences, as I hope will become clear, lie in the sorts of issues that are seen as central to ethical inquiry and analysis.

Though abstract universalizing conceptions of ethics have dominated Western society, the modern era seen a resurgence of attacks on this abstract analytic model ... "(Levi, 1996, p: 8-9).

Green (Levi, 1996) associa a abordagem predominantemente principialista da bioética à tentativa de desenvolver um discurso ético compatível com as necessidades mais imediatas em termos de políticas públicas, processo que ele identifica como "infra-ética". *"This is not wrong, says Green, but infraethics (1990, p.186) has come to dominate the conversation and thereby usurp the primary purpose of ethics as a free-spirited and intensely reflective intellectual endeavor. Green does not call for a return to a deductivism model. He recognizes the need for a dialogical relation between moral theory and the experience that funds our conception of ethics. But sees principlist methods as less substantive than is desirable. One way to respond to this concern is to recognize that what ethical analysis involves will depend upon what questions get asked, by whom, and for what purpose."* (Levi, 1996, p:16).

No entanto, ao discorrer sobre as variadas críticas de que vem sendo alvo a bioética principialista, Levi (Levi, 1996) oferece outras possibilidades para a abordagem dos conflitos éticos, dentre as quais se destaca a casuística, como *"an alternative approach to ethical analysis that avoids the problem of exclusionary principles"* (Levi, 1996, p:19). Entendida como uma evolução da ética principialista, a casuística *"means to educe maxims from the interwoven multi-dimensional matrix that comprises our values and beliefs and perceptual frameworks and conceptions of reality. Recognizing that the myriad aspects of our lives are intimately interconnected, casuistry refuses to exclude a priori any part of our experience from consideration when generating ethical maxims. Thus, a casuistic maxim prohibiting the torture of innocents might be drawn not only from conceptions of justice, but also from our fear of torture, our beliefs about which people in society would be most vulnerable, our intellectual reactions towards a society that would countenance the torture of innocents, our visceral reactions regarding the same, our compassion for those who suffer through no fault of their own, our beliefs about the usefulness of torture, our definitions of 'innocence', and so forth."*(Levi, 1996, p: 20).

Assim, a ética casuística envolveria *"i) identifying paradigm cases from which maxims can be drawn, and ii) constructing cumulative arguments that use analogy to extend the applicability of a given maxim (with greater or less probability) to a previously unanalyzed moral conflict"* (Levi, 1996, p: 21). Tal abordagem pressupõe a existência de certos conflitos éticos cujas soluções se apresentariam sobremaneira seguras e que, assim sendo, poderíamos identificar casos suficientemente similares nos quais se fariam válidas ou aplicáveis as mesmas máximas. Em outras palavras, poderíamos detectar situações contextuais do universo ético que, uma vez tomadas como exemplares, serviriam como diretrizes ou vetores para o raciocínio ético acerca de questões similares que viessem a se apresentar no futuro.

Mas, diferentemente da abordagem meramente principialista, a casuística admite que as máximas válidas, antes de serem absolutas e inquestionáveis, possam ser transformadas mediante sua própria utilização. Assim, se as

circunstâncias de um caso se alteram, seja devido ao tempo, a transformações culturais ou a eventuais mudanças em nossas percepções de mundo, as máximas morais que se apresentam aplicáveis podem mudar também. O problema de tais mudanças é que, ao mesmo tempo que implicam em potencial aperfeiçoamento de nossos valores morais, evidenciam que as pessoas e as comunidades são, em igual medida, potencialmente suscetíveis a erosões éticas incrementais.

Tal perspectiva de erosão, no sentido de uma ampliação das barreiras morais, e os perigos que ela potencialmente contempla, são discutidos por Freeman através das recomendações formuladas com vistas a uma utilização ética das técnicas de fertilização in vitro: *"The Panel's deliberations illustrate the elusive nature of 'barriers'. One panelist cited the restriction in the 1979 Ethics Advisory Board report that funding for IVF be limited to married couples using their own gametes. This Panelist argued that 'in light of changes in the social milieu', the Panel need not 'be that constrained any longer' (Transcript, June 22, p.137, Charo). To those who viewed IVF and the now seemingly limited recommendations of the 1979 report as the beginning of troubling changes regarding manipulation of human reproduction, such language may provide unwelcome validation of their concerns. It is reasonable to assume, and very probable, that the tolerance for experimentation with embryos that began with IVF has laid the foundation for acceptance of such experimentation for other purposes"* (Freeman, 1996, p: 77).

A perspectiva de que a legalização da eutanásia implique em erosões éticas incrementais é discutida por Gillett: *"it seems that when we legalize an action which has previously been proscribed we not only reflect a change in moral thought but we also change the moral climate in which that act is subsequently evaluated. ... The implication is that the acts which are performed among us change us and thereby change our moral intuitions. This is a particularly pressing problem for medical educators because they must train young physicians not only to learn the rules but also to be virtuous in the application of those rules. How, in the face of a law which permits us to do things which sometimes should not be done, do we inculcate habits of clinical thinking which focus and constrain our activity where*

that is needed? How do we impart not only skills of a technical and scientific nature but also skills of ethical judgement?" (Gillett, 1993, p: 258 e 259).

No entanto, para Parker, *"the idea of keeping up a psychological barrier against killing leans toward the idea that killing is intrinsically wrong, rather than prima facie wrong, and tends to limit our moral imagination in confronting situations where cases may be made for apparently counter-intuitive practices which may have beneficial consequences ... a distinction is made between the moral permissibility of 'bare' acts of euthanasia and that of the consequences of adopting voluntary euthanasia as a matter of public policy"* (Parker, 1990, p:31). Esclarece que enquanto *"some of the familiar slippery slope arguments against voluntary euthanasia compromise the principle of autonomy to which both supporters and opponents of euthanasia adhere"* (Parker, 1990, p: 28), permanece marginal a este debate que a relação médico-paciente, quando estabelecida em bases de confiança mútua e solidariedade humana, propicia o necessário envolvimento humano que outorga ao médico o direito de proceder a julgamentos moralmente válidos acerca dos desejos expressos por seus pacientes.

Vários textos tomaram a pesquisa genética como o principal cenário potencialmente suscetível ao desenvolvimento de erosões éticas. Assim, Hepburn alerta para os perigos de que a disseminação dos testes genéticos diminuam nossa tolerância com o que é diferente, esclarecendo que *"Rothman is concerned that the availability of genetic testing will diminish our tolerance of difference and that ever-increasing quality control will be demanded. ... A side-effect of a growing intolerance of congenital variation construed as abnormality may be exacerbate the disadvantage already suffered by those members of our society who are seen as disabled. ... Before we embark on further development or institute screening procedures, we need to explore, as a society, what we understand by notions of normality and how far we are prepared to tolerate deviation from such a socially determined norm"* (Hepburn, 1996, p: 106); enquanto Miller discute os perigos de criarmos novos estigmas sociais, como o "portador" de genes relacionados a doenças; *"any genetic service program must pay attention to the interpersonal and sociocultural context in which individuals and families receive genetic information.*

Special care must be taken to convey an understanding of the difference between carrying a gene and having a genetic disease; further care must be taken to address the potential stigma of carrier status" (Miller, 1990, p:4).

Ao analisar o debate ético que se desenvolve em torno da pesquisa genética, Parens identifica a utilização conceitualmente equivocada de algumas teorias, mediante tentativas de descaracterizá-la como prática moralmente questionável: *"enthusiasts tell us not to worry because genetic tinkering can alter only our body, never our soul; worries suggest that discovering links between our behavior and our different bodies threatens important democratic ideas like moral equality. If we understand the body and the soul to be inseparable and equality to be undiminished, we can begin to take seriously the information produced by genetics research"* (Parens, 1996, p:13), enquanto Chadwick (Chadwick, 1993) indaga sobre a necessidade de avaliarmos os resultados e os impactos sociais dos aconselhamentos genéticos, particularmente quando reconhecemos que eles são um incentivo potencial para a implementação de políticas de saúde eugênicas.

No entanto, a despeito de toda controvérsia em torno da pesquisa genética, Michael e Buckle (Michael & Buckle, 1990) argumentam que, a partir dela e das fertilizações in vitro, poderíamos evitar muitos dos abortos terapêuticos hoje realizados, assim como os dilemas éticos que estão associados a eles. Esta possibilidade, por outro lado, nos conduz à indagação acerca de onde obteremos material para as pesquisas que demandam tecidos fetais, a maioria dos quais é propiciada pelas práticas abortivas. Com vistas a tais possibilidades, Keown discute as recomendações propostas pelo "The Polkinghorne Report on Fetal Research", onde os problemas éticos relacionados ao tema são abordados sob dois enfoques separados: a moralidade do aborto, por um lado, e a moralidade de realizarmos pesquisas com tecidos fetais, por outro.

Assim, Keown discute que *"the new code's attempt to separate the decision to abort from that to use the resulting fetal tissue reflects the committee's belief that it is unethical to allow the prospect of the use of fetal tissue to encourage abortion. The report asserts that abortion and the use of fetal tissue thereby obtained are 'separate moral questions' and that it is of great importance that this should be*

reflected in the procedures employed" (Keown, 1993, p: 118). Já a factibilidade de proceder-se a tal separação permanece como um tema aberto ao debate, uma vez que, quando resvalamos para a esfera da ética, nem sempre é fácil separar a ação de suas conseqüências, como explicitaram algumas das abordagens filosóficas da moralidade aqui apresentadas.

As perspectivas de erosão da ética constituem-se em mais uma evidência da insuficiência da bioética principialista em contemplar a amplitude dos fatores intervenientes no processo de julgamento ético. Para a casuística, estas são questões que impõem reordenamentos, pois sua idéia nuclear está fundada num movimento que se dirige dos casos mais simples para os mais complexos, mediante a identificação e a utilização de paradigmas e analogias não obrigatoriamente fixos e imutáveis. Ao contrário dos princípios, a casuística se mostra sensível às particularidades e contextos específicos de cada caso, mediante análises éticas que, conferindo identidade aos sujeitos envolvidos, contrapõe-se aos seres humanos anônimos com que se defronta a bioética principialista. Para Levi (Levi, 1996), esta capacidade de vislumbrar as pessoas como elas são, e não simplesmente como seres humanos sem nome ou face, propicia que a casuística responda às necessidades éticas emergentes, não apenas entre estranhos morais, mas, também, aquelas ligadas à ética de intimidade que se faz possível entre sujeitos moralmente semelhantes.

Assim, *"Jonsen and Toulmin explain that casuistry meant to create a moral dialogue and debate within the larger moral community, a moral dialogue that was to consist of more than just logical argumentation, giving rise to a construct of morality drawn from the full store of life's experiences. One consequence of this orientation is that in addition to logical argumentation casuist approaches to bioethics tend to emphasize interpersonal skills, attitudes, and behaviors that belongs to this store of life experiences."* (Levi, 1996, p: 22).

No entanto, emerge como um importante problema da abordagem ética casuística o fato dela tomar como necessário que os julgamentos morais e a validação das máximas aplicáveis a cada caso sejam procedidos mediante a análise e o escrutínio daqueles que dispõem *"the education, the opportunity, and*

the experience needed to reflect on the difficulties raised by new cases and to argue them through among themselves" (Levi, 1996, p: 22), como se os julgamentos de ordem moral fossem orientados unicamente por elementos de ordem cognitiva. Este posicionamento implica nas mesmas dificuldades das assertivas que pretendem conferir aos filósofos ou aos eticistas a prerrogativa de procederem às análises e aos julgamentos morais dos conflitos emergentes à medicina, como se os médicos e pacientes fossem incapacitados para decidir acerca dos valores próprios de sua moralidade. A questão crucial de tais posições elitistas é que, além de propiciarem a emergência de um potencial viés interpretativo acerca do que viria ser próprio da moralidade, elas colocam sob suspeita a representatividade, a credibilidade e a legitimidade dos preceitos que promulgam.

A natureza plural da moralidade é de tal ordem, que sua negação implicaria, em igual medida, na destruição da individualidade dos sujeitos envolvidos, a qual permite que eles se diferenciem uns dos outros e que lancem ao mundo olhares diferentes através da ética. Assim, *"until all voices are heard, until all the layers and dimensions of our ethical matrix are recognized, any attempt to reconfigure an equilibrium must remain flawed. For different voices provide different descriptions of reality, and as Elliot observes the nature of our judgments changes the nature of our descriptions of reality"* (Levi, 1996, p: 26). Um olhar mais atento mostra-nos sinais inequívocos de que as tentativas de homogeneização das visões morais de mundo não foram um privilégio das éticas religiosas, uma vez que se expressam, ainda que velada e discretamente revestidas como pareceres especializados, nas várias abordagens laicas que desenvolvemos para a moralidade, a partir da emergência da ciência moderna. Tal indica que não estamos dando a devida atenção ao fato de que a "reserva de mercado", sob quaisquer âmbitos da vida social, e particularmente no mundo moral, visam mais sufocar posições discordantes do que conduzi-las ao necessário debate e validação pública. Deste modo, a despeito de todas as dificuldades que a reflexão filosófica possa impor àqueles que não estão familiarizados com raciocínios desta ordem, faz-se inquestionável que o julgamento moral constituí, como a liberdade, uma

prerrogativa humana indelegável, particularmente por aqueles escassamente representados no universo dos intelectualmente bem treinados e educados.

O movimento de institucionalização do debate ético que se expressa na criação de fóruns e comissões governamentais de bioética, tem culminado mais na restrição das discussões à interioridade de tais grupos, do que na necessária e imprescindível reflexão crítica e escrutínio público acerca dos problemas a serem defrontados. Sobre esta tendência, assim se manifesta Spicker (Spicker, 1996): *"these political activities on the part of bioethicists (a term that must have baffled the staff of the OED, since they choose to define 'ethicist' as 'ethics'+ 'ist') suggests that a novum has appeared: Bureaucratic Bioethics! Or, perhaps, Governmental Bioethics; or, National Bioethics. Could these terms suggest the arrival of a nascent Secular Bioethics? If so, we once again posed and quickly resolved the Hellenic dilemma of the One and the Many? Have we since Nietzsche, dead at the turn of the century but surely the father of postmodernism, begun to accept (even if we all do not, nor ever shall celebrate) the traumatic postmodern predicament? Is it the case that both secular and non-secular pluralism (the Many) are all that exist, with no hope of deducing by philosophical argument the Universal One? Surely this is more sophisticated than Thales' materialism – 'All is water' ... that would be equivalent in ethics to a unified notion of and universally shared belief in the same divinity and canonical system (the One). An all-embracing Secular Bioethics!"* (Spicker, 1996, p. 115).

A complexidade crescente de nossos dilemas éticos tem exigido respostas que se encontram, as vezes, muito além de nossa capacidade de reflexão acerca das práticas que linearmente validamos em nosso cotidiano. Mediante um dos diferentes olhares possíveis para a ética, as feministas detectam fortes indícios de que o discurso ético se faça emergir externamente ao diálogo e ao debate público, isto é, que ele se desenvolva predominantemente através das abordagens tradicionais da ética oferecidas pela academia. Ao abordar a leitura feminista das novas tecnologias reprodutivas, Lauritzen esclarece que *"according to feminist opponents, the new reproductive technologies are inescapably coercitive; lead to the dismemberment of motherhood; treat women and children as products; and*

open the door to widespread genetic engineering. ... Feminists who believe new reproductive technologies to be coercitive claim that such a choice is illusory, because in a culture that so thoroughly defines a woman's identity in terms of motherhood, the fact that women agree to participate in 'in vitro fertilization' programs does not mean they are truly free to participate. ... Individual choices are almost embedded in social contexts, and the context in our culture is such that a childless woman is an unenviable social anomaly. ... In such a situation, to offer the hope of becoming a mother to a childless woman is a coercitive offer' (Lauritzen, 1990, p:39 e 40).

Já Raymond, ao lançar o enfoque feminista às novas tecnologias reprodutivas, parafraseia Marx, argumentando que *"women make their own choices, but they often do not make them just as they please. They often do not make them under conditions they create but under constraints they are powerless to change. ... But the more important element here is that on a cultural level women are expected to donate themselves in the form of time, energy, and body. Emile Durkheim, in his classical work Suicide, maintained that suicide, seemingly the most individual of acts, must be viewed as the result of certain facts of the social milieu, what he called courants suicidogenes. One of these social currents was altruism"* (Raymond, 1990, p:9). Para ela, *"the potential for women's exploitation is not necessarily less because no money is involved and reproductive arrangements may take place within a family setting. ... Although there is no 'coercion of contract' or 'inducement' of money, there could be the coercion of family ties in which having a baby for a sister or another family member may be rationalized as the 'greatest gift' one woman can give to another"* (Raymond, 1990, p:9).

Para Levi (Levi, 1996), o debate na esfera acadêmica seria essencialmente distinto do promulgado na esfera pública, pois, nesta última, o processo se desenvolveria mediante estratégias que tenderiam não apenas a esclarecer e identificar princípios ou máximas, mas, também, em reassegurar e consolidar o significado da moralidade para a comunidade ou grupo social. O problema de reconhecermos a ética como contemplando esferas públicas e privadas é que, ao nos recolhermos à intimidade de nossa intocável individualidade, oferecemos a

possibilidade de que os mais poderosos imponham como hegemônicos – na esfera de nossa vida moral pública – seus conceitos de vícios e virtudes. E que, como alertava Benjamin Constant (Constant, 1980), nossa trajetória moral centrada no individualismo culmine por nos conduzir, em um tempo talvez não muito distante, a sermos escravizados pela nossa própria liberdade.

O culto à liberdade centrada no indivíduo expressa-se na bioética através do princípio da autonomia, cuja validade incondicional encontra-se questionada em vários dos textos analisados. Assim, ao tratar de um tema altamente polêmico e caro à comunidade médico-científica internacional – os ensaios clínicos com seres humanos – Palmer (Palmer, 1993) questiona a validade do princípio da autonomia, quando o consentimento é obtido mediante uma perspectiva promissora que, levando em consideração o papel desempenhado pela ciência no imaginário social, possui um inestimável poder de seduzir ou induzir o paciente a ceder o próprio corpo para um experimento. Diante do exposto, toda a pretensa autonomia de consentimento torna-se duvidosa se levarmos em conta que, como esclarece Zaner (Zaner, 1990), a medicina contempla um “imperativo moral” que é transferido para o conhecimento médico-científico, revestindo-o de “conhecimento moral” aos olhos da sociedade.

A realização de ensaios clínicos coloca em confronto as premissas da ética individual e as da ética coletiva, exigindo que se estabeleçam limites mais claros acerca de até onde podemos prosseguir nos ensaios clínicos, quando, mediante resultados preliminares e parciais, temos que decidir se interrompemos a pesquisa – no sentido de evitar potenciais danos aos pacientes que compõem o estudo –, ou se continuamos em frente – e resguardamos os direitos da sociedade e da ciência de adentrarem as verdades últimas e não as verdades parciais. Ao se desenvolver numa esfera de dúvida, onde freqüentemente torna-se necessário decidir entre os direitos da coletividade e os de cada um dos indivíduos que a compõem, a ética dos ensaios clínicos encontra-se relacionada também com a metodologia de análise estatística que adotou, como esclarece Palmer: *"statisticians in medicine can disagree on appropriate methodology applicable to the design and analysis of clinical trials. So called Bayesians and frequentists both claim ethical superiority. ...*

Individual ethics, it is proposed, favour the Bayesian approach; collective ethics, the frequentists. Though in some situations the choice appears clear-cut, there remain others where both methodologies can be appropriate" (Palmer, 1993, p: 7).

Os perigos do nosso apreço imensurável pelas verdades da ciência já nos conduziram a tomarmos os homens como objeto em não raras e longínquas oportunidades. Assim, Ojanuga (Ojanuga, 1993) aventa a perspectiva de uma determinação histórica da ética em pesquisa, a qual, em última instância, poderia "justificar" os experimentos cirúrgicos com escravas negras norte-americanas em meados do século XIX. Ou, como propõe Grodin, *"an international medical tribunal should be established with power to impose criminal sanction against physicians who are guilty of crimes against humanity"* (Grodin, 1993, p: 8).

Ao discutir a moralidade da conduta consentida em experimentos com seres humanos, Fethe argumenta que *"not all consents, not even all uncoerced and informed consent, are morally valid. To determine the moral quality of an act of consent we must look beyond the act itself and considers its motives and the role it plays in the life of the person who makes it. ... a truly moral or 'authentic' consent must be not only free and informed: it must also represent the subject's identification with the project he is consenting to."* (Fethe, 1993, p: 101). Da mesma forma, Luttrell (Luttrell, 1996) questiona a validade das "advance directives", argumentando que *"disabled individuals are commonly more satisfied with their life than able-bodied people expect to be with the disability. The healthy do not choose in the same way as the sick"* (Luttrell, 1996, p: 100). Assim, nem tudo que o princípio da autonomia toma como passível de decisão autônoma é aceito incondicionalmente como factível, a despeito da pretensão universalista.

Um dos mais graves problemas da hegemonia dos princípios diante do corpo teórico da bioética reside, a nosso ver, no fato deles arvorarem-se o direito de definirem o que é, ou não é, eticamente conflitante e, neste sentido, são eles mesmos, e não a sociedade, quem estabelecem os temas aos quais vão se dedicar. Para van Hooft (van Hooft, 1996), a bioética se configuraria numa instância referente a uma "ética da dúvida", cujo propósito seria o de elaborar regras ou princípios de conduta para as decisões que se apresentassem difíceis e

para as quais não houvesse precedentes na era pré-tecnológica. No entanto, e por ironia, a definição de tais princípios, enquanto imperativos reais e universais, competiria teoricamente, hoje, à filosofia moral, e não aos médicos, aos pacientes ou a outras instâncias públicas, conferindo à filosofia moral um posicionamento elitista semelhante ao que já coube, em tempos passados, à teologia. Assim, a despeito de toda proscrição que a bioética principialista professe em relação à ética religiosa e, em particular, ao cristianismo católico, as diferenças entre uma e outra resumem-se, em última instância, aos seus conteúdos, uma vez que ambas se pretendem universais e inquestionáveis para os homens comuns.

Assim, ao tomar como insuficiente a abordagem principialista oferecida pela bioética, Van Hooft propõe que *"that traditional notions of morality as imposing obligations should give way to an understanding of ethics as the social forms given to our caring for ourselves and for others. ... virtue theory should be preferred and ... the model could be worked out more fully to show that virtue theory can be internalist, particularist, pluralist, personalist and objectivist"* (Van Hooft, 1996, p: 83). Tal posicionamento é partilhado por Byrne, quando este afirma que *"the fact is that emphasis on rules or principles as the basis of medical ethics may be wholly misleading. It may be better to start with an ethics of virtues and relationships"* (Byrne, 1990, p: 89).

Julgamos que, de uma maneira mais geral, as dificuldades atribuídas aos componentes principialísticos da bioética residem mais na insuficiência do que na inadequação das máximas que tomam como válidas. Utilizadas de forma isolada, elas são insuficientes, não apenas como pretensos instrumentos solucionadores ou minimizadores dos problemas médicos de natureza ética, mas, também, como mobilizadoras para a reflexão imprescindível à qualificação moral da ação. Ao lançarem às situações de conflito um olhar impessoal, mais adequado à ciência do que à moral, os princípios desprovem os agentes envolvidos das idiossincrasias e particularidades que os diferenciam enquanto sujeitos morais e lhes possibilitam defrontar-se através da ética.

Ao discutir as particularidades da responsabilidade moral dos médicos que fazem pesquisa clínica em psiquiatria, Fulford e Howse entendem os princípios da

bioética como insuficientes neste cenário, argumentando que *"proscription represents an extreme case of desire for certainty in ethical decision-making, for rules that can be used as a substitute for ethical reasoning. It is part of the argument of this paper that ethical guidelines in general should not be used in this way"* (Fulford & Howse, 1993, p:89).

A tentativa de universalização dos valores morais desenvolvida pela ética de princípios tende a impor proscritões que, em variadas circunstâncias, podem ser incompatíveis com o entendimento da medicina como uma prática relacionada ao alívio dos sofrimentos humanos, a exemplo da condenação da mentira. No entanto, apesar de ser condenada e identificada como incompatível com o princípio da autonomia (Jackson, 1993), a mentira caridosa vem sendo amplamente praticada na medicina, na esmagadora maioria das vezes motivada pela solicitação e a conivência explícitas dos familiares e amigos do paciente. Sobre estes conflitos, Higgs esclarece que *"the dilemma of whether or not a doctor should tell a patient dying of cancer the truth remains a difficult one ... one favours giving priority to patient autonomy, the other feels the doctor's duty of beneficence should be the overriding principle governing such decisions. To this contributor it seems both approaches have something to offer. By being sensitive to what and how much the patient wishes to know and by learning from the insights provided by the study of medical ethics, doctors can learn how to make better moral decisions in this and in other areas. Both lying and truth-telling carry risks of harm to the patient. Learning to work with and balance these risks is part of the clinical practice"* (Higgs, 1990, p: 90).

Para Wildes, *"bioethics has proceeded as though there were a shared secular morality. Appeals are more often made to common morality (Beauchamp and Childress), common cases (Jonsen and Toulmin), common virtues (Pellegrino and Thomasma). Yet, these different approaches in themselves reveal the profound nature of moral disagreement, not only about 'content', but about the nature of moral reason and justification"* (Wildes, 1993, p: 348). Esclarece que, apesar das reflexões cotidianas da bioética atribuírem 'status moral' aos seres humanos, suas maiores controvérsias e dificuldades dizem respeito aos seres humanos

incompetentes, como os intelectualmente deficientes ou os que estão em morte cerebral, ou aos seres humanos não plenamente desenvolvidos, como os fetos ou os embriões. Diante de tais condições, a bioética se vê defrontada com sérios questionamentos acerca da aplicabilidade da condição de “status moral” a casos que, a despeito de serem caracterizados como excepcionais, fazem parte do cotidiano de milhares de pessoas em todo o mundo.

Ao tomar como factível a negação de ‘status moral’ a estes seres humanos, Wildes (Wildes, 1993) argumenta que a bioética ignora que um dos mais relevantes fatores que contribuem para as diferentes concepções da moralidade entre as culturas reside nos critérios utilizados para definir quem é, e quem não é, membro da comunidade. Se a autoridade para deliberar sobre questões morais advém da posse, ou da não posse, de “status moral”, a bioética, ao tentar definir tais critérios, não pretende exatamente – com explicita em seu discurso – aplicar preceitos e valores morais, mas criá-los. E, neste sentido, contradiz-se enquanto pretendo campo de aplicação de preceitos morais atemporais e universalmente válidos.

Ao propor valores universais, a ética de princípios restringe, mais do que incentiva, o debate ético. Ao tentar submeter a técnica, e não discutir sua validade moral, os princípios ignoram que, na esfera da medicina, a técnica mais submete do que é submetida, como já pudemos anteriormente observar. A nosso ver, a necessidade que se faz central à ação ética na medicina não reside em desenvolver valores morais específicos a ela, mas, ao contrário, está em proceder à análise e ao julgamento acerca da compatibilidade dos valores éticos que emergem através de suas técnicas com os valores éticos que os homens julgam próprios de si mesmos.

Ao discutirem os dilemas éticos através de princípios, os textos analisados, via de regra, incorrem na interpretação da ética como lei, como se ambas fossem uma única e mesma coisa. Eles negligenciam a perspectiva de que, no âmbito da ética, as ações possam apresentar-se válidas, mesmo quando a lei as proscree e pune. E, como já pudemos anteriormente esclarecer, a lei não é, nem sempre, nem obrigatoriamente, absolutamente fiel à moralidade. Compete às instâncias

formalmente implementadas para a apreciação de questões de natureza ética – a exemplo dos Conselhos e Comissões – procederem não apenas aos julgamentos e punições, mas, acima disto, propiciarem o necessário, amplo e sistemático debate acerca da moralidade, não apenas a que compete ao médico, mas, também, a que exige o paciente. A ética médica não precisa, porque não age à semelhança da lei, submeter-se a regras fixas e imutáveis. Ao contrário, ela pode e deve, quando julgar necessário, reordenar, prescrever ou mesmo proscrever ações e técnicas, a despeito destas serem tomadas como legal e cientificamente válidas. A ética não tem que se submeter obrigatoriamente à lei, mas, antes disso, deve se oferecer como norteadora para o que a lei poderá vir a ser, no sentido de propiciar a maior aproximação possível entre estas duas esferas de julgamento social.

E é por isso que os Conselhos e Comissões de Ética fazem sentido; porque contemplam, pelo menos teoricamente, um espaço ampliado de discussão, e não apenas de julgamentos. Sua existência justifica-se na exata medida em que ofereçam oportunidades para a expressão e o debate dos conflitos decorrentes da prática de ações que, sendo eticamente conflitantes, nem sempre podem expor-se, em primeira instância, aos olhos da lei, sem serem, com isso, antes legalmente condenadas do que moralmente apreciadas.

A partir do exposto, faz-se coerente um outro tema, freqüente e consistentemente debatido nos textos que aqui identificamos como relacionados ao discurso da arte da medicina: o papel que vem sendo exercido pelas Comissões de Ética Médica. Os discursos proferidos evidenciaram forte consenso mediante a expressão de julgamentos de valor acerca do papel desempenhado por tais Comissões. No tocante ao tema, fez-se hegemônico o julgamento de que as Comissões de Ética Médica, enquanto entidades restritas ao âmbito de instituições específicas, atuem mais em função de valores econômicos e institucionais do que propriamente morais. Ao se constituírem em fóruns de debate compostos por elementos formalmente ligados às instituições onde atuam como potenciais árbitros, concorrem para a submissão de seus membros às mais

variadas pressões institucionais no sentido de perpetuar, e não de questionar, as práticas ali executadas.

As potenciais pressões a que se encontram sujeitas as Comissões de Ética foram identificadas na quase totalidade dos textos que trataram da questão expressando-se de forma clara nas considerações de Cohen: *"Ethics committee are highly vulnerable to institutional pressures – the power that created them can destroy them. Some would argue that in the interests of self-preservation, ethics committees should not become involved in policy advocacy, for this put them at risk of being viewed as trouble-markers who must be silenced."* (Cohen, 1990, p: 37). E, neste sentido esclarece que *"the institutions they serve are not just a collection of miscellaneous health care services, but agents of care and healing with a special trust, a fiduciary responsibility, that most other market-oriented institutions do not share. To meet this responsibility, health care institutions must give high priority to the interests of their patients"* (Cohen, 1990, p: 36).

A despeito de haver forte consenso sobre a validade da assertiva que propõe que as diretrizes norteadoras de tais Comissões devam pautar-se, também e principalmente, nos valores éticos cultuados pelos pacientes e pela comunidade, e não apenas nos de ordem técnica ou institucional, Momeyer relata que: *"My own experience, however – mostly on hospital, nursing home, and university committees – is that theory is rarely welcome or helpful; rather, showing precisely the moral rather than legal or simply technical issues is what contributes most to informed deliberation. After a University Hospital Ethics Committee spent 90 minutes reviewing the technology of parenteral nutrition and attempting to formulate guidelines for its use, an ethicist's observation that to that point no consideration had been given to patient desires or consultation with family members proved far more helpful than a discourse on utilitarianism"* (Momeyer, 1990, p: 393).

Ao discutir as atribuições das Comissões de Ética, Momeyer (Momeyer, 1990) introduz em seu debate uma outra questão, que mereceu expressivo destaque nos textos analisados, e que se relaciona às funções e ao papel desempenhado pelos filósofos especialistas em ética – eticistas - junto a estas

Comissões. Para ele, as implicações dos termos “ética aplicada” ou “ética prática”, freqüentemente utilizados para justificar a função de tais especialistas nas Comissões de Ética, não estão totalmente claros, assim como *“whether, for instance, it consists of more or less mechanically applying universalizable moral principles to specific practices in a straightforwardly deductive manner, or has a more organic relationship to these practices such the general moral principles or the nature of morality itself needs to be re-tought.”* (Momeyer, 1990, p: 392). A questão da adequabilidade e da coerência do termo “ética aplicada” é discutida por Kopelman (Kopelman, 1990), onde o termo aplicado é tomado como um pressuposto de que o ato de aplicar não provoque alterações naquilo que é aplicado, o que absolutamente não aconteceria no caso da ética. Tal decorre da constatação de que, nesta esfera, a aplicação de um dado preceito ético implica sempre na potencial perspectiva de que sua aplicabilidade provoque alterações no corpo conceitual de onde este preceito emergiu como aplicável.

Mas, independentemente da coerência ou não do termo ética aplicada, enquanto relacionado ao papel dos eticistas, a presença destes nas Comissões de Ética conduziria à maior vitalidade da ética enquanto disciplina, *“whose most constant feature is questioning its own nature”* (Momeyer, 1990, p: 392), mediante o estímulo de posicionamentos que seriam, em função de seu próprio objeto, obrigatoriamente reflexivos. No entanto, Momeyer alerta que a utilidade da ética aplicada depende da natureza dos contextos onde é utilizada. Assim, esclarece que na arena onde as políticas institucionais, públicas ou sanitárias são debatidas, negociadas e implementadas, as possibilidades de sucesso da ética encontram-se muito aquém das propiciadas pela esfera acadêmica. Tal decorreria do fato de que, enquanto nesta a reflexão se faz imperativa, naquelas o que se impõe como prioritário é a ação; de maneira que, *“however satisfied we may be that applied ethics is a respectable subject in the academy, it does not follow that its practitioners are useful contributors in those forums where public policy is formulated. The tensions between applied ethics as an intellectual activity and the involvement of applied ethicists in the public policy process are sufficiently great as*

to place serious doubt on the desirability of philosophers participating in the public policy process directly” (Momeyer, 1990 p: 392).

Com muita clareza, Momeyer apresenta ao debate a questão, presente em vários outros textos analisados, de que o papel conferido ao eticista em tais fóruns concorra mais para uma abordagem prescritiva da ética, do que para uma efetiva compreensão e assimilação dos valores a ela referidos, por parte dos demais integrantes de tais comissões. Se a ética é, por natureza, relacionada tanto ao julgamento de questões de ordem prática, quanto aos valores que os homens julgam lhes serem próprios, *“of course knowledge of values, and valid argument strategies are not sufficient for making moral judgments, still less wise judgments; there is further a need to know the facts. There is no suggestion here that a philosopher’s proficiency in reasoning skill renders him or her any more capable of wise moral judgment than any one else. On the contrary, those with genuine expertise about highly complex matters – e.g., nuclear weapons, ecology, medicine – might well be better situated to make informed moral judgments. Acquiring philosophical skills at moral reasoning will be for many persons easier than the acquisition of adequate knowledge about highly complex technical practices”* (Momeyer, 1990, p: 394).

Há certo consenso de que os bons julgamentos demandam mais do que raciocínios morais e conhecimentos de fatos eticamente relevantes; de que eles certamente exijam também experiência e sabedoria, no tocante aos fatos ou práticas em questão. Aceitamos também que se faz possível um posicionamento ético emergente a uma disposição natural e independente de qualquer conhecimento mais elaborado acerca da filosofia moral. Neste sentido, concordamos com Momeyer. No entanto, faz-se importante lembrar que, para os indivíduos treinados ou profissionalmente formados sob as premissas da racionalidade e objetividade científicas, nem sempre pode se apresentar simples proceder a julgamentos de natureza prioritariamente reflexiva. Frente a tais limites, reconhecemos como necessário que se ofereça aos médicos a possibilidade de exercitarem-se, não apenas na ação, mas também na reflexão: atividade que certamente poderia ser estimulada e orientada por filósofos.

Decerto negamos aqui qualquer perspectiva que pretenda atribuir aos filósofos maior capacidade de proceder às aplicações práticas dos conhecimentos teóricos produzidos pela filosofia moral. Julgamos que eles podem, no máximo, oferecer-nos perspectivas mais diversas para o julgamento moral, do que as que reconheceríamos como válidas se nos pautássemos apenas em nossa experiência pessoal ou profissional. E, apenas neste sentido, tomamos como válida e necessária sua participação em Comissões de Ética.

Mas, a despeito da contribuição potencial dos eticistas, a diversidade e variabilidade dos fatores intervenientes nos julgamentos de ordem moral dificultam, em não raras vezes, a perspectiva de obtenção de consenso pelas Comissões de Ética. Frente a tais dificuldades, Benjamin (Benjamin, 1990) alerta para a necessidade de procedermos a concessões e acordos em relação a conflitos éticos que demandam posicionamento urgente, deixando para depois a obtenção de consenso, ou a reavaliação das posições que assumimos, em caráter de urgência, como adequadas ou condizentes com a moralidade. A nosso ver, e particularmente na medicina, onde os posicionamentos urgentes constituem mais a regra do que a exceção, o perigo de tais acordos é que eles permitem a tomada do provisório pelo definitivo; postergando indelevelmente um possível consenso e viabilizando que a exceção, uma vez tomada como válida, possa ser assumida como regra geral.

A importância dos eticistas e dos papéis que a eles caberiam no debate ético dos conflitos emergentes às práticas médicas, surge como tema central de vários textos, contemplando abordagens variadas que, via de regra, mostraram-se mais complementares umas às outras do que divergentes. De uma maneira geral, o papel de mediador foi identificado como mais adequado ao eticista do que o de prescritor ou árbitro. Sua atividade seria fundamentalmente a de estabelecer uma possível mediação, ou a de propiciar ou facilitar o consenso, quando posições éticas conflitantes fossem assumidas pelos integrantes das Comissões de Ética Médica. Com sensibilidade, Walker (Walker, 1993), acrescenta a esta função mediadora o papel de um arquiteto, como *“someone who designs a structure to fulfill a function at a given site. Architects must have certain kinds of genuinely*

technical expertise – in basic engineering principles, for example. But they must also draw on social and psychological fact and on aesthetic sensibility, both programmatic and vernacular, to relate structure to function in workable and satisfying ways” (Walker, 1993, p: 40).

Temos, então, que, de maneira geral, competiria ao eticista oferecer, aos membros destas Comissões, as leituras possíveis para a ética, esclarecendo-os acerca das várias posições morais possíveis, assim como dos argumentos favoráveis ou contrários a cada uma delas, como elementos enriquecedores do debate e facilitadores para o consenso. No entanto, a participação dos eticistas nas Comissões e no debate ético não implica na leitura de que os médicos prescindam de formação mais acurada no tocante ao exercício de raciocínios de ordem moral.

Sob este aspecto, destacamos, como tema nuclear de alguns discursos, o ensino da ética aos estudantes de medicina. Enquanto alguns questionam a factibilidade do ensino da ética, argumentando que *“although there is some literature indicating that ethics can be taught, there is little research in the literature supporting the idea that teaching strategies actually increase student’s sensitivity to and response towards ethical dilemma”* (Hébert, 1990, p: 141); propostas didáticas concretas são apresentadas, mediante uma crítica ao valor pedagógico dos algoritmos morais e no sentido de redirecionar o ensino da ética na medicina, pois *“the little teaching which exists at present is entirely utilitarian and few medical students have any understanding of the theoretical concepts involved. ... The teaching of ethics provides an ideal opportunity for analysis of personal views and development of rational argument – a practice that is not encouraged in traditional medical teaching”* (Burling, 1990, p: 209).

Várias foram as observações enunciadas, no sentido de esclarecer que, *“in short, clinical ethics worthy of philosophy cannot be done, because there is no time in clinical setting for the sort of reflection about and gestation of ideas that everyone making a career in philosophy knows so well”* (McCullough, 1993, p: 4), numa evidência de que a bioética e, por extensão, a ética clínica envolvem prioritariamente a aplicação não reflexiva de um conjunto de normas, as quais,

como já dissemos, são regularmente utilizadas à semelhança de leis. Antes de nos resignarmos com a perspectiva de que tal posicionamento se faz inevitável diante das realidades da clínica, apresenta-se como imperioso e necessário que implementemos mudanças, no sentido de conferir ao estudante de medicina, e ao médico, o exercício prático do raciocínio moral e reflexivo. Se técnica e ética são componentes indissociáveis da prática clínica, uma e outra devem estar igual, obrigatória e efetivamente contempladas no processo de treinamento e julgamento médico.

No entanto, a importância atribuída ao papel do eticista, enquanto mais um especialista na área médica, expressa, a nosso ver, a tendência, fartamente cultivada pela medicina contemporânea, de solucionar seus problemas, independentemente da natureza destes, mediante os modelos de julgamento preconizados pelas ciências duras. Tal parecer especializado está potencialmente associado à perspectiva de uma análise neutra do problema, onde os envolvidos, médicos ou pacientes, poderiam poupar-se ao debate e ao confronto de opiniões e julgamentos. No entanto, faz-se cada vez mais amplamente reconhecido que os eticistas não possuem quaisquer conhecimentos que possam ser tomados como substitutivos para o agir ou para a reflexão moral do médico, assim como não lhes compete arbitrar, de fora, qualquer conflito cuja natureza se encontre na interioridade da medicina mesma. Neste sentido, Walker argumenta que o eticista *"isn't 'value-free', because the mediator is deeply interested in good resolution. A good resolution is the kind that might come from stakes being clearly assessed, parties becoming clear of theirs own and other's legitimate positions, compromises being achieved that will stand up satisfactorily to later review because of the care with which they were constructed. The process itself becomes a constituent in the good of the product"* (Walker, 1993, p: 40).

Deste modo, *"the attempt to engage in neutral ethical analysis only obscures than avoids, the problems in trying to apply ethical theory to practice. And by the nature of most such approaches the broader social, cultural and historical context in which these problems emerge is ignored. It is as though the problems can be abstracted from the situations in which they develop, analyzed as one might in a*

laboratory, and then the findings presented in detached, neutral terms. All of this, I suggest is among the ways in which much of Anglo-American ethics has since the time the logical positivists suffered from its emulation of science. It is as though, not being a science, ethics aspires to be the next best thing, and that is scientific. But just as cannot by itself yield answers to moral problems, ethical analysis that look to science for its model cannot do so either” (Holmes, 1990, p: 157 – grifo nosso).

A grande dificuldade de atuar mediante o que se faz duvidoso, o que ainda não está suficientemente esclarecido ou o que não se faz possível mensurar de forma objetiva, características da medicina contemporânea, conduzem-na a lançar às questões éticas um olhar de estranhamento. Ela não consegue vislumbrar que a solução de conflitos éticos possa estabelecer-se mediante estratégias que, reconhecidas como válidas, não se encontram exclusivamente sob os domínios da razão. Mas, ao invés de se lançar em direção aos territórios ainda não explorados, a medicina procede ao contrário e tenta encaixá-los nas premissas e valores que domina. A participação de eticistas no processo de formação e treinamento médico propiciaria aos estudantes a compreensão de que o raciocínio científico não é o único e soberano elemento que os conduzirá à prática da boa medicina; e que esta demandará, também e inevitavelmente, raciocínios de ordem moral e posicionamentos nem sempre incondicionalmente válidos, como os preconizados pela ciência.

Mas, a despeito de reconhecermos que *“the aim of teaching ethics to physicians and medical students is to enable them to acquire ‘discursive moral competence’ – that is, to become familiar with and able to employ the vocabulary (categories, principles, and so on) of ethics, including making, recognizing and analyzing ethical arguments and distinctions”* (Benjamin, 1990, p: 378), e de que os eticistas *“can provide the categories by which to discuss the problems theoretically; it can sometimes show that, if a certain theory or analysis is accepted, that has certain implications for substantive morality, and it can produce valid arguments and tell people when theirs are not, and why. But, while these are useful undertakings, they are insufficient to resolve the problems of bioethics or of applied*

ethics in general. They are not, I suspect, even necessary conditions of resolving those problems. The cultivation of a morality sensitive, caring, and compassionate character probably counts for more in the end than these analytical skills. Those who have such sensibilities will do about as well as humanly possible when confronting such problems. Those who do not will not, whether or not they have a Ph.D in philosophy." (Holmes, 1990, p: 157-8).

Como um reconhecimento de que, na esfera da ética, diversos são os valores e preceitos que podem ser tomados como válidos, e que estes, por sua vez, implicam igualmente em distintas posições éticas possíveis, há discursos que reivindicam, como necessário, que o debate ético acerca da medicina contemple também os pacientes e seus familiares. A participação destes elementos potencialmente "leigos" é assim defendida por Cohen: *"the purpose of bringing a multidisciplinary group of clinicians and laypeople together on an ethics committee is to explore the options available, to assess which fall(s) within the range of the ethically acceptable, and, when one stands out as ethically optimal – even from disparate perspectives – to state this."* (Cohen, 1990, p: 36).

Neste sentido, Moskowitz (Moskowitz, 1996) alerta para o fato de que o "consenso moral" nem sempre se faz possível, e que, nestes casos, e em particular nos que se referem aos pacientes incompetentes, a participação de familiares torna-se essencial, não como especialistas em ética, mas como potenciais tradutores dos desejos e das idiossincrasias dos pacientes junto às instâncias éticas que apreciarão tais questões. Blustein (Blustein, 1993) questiona a assertiva de que a participação da família implique obrigatoriamente em desprover o paciente de sua autonomia, argumentando que *"my own position is that the locus of decision authority should remain the individual patient, but I also argue that family members, by virtue of their closeness to and intimate knowledge of the patient are often uniquely well qualified to shore up the patient's vulnerable autonomy and assist him or her in the exercise of autonomous decisionmaking"* (Blustein, 1993, p: 6).

A participação de pacientes, seus familiares ou outros elementos leigos nas decisões médicas de natureza ética legitima-se na constatação de que, a despeito

dos eticistas deterem mais conhecimentos de filosofia moral do que as outras pessoas, ou dos médicos dominarem técnicas e saberes mais específicos no tocante à saúde ou a doença do que os não médicos, os preceitos morais a que a medicina está sujeita não são, de forma alguma, definidos ou validados apenas pelos médicos ou pelos eticistas que se dedicam a auxiliá-los em suas Comissões de Ética. A ética pressupõe, pela sua natureza e por definição, que os valores e preceitos que entende como lhes sendo próprios sejam partilhados de forma mais ampla do que o propiciado por esferas particulares.

Walker (Walker, 1993) detecta que, nos últimos quinze anos, as publicações dos especialistas em moralidade e dos consultores em ética evidenciam uma mudança de ênfase, a qual se expressaria num negligenciar das questões relacionadas aos conteúdos em função das que dizem respeito aos processos. Isto implicaria numa valorização maior do eticista, enquanto profissional voltado para a ação ou para a capacitação, e num relegar a um plano secundário seus saberes teóricos ou conceituais. Desta reordenação que, em última instância, troca o enfoque filosófico pelo enfoque prático, resultaria a percepção da utilidade dos eticistas junto às Comissões de Ética Médica, as quais proliferaram a partir dos anos 80. Com vistas em tal tendência, Walker (Walker, 1993) destaca o papel de Arthur Caplan, enquanto crítico veemente deste modelo de “especialista em ética” ou “eticista”, cuja atuação restringir-se-ia principalmente à aplicação prática das fundamentações ou modelos teóricos da ética.

Os defensores mais radicais desta atuação instrumental dos eticistas sustentam que sua legitimidade repousaria na legitimidade das teorias da moralidade mesmas pois, se estas são válidas, seria um contra-senso negar aos eticistas a ocupação dos espaços que vêm sendo oferecidos a eles nas Comissões de Ética. Neste sentido, Walker apreende no argumento de Ruth Maccklin, *“If ethical theories are useless, is it not likely that all attempts at rational analysis and systematic resolutions of moral problems are doomed?”* (Walker, 1993, p: 34), uma tentativa de ordenação racional ou sistematização da moral, como se os conflitos éticos fossem passíveis de solução mediante a aplicação linear de um conjunto de regras. Para ela, a crítica a este modelo mecânico

racional não levanta suspeitas sobre os julgamentos lógicos, inteligentes e moralmente informados, formulados através de argumentações consistentes e convincentes, mas sobre os julgamentos que estão supostamente apoiados em conclusões de ordem dedutiva, originadas em códigos e teorias morais tomadas como incondicionalmente válidas. No entanto, a negação deste modelo essencialmente racional não implica no abandono da racionalidade ou da consistência; mas, sim, em aceitar como potencialmente válidas outras abordagens da moralidade que não estão contempladas nestes modelos teóricos.

Tais críticas não negam as inúmeras contribuições que os filósofos podem trazer à medicina, mas, sim, a redução de seu papel ao de meros “aplicadores de regras”, numa tentativa que aqui já pudemos identificar, e criticar, como uma tomada da ética pela lei. O grande problema desta posição é que ela nega aos valores éticos a possibilidade de se estabelecerem mediante uma perspectiva construtivista. A história tem nos dado evidências inequívocas de que os valores morais são cultivados mediante reordenações e negociações sociais, e que isto permitiu e permite aos diferentes povos cultuarem e se submeterem a regras de conduta social distintas. Tomar a moralidade como um conjunto fixo de regras seria negar ao homem a possibilidade de aperfeiçoar sua própria humanidade, pois, se a consciência da existência de regras fosse por si só suficiente, nossos conflitos éticos já estariam solucionados.

Frente ao exposto, faz-se compreensível que os aspectos legais relacionados aos conflitos éticos tenham sido proferidos com relativa força em alguns textos e, ao mesmo tempo, apresentassem abordagens tão similares às elaboradas pelo discurso técnico. Julgamos que a semelhança de abordagens conferida às questões legais pelos discursos da técnica e da arte decorram do exíguo espaço que é deixado para o debate, quando argumentamos em função de preceitos aceitos como incondicionalmente válidos. Tomando o enfoque legal como essencialmente redutor para o debate ético, e esclarecendo que nossa análise objetiva identificar valores e posturas referentes à moral, e não às leis, julgamos pouco relevantes aos nossos propósitos discorrermos mais longamente sobre os casos relatados e suas jurisprudências.

De uma maneira geral, a tradição da lei natural preconiza que a razão pode determinar o que vem a ser moralmente válido ou não, sem que para tal tenha que recorrer a valores de ordem cultural ou religiosa. E muitos filósofos atribuíram à razão, no universo da ética, a mesma força que ela desfruta no campo das leis. Decerto que a fé na razão é uma das características mais relevantes da modernidade, que se faz expressar numa insistente tentativa de abordar a ética de forma universal, sem ter que recorrer a Deus ou às revelações divinas. Mas a pós modernidade tem trazido evidências, cada dia mais contundentes, de que dificilmente teremos sucesso nesta empreitada.

A grande contradição da ética universal reside na constatação de que, nos mais diversos campos de crenças e práticas humanas, existem aqueles que pretendem tomar seus preceitos éticos particulares como universais. Decerto que a ética universal que pretende a cultura norte-americana não se aplica irrestritamente à cultura européia, chinesa ou japonesa e, menos ainda, é compatível com os valores preconizados pelas religiões católica, judaica ou ortodoxa, para citarmos apenas algumas das leituras religiosas que a ética, desde seus primórdios, contemplou. Decerto que a bioética, a despeito de todas suas contradições e pretensões, ainda não ousou destituir o “status moral” dos europeus, chineses, judeus ou cristãos ortodoxos. Ela tenta, no máximo, abstrair tais diferenças, tomando-as como irrelevantes ou, no máximo, como teórica e potencialmente solucionáveis.

Ao relatar os eventos e ocorrências que caracterizaram a Segunda Conferência sobre Bioética, realizada no Leste Europeu pelo Hastings Center Report, Donnelley (Donnelley, 1990) procede a um relato potencialmente destruidor para quaisquer pretensões éticas universais, descrevendo que *“the differences in cultural and political contexts and what they mean for the ethical reform of health care system is a closely related matter. The United States has its economic entrepreneurism, its dominantly individualistic ethics, and its protective legal interventions in health care practice. Western Europe has its welfare states and its more communitarian ethical concepts. Eastern Europe has had its socialist and communist economies and moral norms. Some countries are better prepared*

politically and culturally to deal with concerns for individual patients and their families, democratic openness and processes, and moral / cultural pluralism. Others are better able to cope with social inequities and injustices. Still others seem presently ill-equipped to deal either social justice or concerns of individual because of political systems built on arbitrary power and legal processes for which the public has little respect or trust" (Donnelley, 1990, p: 6).

Ao discutir o papel do Conselho Europeu, no tocante ao desenvolvimento de uma bioética internacional, Quintana (Quintana, 1993) qualifica como não realística a pretensão de homogeneizar, através da bioética, diferenças culturais, sociais, econômicas e religiosas. Argumenta que, entre os países europeus, estas diferenças contemplam partidos políticos, características próprias da profissão médica em cada país, grupos religiosos e, com especial força, a mídia. Exemplifica que, enquanto nos países nórdicos há uma longa tradição de respeito à autonomia individual, os países do mediterrâneo creditam à família o poder de tomar decisões acerca do bem-estar de cada um de seus membros, particularmente quando um deles se encontra na condição de paciente. Com o mesmo enfoque, Riis (Riis, 1993) identifica que, na Dinamarca, devido ao fato de, por longo tempo, a morte cerebral ter sido considerada eticamente suspeita, os procedimentos relativos a transplantes apresentavam-se inacessíveis caso envolvessem a doação de órgãos de pacientes com morte cerebral. Assim, por muitos anos, os pacientes dinamarqueses que necessitavam submeter-se a transplantes eram enviados a outros países europeus, como o Reino Unido, a Holanda ou a Alemanha, pelo próprio sistema de saúde dinamarquês, o qual arcava com todos os custos dos procedimentos realizados nestes outros países.

Importante se faz ressaltar que as questões éticas relacionadas à organização ou ao financiamento dos Sistemas de Saúde, estabelecem-se como preocupações mais comumente explicitadas em países da Comunidade Européia do que em quaisquer outros. Assim, Quintana (Quintana, 1993) esclarece que *"health care systems learn from the experiences of each other but, unlike medical technologies, which spread and are adopted by others very rapidly, health care systems and health care reforms are not easily exportable. Issues of resources*

allocation and the related ethical problems may be common to many countries but they are considered as strictly national matters" (Quintana, 1993, p: 5). De uma maneira geral, e como já pudemos anteriormente discutir, há certo consenso de que as questões éticas passíveis de serem discutidas mediante uma perspectiva internacional ou universal relacionam-se única e exclusivamente aos procedimentos e tecnologias específicas, e não às questões mais abrangentes, como as referentes, por exemplo, à ética de acesso. Frente ao exposto, parece-nos natural que os temas contemplados por protocolos no Conselho Europeu de Bioética constituam-se em questões bastante pontuais, a exemplo da pesquisa biomédica e de certas técnicas específicas da prática médica (Quintana, 1993).

Parece-nos que, na medicina, as diferenças mais expressivas, no tocante à variabilidade ética entre os países, relaciona-se prioritariamente aos posicionamentos éticos assumidos em questões do cotidiano profissional, e não em questões relacionadas aos procedimentos técnicos mais polêmicos, a exemplo da engenharia genética. Assim, ao discutir as diferentes posições éticas assumidas pelos médicos ingleses e norte-americanos, diante de recém-nascidos portadores de graves e intratáveis deficiências físicas ou psíquicas, Dunn (Dunn, 1993) esclarece que, enquanto aqueles tendem a solucionar os conflitos éticos no âmbito restrito da família e dos médicos que assistem o paciente, estes entendem que se faz necessário tratar tais questões através das Comissões de Ética Médica¹⁴. Deste modo, a tendência norte-americana, e que se faz crescente no Brasil, em submeter todos conflitos éticos ao julgamento das Comissões de Ética, é entendida por Dunn (Dunn, 1993) como decorrente de valores e costumes sociais mais abrangentes: *"Certainly, though, in countries such as the USA with its medico-legal problems and constraints, ethical committees may help to protect the individual doctor and in these circumstances I can understand their value. Fortunately, this is not the situation in the United Kingdom"* (Dunn, 1993, p: 82).

Os conflitos éticos emergentes no cotidiano das práticas médicas apontam que, no tocante aos seus objetivos e à sua auto-identidade, a medicina encontra

¹⁴ Hoffmaster (Hoffmaster, 1991) também identifica diferentes posicionamentos éticos entre médicos canadenses, britânicos e norte-americanos.

uma enorme dificuldade em compatibilizar os problemas morais que fogem à tradição médica - no sentido que, quanto a eles, a experiência nada nos diz acerca do certo ou do errado – com os sucessos extraordinários das descobertas da clínica. Cultuando preceitos morais milenares, como a amenização do sofrimento humano, a medicina se vê impelida a negligenciar este componente de suas práticas, e a executar procedimentos nos moldes da técnica, onde a ação, acima de qualquer outro elemento, é profissionalmente valorizada.

A pretensão de banir o sofrimento do cenário das práticas médicas tem se estabelecido como uma das mais difíceis empreitadas que a medicina contemporânea já impôs a si mesma. Decerto que esta seria uma iniciativa louvável e legítima se não contemplasse, como estratégia possível, a perspectiva de que, com vistas ao banimento do sofrimento, tome-se como justificável a dissolução do ser humano sofredor. A reordenação de suas práticas foi de tal ordem que a medicina contemporânea, a despeito de toda tecnologia e ciência que incorporou, não mais consegue dar conta da ação que foi, durante toda a história do homem, mais longa e tradicionalmente associada ao médico: o alívio do sofrimento. Talvez isto seja uma decorrência direta do fato da medicina não conseguir mais enfrentar fracassos de qualquer espécie, pois até a morte natural ela tem proscrito. O convívio com o sofrimento inevitável impõe à medicina uma posição mais passiva e reflexiva junto ao paciente, do que propriamente interventora e, assim sendo, obriga-a a atuar mediante práticas cuja familiaridade lhe vem sendo usurpada desde que se tornou ciência e abraçou a técnica como guia para a ação.

Para Campbell (Campbell, 1990), as dificuldades que a medicina apresenta em defrontar-se com os sofrimentos humanos, *“are particularly acute in debates over active euthanasia, where eliminating suffering involves eliminating the person who suffers. Yet a medicine that aspires to achieve such a purpose may conflict with specific religious perspectives that see suffering as less a problem to be solved than as unavoidable part of one’s journey, and which assumes meaning in the context of that journey. For example, Paul Ramsey once rhetorically inquired whether ‘the purpose of modern medicine is to relieve the human condition of the*

human condition', by wich Ramsey had particularly in mind the illness, disease, and suffering all persons experienced as their mortal lot. Such an objective not only commits medicine to an impossible task, but one that risks dehumanizing its practitioners and patients" (Campbell, 1990, p: 8). Neste sentido, as posturas que a medicina assume, e tenta legitimar, perante os sofrimentos humanos foram tomadas como núcleos de variados enfoques éticos.

Cassel (Cassel, 1993) procede a ampla argumentação acerca da incapacidade da medicina contemporânea em defrontar-se com o sofrimento humano, atribuindo tal posicionamento à onipotência da técnica - expressa na adoção precoce e na utilização indiscriminada de recursos médico-tecnológicos – sobre a arte da medicina. Para ele, esta tendência seria apreendida no seguinte quadro: *"the attending and medical students stood outside the room of a dying patient whose suffering could not be controlled. Did they spoke about her suffering, or what to tell her or do for her? No, they were reading her test results and X-ray films – irrelevant to her present problem but much simpler and more immediate"* (Cassel, 1993, p: 34). Reconhecendo a necessidade de minimizarmos tais dificuldades, Van Hooft propõe o conceito de *" 'caring' in wich that word designates a fundamental structure of human living wich would be the basis for these caring attitudes and behaviours and also for any sense of obligation that we might experience as arising from traditional moral norms. I will be arguing that there is a basis for ethics and hence for bioethics that is more fundamental than either rules or virtues. ... It does not designate a motivation or a desire of wich an agent could normally be aware, but a deep and inchoate quest wich does not have definable objects. ... Its fundamental purpose (but not conscious goal) is the formation and maintenance of both the integrity of our selves and also of our relationships with others and the world around us"* (Van Hooft, 1996, p: 83-4).

No entanto, a despeito de todo o esforço intelectual no sentido de prescrever e criticar os posicionamentos percebidos como necessários ou condenáveis nas relações que a medicina estabelece com as condições de sofrimento humano, faz-se presente a indagação paradoxal de como poderemos transformar a cria mantendo intacto o criador. Sabemos que inúmeras das

dificuldades de posicionamento que a medicina apresenta frente aos sofrimentos humanos originam-se na percepção de que estes são, em sua maioria, potencialmente evitáveis mediante a utilização de conhecimentos e técnicas científicas. Desta forma, a única solução que se apresenta inteligível aos que se submetem ao imperativo tecnológico é a utilização de mais e mais tecnologia, como se todas as respostas aos problemas humanos pudessem ser formuladas racionalmente pelas esferas da ciência e da tecnologia. A questão nuclear, a nosso ver, reside na perspectiva de compatibilização, ou de não compatibilização, entre as consequências da utilização de várias tecnologias médicas e um dos objetivos que a medicina tradicionalmente assume como lhe sendo próprio: o alívio do sofrimento. Ao entender a morte como uma anomalia a ser vencida, a medicina culmina, muitas vezes, por infringir mais sofrimentos do que os que pôde atenuar.

Assim, apesar de todas as críticas que puderam ser atribuídas à religião como propiciadora de uma falsa visão de mundo, ela possui a inegável capacidade de se apresentar socialmente útil como sustentáculo para a disciplina social e a estabilidade política, e emocionalmente valiosa quando nos deparamos com questões limítrofes da vida, como a morte e o sofrimento. Mediante tal argumentação, Callahan (Callahan, 1990) introduz uma ampla discussão acerca das relações entre a ética religiosa e a natureza essencialmente secular da bioética. Esclarece que, a despeito da racionalidade prescindir de valores e preceitos de ordem religiosa, e de muitos homens não cultuarem crenças desta natureza em suas vidas cotidianas, não há qualquer evidência de que os valores éticos laicos sejam mais adequados aos homens do que os propiciados pelas religiões.

No tocante aos valores de ordem moral, faz-se inequívoco que inúmeras são as estratégias humanas que tornam possível conferirmos aos nossos atos um conteúdo ético. Para Callahan (Callahan, 1990), alguns problemas decorrentes da secularização da ética relacionam-se ao fato de que, na medicina, ela *"encourages a form of moral philosophy for use in the marketplace that aspires simultaneously to a kind of detached neutrality (what Thomas Nagel has called the*

'view from nowhere'), and a culture-free rationalistic universalism (which is suspicious of the emotions and the particularities of actual human communities). It is hardly surprising that the only theoretical debate taken to be of any great moral interest is that between deontologists (who can help the right trump the good), and utilitarians (who can allow a calculus of pleasures, pains, or preferences to trump both the right and the good).... Its worst failing may be its enormous reluctance to question the conventional ends and goals of medicine, thereby running a constant risk of simply legitimating, by way of ethical tinkering and casuistical fussiness, the way things are" (Callahan, 1990, p: 4, grifo nosso).

As considerações acima proferidas por Callahan (Callahan, 1990) constituíram-se no texto introdutório para vários enfoques sobre ética religiosa, publicados pelo Hastings Center Report, durante o período aqui analisado. Neste sentido, ele atribui à secularização da ética alguns perigos potenciais. Um deles estaria relacionado ao fato de nos tornarmos extremamente dependentes da lei como fonte de valores morais. Tal incorreria em atribuímos equivocadamente às leis a capacidade de oferecer-nos os critérios acerca do certo ou do errado, como se eles estivessem linearmente ligados ao que é legalmente proibido ou permitido. O outro relacionar-se-ia à validação da ciência como nossa única fonte de sabedoria e verdades, negando qualquer perspectiva de validade ao enorme pluralismo moral e cultural que nos cerca.

Para Campbell (Campbell, 1990), a religião oferece uma interpretação da realidade que corresponderia ao que Max Weber identificou como uma 'necessidade metafísica da mente humana', no sentido de conferir ordem, significado e coerência às nossas vidas, e de compreender questões últimas, tais como aquelas referentes aos propósitos de nossa natureza ou de nosso destino. Decerto que a maioria das crenças religiosas, apesar de não oferecerem explicações lógicas ou racionais do mundo que se apresentem inteligíveis à razão humana, atribuem significados especiais ao sofrimento, no sentido de conferir aos homens o conforto e a esperança que a racionalidade médica e científica, muitas vezes, lhes nega por completo.

Neste sentido, os textos com enfoque religioso não se desenvolvem mediante a oferta de quaisquer perspectivas universais, no tocante aos seus preceitos morais. Ao contrário, apresentam a crença religiosa como um modo de satisfação de necessidades humanas fundadas não exclusivamente na razão, mas, também, nos sentimentos e paixões. Os valores preconizados pela ética religiosa buscam sua legitimação não no confronto com a ética universal e racional, mas no suprimento das necessidades que esta não consegue prover. Sob esta perspectiva, a vigência e a aceitação de diferentes preceitos éticos não são apresentadas como contemplando valores obrigatoriamente contraditórios entre si, mas, ao contrário, os propõe como potencialmente complementares, no sentido de conferirem harmonia entre as necessidades emergentes da razão e as oriundas das paixões e sentimentos humanos. Assim, os preceitos éticos relacionados à religião e os relacionados às práticas científicas seriam formas de expressão de dois mundos inevitavelmente relacionados: o objetivo e o subjetivo.

Numa perspectiva mais próxima da teoria moral de Habermas (Habermas, 1989), Newman (Newman, 1993) discorre sobre a ética judaica, apontando a necessidade de criarmos uma linguagem comum, mediante a qual “estranhos morais” pudessem discutir e resolver as controvérsias morais com que se defrontam como membros da sociedade. Apresenta como necessário que se proceda a uma compatibilização entre as éticas religiosa e laica, a despeito desta última julgar, em princípio, que tal harmonia seja supérflua. Tal decorreria do fato que, norteadas pelo posicionamento ideológico de um humanismo laico que valoriza o bem-estar, o entendimento racional e a liberdade individual, é que toma as crenças religiosas como enganadoras ou perigosas, a ética laica, quando não se posiciona contrariamente à ética religiosa, consegue, apenas e no máximo, ignorá-la.

No entanto, afirma Newman (Newman, 1993), *“these principles – that we must not use others without their consent and that we must acknowledge their freedom to make independent moral choices – are the only ground rules for the creation of a secular humanist bioethics. They are defensible not on metaphysical grounds, as universal truths, but on pragmatic grounds, as the minimal principles*

necessary for moral strangers to communicate respectfully about moral disagreements at all. A secular humanist bioethics, as Englehardt conceives it, makes no assumptions in advance about what is permitted or prohibited. It only establishes a neutral framework within which individuals with different religious and moral perspectives can resolve their moral differences or, at very least, learn to live peacefully despite them" (Newman, 1993, p: 552). Para a ética judaica, algumas questões que a bioética assume como relacionadas unicamente aos princípios podem ter relações e implicações mais amplas do que esta geralmente supõe. Neste sentido, questiona, por exemplo, a validade incondicional da autonomia no caso da "barriga de aluguel", onde, com vistas à preservação de um princípio, ignorar-se-ia o fato de que, moralmente, o corpo humano não é passível de troca e venda, e que a liberdade e a autonomia não podem ser garantidas a custos tão altos. Frente ao exposto, argumenta que a tradição judaica, ao insistir numa diferença radical entre as leis que dizem respeito às propriedades e as que se ocupam das vidas humanas, toma a barriga de aluguel como uma prática eticamente condenável e, assim sendo, inviabiliza qualquer pretensão de universalidade para o princípio da autonomia.

Para os cristãos ortodoxos, a vida contempla uma dimensão que não está submetida à ciência ou à tecnologia. E, do ponto de vista ético, isto significa que as decisões médicas acerca de conflitos nesta dimensão não podem encontrar-se restritas à medicina e nem adequadamente solucionadas, se os valores transcendentais à ciência ou à tecnologia não forem levadas em consideração, uma vez que *"medical technology does not provide its own exclusive moral criteria"* (Harakas, 1993, p: 534). Diante de tal imperativo e como contribuição à reflexão, ressaltamos dois aspectos fundamentais da ética ortodoxa que, a nosso ver, apresentar-se-iam extremamente enriquecedores para a ética médica, particularmente quando esta tenta, antes preservar seu status quo, do que questioná-lo: *"The first is that the ethical norms, that is, the 'ought' affirmations have no independent reality outside of their faith context. ... What I mean is that it is the faith affirmations, understood as representative of reality, which determine the 'oughts' of Eastern Orthodox ethical discourse. The second point is that the*

articulation of 'oughts' by ethics nearly always create tensions with what 'is'. In other words, ethical norms nearly always challenge us and demand change from us. They only rarely confirm the status quo." (Harakas, 1993, p: 535).

Para a ética cristã ortodoxa, nem tudo que somos capazes de fazer deve efetivamente ser feito, a exemplo da guerra nuclear ou do uso de armamentos. No entanto, assertivas desta natureza não têm sido tomadas como válidas no âmbito da medicina, onde a disponibilidade técnica tem implicado na sua equivalente e linear utilidade e aplicabilidade. Para Harakas, a relutância em aceitar que as éticas religiosas possam, sob determinados aspectos, trazer contribuições à ética laica originar-se-ia na percepção de que esta seria a norma, enquanto aquelas necessitariam justificar e defender a validade de seu envolvimento em quaisquer atividades transcendentes à sua própria, como a participação nos debates éticos sob a esfera pública.

Se o raciocínio ético apresenta-se essencialmente reflexivo, se o ensino e o aprendizado da ética requerem estratégias didáticas específicas, e as relações sociais da contemporaneidade deixam pouco ou nenhum espaço para a reflexão, faz-se importante esclarecer como a ética religiosa consegue transmitir tão ampla e claramente aos fiéis os preceitos morais que cultua. Segundo Hawkins, *"the ethical teaching of Hebrew and Christian bibles emerges in a narrative, not a philosophical context: the bases of Jewish and Christian religions are the stories of the exodus from Egypt and the death and resurrection of Jesus. The Ten Commandments and The Sermon on the Mount are surely ethical pronouncements, but the way Moses and Jesus 'do ethics' is not analytic or necessarily argumentative. As for secular literature, the works of Plato's rivals – Aeschylus, Sophocles, and Euripides – are still read, studied, and produced today. Sophocles' Oedipus Tyrannus is surely more familiar to the educated American than Kant's Critique of Pure Reason.*" (Hawkins, 1996, p: 342).

A despeito de reconhecermos a importância das várias teorias elaboradas acerca da moralidade e da relevância de procedermos à análise e à reflexão acerca de seus conteúdos, os valores morais que se expressam na vida cotidiana das pessoas comuns são cultuados ou negados, na esmagadora maioria dos

casos, independentemente do domínio de quaisquer conhecimentos mais elaborados acerca de filosofia moral. Assim, a abordagem filosófica da moralidade se estabelece, não ela mesma como prescritora, mas, sim, como uma decodificadora, como uma intérprete racional das várias possibilidades de prescrição e transmissão da moralidade no seio da vida das pessoas comuns. Deste modo, não é a filosofia moral quem nos diz o que é a moralidade e quais são suas máximas, pois estas somos nós mesmos quem definimos mediante negociação e consenso, no seio da comunidade onde vivemos, seja esta laica ou religiosa.

Diante do exposto, observamos que a literatura e a ética narrativa se apresentam como importantes e tradicionais estratégias para a transmissão e a legitimação dos valores morais entre os membros de uma comunidade. E foi neste sentido que elas se destacaram como temas nucleares em textos aqui analisados. Para Clouser, uma importante distinção entre a ética narrativa e a ética de princípios é que a primeira *"beggining with particulars in contrast with traditional or analytic ethics which begins with abstract rules and principles, applying them to situations"* (Clouser, 1996, p:333) e que *"one possible answer to 'why use story or narrative' to apply to a case, is that it casts the case into a particular mind set that has helpful connotations for moral reflection; it is a process, it has a history and perhaps a plot, it is told from a particular point of view, which suggests that other interpretattion are possible"* (Clouser, 1996, p:339).

Lembramos que a narrativa, particularmente na medicina, ocupa um espaço bastante peculiar e extremamente relevante, ao se constituir no núcleo central da história clínica, a qual se apresenta como o instrumento mais tradicional e efetivo que a medicina já desenvolveu, e cuja eficiência e presteza nenhuma tecnologia científica conseguiu ainda substituir a contento.

A tecnificação da medicina tem sido acusada de incentivar uma postura negligente dos médicos no desenvolvimento das histórias clínicas de seus pacientes. No entanto, e como já pudemos anteriormente observar (Guia, 1995), a história clínica não se constitui apenas num excelente instrumento de diagnóstico e prognóstico, como seu desenvolvimento propicia o estabelecimento de uma

relação médico-paciente pautada sobre a confiança mútua e a amizade. Neste sentido, Hunter (Hunter, 1996) destaca a inseparabilidade dos raciocínios moral e clínico. Sabemos que os médicos, apesar de educados para tomarem os cânones das ciências biológicas e exatas como modelos para sua racionalidade, reconhecem a dúvida como um elemento indissociável de suas práticas. No entanto, quando se vêem com ela confrontados, não hesitam em recorrer aos modelos epidemiológicos, numa tentativa de se aproximarem, o máximo possível, das certezas que a esfera da arte da medicina lhes nega. Podemos dizer que, de uma certa forma, a medicina tem imposto aos médicos uma contradição que eles não conseguem superar, a qual originar-se-ia no fato de que, mesmo reconhecendo a transitoriedade das verdades científicas em que se apoia, ela insistiria em tomar como inquestionável seu caráter de ciência essencialmente preditiva e quantificável.

No entanto, a despeito de toda a hegemonia da ciência, o raciocínio da clínica contempla, como o raciocínio moral, componentes narrativos e interpretativos, cujos desenvolvimentos demandam o uso não apenas da razão objetiva, mas, acima dela, impõem a sensibilidade subjetiva de vislumbrar o outro como um novo e diferente universo a descobrir. Com vistas ao julgamento clínico, a narrativa é tomada como o núcleo central do treinamento médico, no sentido em que várias são as estratégias didáticas que visam conferir ao médico, durante sua formação profissional, adestramento técnico para desenvolver histórias clínicas consistentes e representativas dos componentes objetivo e subjetivo do universo onde se encontra o paciente. Diferentemente de vários outros componentes técnicos do treinamento médico, a história clínica, assim como o exame físico direto, desenvolve-se mediante as superfícies e não através de invasões objetivas e concretas da interioridade dos pacientes, impondo que os médicos procedam a raciocínios de ordem reflexiva, mais do que permitem constatações objetivas. Neste sentido, Hunter (Hunter, 1996) esclarece que, mesmo tomando a racionalidade e a objetividade como guias para a ação, os médicos sabem que as representações clínicas são mapas, e não os territórios mesmos onde os fenômenos vitais se desenvolvem.

A tendência em reduzir a história clínica ao relato de dados objetivos e concretos, numa tentativa de utilizá-la sob os mesmos moldes dos dados laboratoriais ou de imagem, tem sido apontada como redutora do raciocínio clínico e das perspectivas de desenvolvimento prático de uma boa medicina. Ao negar à história clínica a perspectiva de contextualizar o paciente no tocante aos seus valores morais e ao meio social em que vive, a medicina abre mão de reconhecer os elementos que definem, em última instância, os critérios de julgamento moral que emergem das singularidades próprias de cada paciente. E já pudemos anteriormente esclarecer (Guia, 1995) que os conflitos éticos entre médico e paciente raramente se estabelecem quando ambos desenvolvem uma relação médico-paciente em bases de confiança mútua; e que esta confiança toma, quase que obrigatoriamente, o desenvolvimento da história clínica como uma expressão incontestável do interesse e da dedicação do médico para com seu paciente.

Como a narrativa, através da história clínica, propicia aos médicos adentrarem o universo de valores subjetivos de seus pacientes, muitos autores entendem-na como uma das estratégias técnicas mais efetivas para a transmissão de valores e conhecimentos relacionados à moralidade no âmbito da medicina. Assim, Jones (Jones, 1996) esclarece que a ética narrativa inicia-se com o relato de casos singulares, e não mediante a apresentação de regras abstratas ou máximas universais, desenvolvendo-se prioritariamente através de raciocínios indutivos, e não dedutivos. Neste contexto, os elementos subjetivos da vida, como as emoções e os relacionamentos humanos, são tomados como relevantes, a despeito de sua não racionalidade.

Para Jones " *...there has been an undercurrent of dissatisfaction with analytic medical ethics and principlism (Burrell and Hauervas, 1977; Churchill, 1979; 1989; MacIntyre, 1981; Jones, 1987; Kass, 1990; Clouser and Kopelman, 1990; DuBose, Hamel, and O'Connell, 1994) and a gradually developing interest in other approaches to ethics. Theological ethicists and literature-and-medicine scholars have become especially interested in an interpretative approach that is now called 'narrative ethics' (Reich, 1988; Carson, 1990; Hynter, 1990; Jones, 1990; Miles and Hunter, 1990; Radey, 1992; Charon, 1994). Narrative medical*

ethics is much more than the use of a literary work to present an ethical dilemma in medicine. Like casuistry (Jonsen and Toulmin, 1988), narrative ethics begins with the particulars of a specific case rather than with abstract rules or principles that must be applied to the case; its method is inductive rather than deductive. In narrative ethics, complicated human emotions and behavior are considered important and worthy of concern, not disregarded because they are not 'rational' (Callahan, 1988). Like feminist ethics (Gilligan, 1982), narrative ethics values human relationship more than abstract rules. And narrative ethics is nonhierarchical, recognizing and supporting the capacities of persons to construct their own life stories and make their own decisions as long as they are able to do so. In a narrative approach to ethics, medical and legal professionals are best thought of as educators and counselors rather than as experts who serve as surrogate decision makers for others. Finally, narrative ethics seeks not the logically deduced right decision according to some externally imposed criterion but the best resolution for those involved in a particular case. This does not mean that the dominant principles of analytic medical ethics are disregarded. Because concepts such autonomy, beneficence, and justice are highly valued in Anglo-American culture, they are also important in our narrative medical ethics, but as ideals inherent in the cultural context of a case than as absolutist principles to be applied to the case in a formulaic way." (Jones, 1996, p: 268).

Temos que o enfoque narrativo da ética não implica em prescindir absolutamente os elementos racionais ou as análises éticas de cunho mais teórico ou conceitual, implicando essencialmente numa abordagem que busca viabilizar a emergência e o reconhecimento da relevância dos valores morais associados a cada caso particular. Certamente, o enfoque narrativo toma os princípios morais como potencialmente passíveis de contestação ou negação, de acordo com as particularidades que se apresentarem válidas ou relevantes, para a situação específica que está sendo considerada sob uma perspectiva ética. Diante do exposto, Hunter (Hunter, 1996) esclarece que a narrativa viabiliza a arena onde podem ser testados não apenas os julgamentos éticos e as formulações morais

intermediárias, mas, também as máximas e os princípios da moralidade, enquanto passíveis de aplicação prática aos casos particulares concretamente vivenciados.

A nosso ver, o que se destaca como particularmente relevante na abordagem narrativa da ética é que ela capacita ou estimula as pessoas a procederem às decisões éticas por si mesmas, isto é, a formularem seus próprios julgamentos morais, a partir de elementos ou critérios que se lhes apresentam válidos, independentemente destes serem de natureza religiosa, emocional, familiar, cultural ou racional. Assim, a ética narrativa viabiliza que o julgamento moral ocorra de forma autônoma e plena, mediante a utilização da totalidade dos elementos integrantes de nossa humanidade, a saber, a razão, a intuição, as emoções, a imaginação e o instinto ou a disposição moral.

Por outro lado, Chambers (Chambers, 1996) esclarece que o enfoque narrativo pode exaltar ou obscurecer determinadas ocorrências, viabilizando julgamentos éticos diferentes para um mesmo problema, na dependência dos diferentes olhares que lançarmos ao conflito e dos distintos elementos que considerarmos relevantes para o caso. No entanto, argumenta que tal perspectiva não invalida de forma alguma a abordagem ética narrativa, porque *“we must begin to become aware that when ethicists write cases, they are rhetorically imposing a world upon us, a world that excludes as well as includes those particularities that allow us to make the best possible moral decisions. ... If bioethics is to continue to rely upon testing itself through cases, attention to the rhetoric of narrative is necessary in order to remain vigilant to the fact that all cases attempt to impose a particular perspective upon the reader, for it is the nature of narrative to be an interpretation, an interpretation that express a certain economy of truth.”* (Chambers, 1996, p: 300).

A pluralidade de elementos e valores associados aos julgamentos éticos e aos critérios que tomamos como moralmente válidos, propiciaram a elaboração de um núcleo de discursos que caracterizamos como referentes às relações entre ética e sociedade. Dentre estes, alguns enfoques, ou por sua reconhecida relevância, ou pela coerência com que os temas foram desenvolvidos pelos autores, serão aqui brevemente destacados.

Ao abordarem temas afins, como a medicalização da sociedade e a crescente genetização das doenças, vários foram os enfoques escolhidos pelos autores. Assim, Szasz (Szasz, 1996) esclarece que a crescente medicalização da sociedade e a legitimidade conferida ao discurso médico viabilizam que a prática da circuncisão em recém-nascidos, inicialmente justificada em termos religiosos com a finalidade de coibir a masturbação masculina, perpetue-se nos tempos contemporâneos, legitimando-se como “medida preventiva” contra o câncer de pênis, a despeito da ausência de quaisquer dados epidemiológicos que comprovem tal proteção. Mas, paradoxalmente, apesar do câncer de pênis apresentar seu pico de maior incidência na meia idade, a circuncisão é realizada em idade precoce e, em consequência disto, sem o consentimento do paciente.

As pressões exercidas pela tomada do discurso biológico como hegemônico na medicina e a tendência à genetização das doenças fazem-se expressar com força no cenário da psiquiatria. Assim, tais temas surgem como núcleo central do texto elaborado por Diller (Diller, 1996), através da discussão dos elementos envolvidos no aumento do número de diagnósticos de crianças hiperativas e do equivalente crescimento no consumo do medicamento Ritalina, utilizado especificamente para o tratamento de tais distúrbios. Para ele, a hiperatividade, como um reflexo da impulsividade motora, é um elemento importante, porém não essencial para o diagnóstico da doença. No entanto, detecta uma crescente tendência da medicina em diagnosticar como hiperativas pessoas normais, cujos temperamentos se enquadram nos limites “borderline” da normalidade. Tal tendência seria agravada pela *“ascendancy of biological psychiatry, with its emphasis on the genetic and neurochemical factors directing behavior, implicitly diminishes the significance of development, learning disabilities, emotional status, family interaction, classroom size, and other environmental factors that may be relevant”* (Diller, 1996, p: 13).

Mantendo como foco o cenário da ética em psiquiatria, Morrein (Morrein, 1990) denuncia as inúmeras pressões institucionalmente exercidas para abordar as doenças psiquiátricas através dos modelos desenvolvidos para as doenças orgânicas. Tal se expressaria com particular ênfase nas coberturas propiciadas

pelos seguros saúde e nas políticas de saúde do trabalhador, as quais tenderiam a adotar uma postura discriminatória sobre determinadas estratégias terapêuticas. Tais ocorrências, incentivando as terapias medicamentosas em detrimento das demais, concorrem para que os pacientes recebam tratamentos aquém dos técnicos e clinicamente indicados como mais adequados. Assim, esclarece que *“the long-held norm, ‘if it might be of value, do it’, is being replaced by the more conservative value, ‘do only those things that quite surely will help’, In psychiatry, however, these two trends present serious hazards.”* (Morreim, 1990, p: 106).

Os elementos nucleares acima expostos são identificados por Cacheco (Cacheco, 1996) como incorrendo numa tendência ao consumo fútil dos mais variados procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Assim, encontram-se hoje potencialmente caracterizáveis como fúteis procedimentos tão diversos como as manobras de ressuscitação cardio-pulmonar, a utilização de drogas psiquiátricas ou as cirurgias por parto cesárea. No entanto, esclarece Cacheco, *“determining futility will require physicians and patients to communicate about ‘possible’ versus ‘impossible’ and ‘clinically indicated’ versus ‘not clinically indicated’.* Such discussions will not be easy, nor will they evolve quickly” e que, a despeito das inúmeras possibilidades de utilização da técnica *“we are beginning to accept our limits and act reasonably and professionally within them”* (Cacheco, 1996, p: 2). O grande problema, no tocante às caracterizações do que vem a se constituir em futilidade médica, relaciona-se ao fato de que, diante da institucionalização e da mercantilização da medicina, os critérios essencialmente técnicos são utilizados mediante um embate. Este se estabeleceria, freqüentemente, entre a mídia, que incentiva o paciente ao consumo de cuidados, e as instituições de atenção direta, que pressionam os médicos a contemplarem em suas prescrições a união do estritamente necessário com o que está efetiva e concretamente disponível.

Para Szasz (Szasz, 1996), a sociedade contemporânea dimensiona e conceitualiza os problemas cotidianos vividos pelas pessoas comuns – desde o comportamento inadequado das crianças até a tristeza dos adultos – sob a paródia da doença. Neste sentido, identifica como “Estado Terapêutico” a ordem política que legitima os controles sociais hegemonicamente através do culto a uma

ideologia da saúde. Diante de tal contexto, a institucionalização da medicina e a medicalização da sociedade são identificados como fenômenos sinérgicos e associados à emergência de inúmeras zonas de conflito na prática da medicina. Deste modo, enquanto Kottow (Kottow, 1990) discute a valorização e a pertinência do culto ao altruísmo médico mediante as transformações por que passou a medicina desde Hipócrates até os nossos dias, Curzer (Curzer, 1993) levanta a suspeita de que, diante da crescente institucionalização do ato médico, este culmine por abolir qualquer tipo de envolvimento emocional entre médico e paciente. Argumenta que, apesar da incontestável submissão da medicina a fatores de natureza econômica, financeira e política, *"emotional attachment is not the sort of thing which can be bought and sold"* (Curzer, 1993, p: 66).

Tomando como cenário os mesmos contextos acima contemplados, Peppin (Peppin, 1996) discorre sobre os prováveis motivos que nos conduzem a julgarmos que os médicos devam abraçar um padrão ético distinto dos outros profissionais, negligenciando o fato da medicina contemporânea submeter-se aos mesmos interesses, opressões e incentivos econômicos, financeiros e políticos das demais profissões. Diferentemente do enfoque tradicional, que confere especial conteúdo ético ao trabalho médico, o autor desenvolve o tema, concluindo que *"many physicians want to believe that medicine is distinct from others activities, such as being a grocer. However, whether ethical standards for medicine are, or should be, different than for others professions is problematic. I, for one, believe that persons should be virtuous in all their interactions with other persons, the grocer as well as the physician"* (Peppin, 1996, p: 95).

A questão da transmutação do enfoque de uma relação médico-paciente para uma relação instituição-paciente, mediante o processo de institucionalização do ato médico, esteve presente no núcleo de vários textos, trazendo para o debate a indagação que McCullough (McCullough, 1996) formula, na introdução de um número especialmente dedicado a este tema pelo *Journal of Medicine and Philosophy*: *"it is not at all clear to me that clinical ethics, as currently developed, is adequate to analyzing, critiquing, and correcting the institution-patient relationship and the managed practice of medicine that defines it"* (McCullough, 1996, p: 5).

A institucionalização da medicina estabeleceu-se como uma decorrência aparentemente inevitável da incorporação de conhecimentos e técnicas oriundas da ciência contemporânea. Mas se, por um lado, a ciência pode ser enaltecida pelos sucessos e melhorias que ela viabilizou à medicina, por outro, ela pode ser responsabilizada pela escalada crescente dos custos dos sistemas de saúde e pela institucionalização do ato médico. Esta posição paradoxal da ciência no desenvolvimento da medicina contemporânea tem trazido ao debate os mais variados conflitos éticos, como pudemos anteriormente observar. Diferentemente das descobertas científicas que se processaram até a primeira metade do século XX, as novas tecnologias incorporadas pela medicina contemporânea desenvolveram-se, via de regra, mediante o investimento de vultosos recursos financeiros e humanos, por parte de grandes conglomerados industriais. E, sob a ótica capitalista, tais novas tecnologias devem obrigatoriamente implicar no retorno financeiro dos recursos investidos no seu desenvolvimento, o que explica, ainda que parcialmente, a escalada crescente dos custos da atenção médica em todo o mundo ocidental¹⁵.

Numa tentativa de conciliar o processo de adoção e utilização de novas tecnologias com as restrições que vêm sendo impostas ao financiamento dos cuidados médicos, o QALY (Quality Adjusted Life Years) é tomado como centro de um debate. Assim, numa série especial de textos do Journal of Medical Ethics, importantes estudiosos da área de humanidades em medicina confrontam-se em função da posição ética que conferem ao QALY. De uma maneira geral, o QALY emerge como uma tentativa de racionalização da distribuição dos cuidados à saúde, particularmente de tecnologias médicas mais caras e escassas.

¹⁵ Sobre as relações entre saúde, medicina e tecnologia, assim discute Lolás: *"As an object, health can be defined, valued, exchanged, sold, lost, lent recovered, bought. ... Most important: its essential architecture, the correct forms of its acquisition and preservation are in the hands of 'experts': they are 'doctors', wise men who not only know what is all about; they know about objects, things, diseases and health ... By definition an advance, precisely because of its character, cannot be routinely offered to everybody, and not all can pay for it. Scarcity is an artifact of technology. On the other hand, specialization is not solely based on ways of perceiving or treating people, but on the economic anatomy defined by the instruments and devices of the electronic and pharmaceutical industries ... If it is true that more medicine (that is, more power for medical professionals) means more health, it should also be true that more technology means more health. The fallacy is not evident at the outset due to the ideological bias introduced by the interests embodied in money, prestige and power ..."* (Lolás, 1994, p: 2 -3).

Defendidos por Callahan (Callahan, 1996) e McKie, Kuhse, Richardsnon e Peter Singer (McKie, 1996), os argumentos apresentados sobre o QALY centram-se em assertivas extremamente polêmicas. A primeira delas toma como válido que os recursos que estão sendo investidos na saúde já atingiram seu limite máximo e, assim sendo, temos que estabelecer prioridades para sua utilização. A segunda estabelece que os critérios a serem utilizados para decidir quem vai, ou não vai, beneficiar-se dos recursos disponíveis, devem ser definidos em outras instâncias, e não individual e isoladamente pelo médico que assiste ao paciente. A terceira argumenta que nem todas as tecnologias e procedimentos médicos disponíveis apresentam igual valor para produzir saúde para diferentes pessoas. A quarta funda-se na premissa utilitarista de que, diante de recursos escassos, estes devem ser utilizados no sentido de propiciarem ao maior número possível de pessoas a melhor condição de saúde possível. E a quinta esclarece que, se critérios de seleção se fazem necessários para definir quem vai ser beneficiado, quando e em que medida, estes devem ser explícitos, construídos mediante negociação e consenso e utilizados de forma transparente.

Do acima exposto, apreende-se que o QALY pressupõe escolhas explícitas e, neste sentido, a definição de seus critérios implicaria em equivalente definição dos que serão excluídos, ou incluídos, como beneficiários de determinados cuidados. As tentativas concretas de utilização do QALY culminaram, via de regra, na negação de determinados cuidados relacionados ao prolongamento da vida e, neste sentido, afetaram principalmente os idosos e os portadores de doenças crônicas com mau prognóstico. Podemos dizer que, de uma maneira geral, a despeito do QALY fundar-se em assertivas que, isoladamente, apresentam-se coerentes e válidas, a idéia central subjacente é, por si só, extremamente polêmica. Ela pressupõe que seja possível a quantificação objetiva não apenas da qualidade de vida, como, também, dos resultados, em termos de saúde, da utilização de determinadas tecnologias. Mas se reconhecemos que tais medidas objetivas ainda não estão plenamente disponíveis, e que talvez nunca estejam, admitimos a possibilidade de que tais escolhas sejam feitas mediante critérios práticos bastante distintos dos que seriam ética e teoricamente desejáveis.

A despeito de toda a argumentação elaborada por Callahan (Callahan, 1996) de que se faz necessário impormos limites à utilização indiscriminada de determinadas tecnologias, particularmente as relacionadas ao prolongamento da vida, concordamos com Harris (Harris, 1996), quando este afirma que, *"if each persons matters equally and hence has an equal right to the care and consideration of the health care system of the society of wich he or she is a member, then one of the things that might be thought to follow from this is that each person has the right to have his or her chance of benefit equally respected, whatever that chance may be"* (Harris, 1996, p: 213). Ao questionar a validade moral do QALY, Harris propõe que tais escolhas ocorram mediante a posição original de Rawls, pois *"what is true of course, is that the survivors, as a group, will have larger total and average utility than under a method that shows no preference to the fortunate, but since behind the veil they have no reason to suppose they are more likely to be in the group of the fortunate than in the other group, they will only choose QALYs if they wish to ensure the survival of the fortunate, that is if they are utility maximisers and not risk-averse rational egoist"* (Harris, 1996, p: 210).

Na impossibilidade de se configurar tal situação ideal, Harris (Harris, 1996) sugere que se proceda à escolha aleatória, de forma a garantirmos igual oportunidade a todos, independente de sua condição de vida, saúde ou idade. Sua grande crítica ao QALY emerge da possibilidade de que ele venha a apresentar-se como uma forma de legitimar a exclusão dos que já haviam sido menos contemplados pela natureza, a exemplo dos deficientes, ou, diante das perspectivas da engenharia genética, de dizimar os portadores das doenças socialmente indesejáveis ou das que mais oneram os sistemas de saúde.

Os progressos da ciência, quando vislumbrados sob uma esfera moral, impõem-nos a tomada de posicionamentos éticos originais e singulares. Isto significa que hoje são submetidas ao julgamento dos homens decisões acerca do viver ou do morrer que antes cabiam à natureza, particularmente em relação aos que padecem de doenças congênitas que, antes do advento das modernas tecnologias médicas, conduziam inexoravelmente à morte. E, neste sentido, julgamos absolutamente legítimas as restrições que Harris (Harris, 1996)

apresenta ao QALY, no tocante às possibilidades deste estabelecer-se como uma estratégia discriminatória, que visaria justificar a utilização elitista das tecnologias médicas mais sofisticadas e caras.

A nosso ver, a validade moral dos QALY é passível de questionamento, particularmente em função dela negligenciar ou ignorar que, como primeira e imprescindível condição para sua utilização, far-se-ia fundamental que necessidades básicas como alimentação, educação e saneamento básico estivessem disponíveis desde os primeiros anos de vida, em igual medida a todos os que seriam submetidos à adscrição. A grande dificuldade do QALY é que ele tenta solucionar um problema real mediante a disponibilidade de instrumentos virtuais, dado que as mensurações precisas que demanda ainda estão muito distantes de serem alcançadas.

Rawles (Rawles, 1990) argumenta que um dos equívocos do QALY reside no fato dele tomar como certa uma assertiva questionável: a de que já atingimos nossos limites em termos de investimentos financeiros para a saúde. Além disso, esclarece que *"I have no fundamental objections to the idea of attempting to measure the outcome of health care, but strong objections to the premature, reckless, and irresponsible use of QALY for decision-making. None of the basic assumptions and implications have been made explicit, and not even the monetary calculations have been published for all to see. I take particular objection to the use of QALYs for comparing the outcome of fatal and non-fatal diseases because, when using the QALY measure, the implied monetary value life is zero."* (Rawles, 1990, p: 93). Já Nord esclarece que, na Noruega, estudos empíricos evidenciaram que as pessoas *"tended to emphasis equality in value of life and in entitlement to treatment rather than level of health after treatment"* (Nord, 1993, p: 37) e que elas, de uma maneira geral, rejeitam veementemente estratégias que tentam avaliar vidas humanas em termos predominantemente financeiros. Para Hunt, *"a reason for Callahan's justification of his policy proposal is that by setting an age limit, decline and death can be perceived as more natural, and not to be avoided at all cost, but, in reality, death and decline are not avoided at all cost by either patients or doctors"* (Hunt, 1993, p: 21).

A polêmica que se estabelece em função do QALY expressa a relevância, nesta esfera da medicina, das questões relacionadas ao acesso aos cuidados, as quais, por sua vez, incorrem na necessidade de compatibilização de duas assertivas que são, via de regra, tomadas como válidas; a que define o acesso aos cuidados como um direito e a que estabelece como finitos os recursos financeiros disponíveis para a saúde. No entanto, a despeito dos vários discursos que tomam como questionáveis os argumentos que justificam as restrições financeiras impostas à saúde, estas se vêem sustentadas pelas inúmeras e crescentes evidências do uso indiscriminado das tecnologias médicas, particularmente as que se referem ao prolongamento da vida. A necessidade de impormos limites ao uso de determinados procedimentos médicos introduz no debate a questão da eutanásia, a qual surge como núcleo central, sob os mais diferentes enfoques, de vários dos textos aqui analisados,

Assim, as dificuldades de acesso aos cuidados têm sido freqüentemente interpretadas como potencialmente estimuladoras da prática da eutanásia, na medida em que, diante da impossibilidade de obtenção dos cuidados adequados, os pacientes terminais se vejam impelidos a aceitar a eutanásia como a única estratégia possível para o alívio de seus sofrimentos. Em função do exposto, Mayo (Mayo, 1993) argumenta que a legalização e o debate ético acerca do suicídio assistido devem necessariamente tomar como pressuposto o acesso universal e integral aos cuidados, particularmente os relacionados ao final da vida. Tal fato remete à questão de, tomando-se a assertiva acima como válida, termos que submeter o debate sobre a eutanásia a uma quarentena, até que possamos garantir ou um maior aporte de recursos financeiros para a saúde, ou uma efetiva diminuição nos custos dos procedimentos médicos. Daí emerge um difícil problema, uma vez que as duas opções acima têm se mostrado sistematicamente inviáveis, a despeito dos esforços empreendidos neste sentido pelos mais diferentes sistemas de saúde ocidentais.

Mas, apesar da diversidade de fatores de ordem social, cultural e econômica associados à emergência da eutanásia no cenário da ética, as discussões formuladas sobre a questão desenvolvem-se, via de regra, mediante

argumentos fundados mais nos direitos dos indivíduos do que nas obrigações da sociedade. Assim, o reconhecimento do direito à liberdade dos indivíduos, no sentido proferido por Mill (Mill, 1991), tem sido fartamente utilizado como argumento para a defesa ou a condenação da prática da eutanásia, mediante discursos que tomam como seu sustentáculo a validade incondicional do princípio da autonomia.

Emerge neste debate uma assertiva que caracteriza a morte como um direito inalienável do homem, no sentido de sua inclusão no que definimos como “direitos humanos”, proposição amplamente questionada por Kass (Kass, 1993), mediante o argumento de que, se a todo direito corresponde, obrigatoriamente, um dever, teríamos, também obrigatoriamente, que proceder à definição das instâncias responsáveis por este último, dado que a medicina não o legitima como seu com a amplitude e o consenso que se fazem minimamente necessários. Neste sentido, ele interpreta o direito à morte como uma criação da sociedade contemporânea, e não como um direito natural, mediante argumentos semelhantes aos proferidos por Bobbio em “A era dos direitos”. Assim, para Kass, *“during the past few decades we have heard claims of a right to health or health care, a right to education or employment, a right to privacy (embrancing also a right to abort or to enjoy pornography, or to commit suicide or sodomy), a right to clean air, a right to dance naked, a right to be born, and a right not to be born. Most recently we have been presented with the ultimate new rights claim, a ‘right to die’”* (Kass, 1993, p: 34). Diante do exposto, alerta para os perigos de estarmos incorrendo em potenciais equívocos interpretativos, ou em ampliações demasiado extensas, acerca dos direitos que poderiam ser legitimamente tomados como direitos humanos.

Para ele, a despeito de reconhecermos a vida e o corpo humano como propriedades inalienáveis dos homens, tal se dá apenas no estrito senso em que estes não podem ser transferidos, comercializados, usurpados, doados ou vendidos, e que *“the claim of a ‘right to die’ asserted especially against physicians bent on prolonging life, clearly exposes certain deep difficulties in the foundations of modern society. Modern liberal, technological society rests especially upon two*

philosophical pillars raised first in the seventeenth century, at the beginning of the modern era: the preeminence of the human individual, embodied in the doctrine of natural rights as espoused first by Hobbes and Locke; and the idea of mastery of nature, attained through a radically new science of nature as proposed by Francis Bacon and René Descartes” (Kass, 1993, p: 41).

O espaço privilegiado que a sociedade contemporânea confere à razão, à ciência e à tecnologia expressa-se em quase todos os aspectos da vida social e, particularmente na medicina, provoca mudanças extremamente profundas que colocam sob suspeita a validade dos objetivos que os homens, desde sempre, julgaram justificar moralmente os atos médicos. Algumas destas questões afloram de forma paradoxal no debate sobre a eutanásia. Assim, enquanto alguns (Schneiderman, 1990) creditam ao imperativo médico-tecnológico a responsabilidade pelo uso indiscriminado dos procedimentos para prolongamento da vida e, conseqüentemente, pelas requisições cada vez mais freqüentes de eutanásia; outros (Parker, 1990) julgam que advirão da ciência e da tecnologia os procedimentos médicos paliativos para os sofrimentos humanos relativos ao final da vida, os quais, por sua vez, incorrerão na diminuição das solicitações por eutanásia que são hoje formuladas.

Mas, a despeito das polêmicas vigentes no cenário médico e acadêmico, Robertson (Robertson, 1993), ao discutir a validade ética das manobras de reanimação cardio-respiratória (CPR) em pacientes terminais no Reino Unido, apresenta dados empíricos consistentes indicativos de que *“the great majority of patients would nor wish CPR if severely senile, and that patients are nor disturbed by questions relating to their choice for and against”* (Robertson, 1993, p: 104). Tal assertiva é corroborada por Schneiderman (Schneiderman, 1990), mediante o argumento de que, nas cortes norte-americanas, há crescentes evidências de que a maioria das pessoas não deseja submeter-se a manobras ou tecnologias para prolongamento da vida, quando entendem que elas incorrem numa vida qualitativamente pobre. Mediante o exposto, procede a contundente crítica da argumentação desenvolvida por Callahan, quando este *“sees the powerful, unremitting public demand for better health and a longer life as the major obstacle*

to controlling medical cost" (Schneiderman, 1990, p: 23). Diante de tal assertiva, argumenta que *"there is mounting evidence, however, that most people do not want life-prolonging treatment when the quality of life is poor, but physicians ignoring their wishes. Thus Callahan may be underestimating the dominant role of medicine itself"* (Schneiderman , 1990, p: 23).

Ao tomar o espaço da relação médico-paciente como propiciando o necessário encontro moral entre estes dois atores, o qual se estabeleceria como o vetor da ação ética na medicina, Parker (Parker, 1990) aborda a relação médico-paciente de forma transcendente aos modelos que têm sido tradicionalmente associados. Para ele, estaríamos sendo extremamente simplistas se julgássemos que a complexidade e a diversidade dos componentes integrantes do relacionamento médico-paciente pudessem ser contemplados em um único modelo, assim como interpreta que os dois objetivos mais comumente relacionados à medicina – salvar vidas e aliviar sofrimentos – podem ser alcançados independentemente um do outro. Ao abordar a relação médico-paciente, julgamos que Parker (Parker, 1990) vai de encontro à perspectiva de que os conflitos éticos na medicina possam ser minimizados ou solucionados através de uma "ética da intimidade", enquanto estratégia de mediação ética, direta e possível, entre o médico e seu paciente.

A nosso ver, o espaço de intimidade que se desenvolve mediante a relação médico-paciente constitui a instância soberana, a partir da qual podem ser proferidos julgamentos de validade acerca das condutas éticas mais adequadas à não violação das singularidades de cada ser humano. No entanto, reconhecemos que nem sempre a relação médico-paciente desenvolve-se no sentido desejado, particularmente quando, mediada pela institucionalização da medicina, oferece apenas encontros casuais e rápidos. Diante da impossibilidade do necessário encontro moral entre médico e paciente, a autonomia deste é tomada como o elemento norteador da ação ética na medicina. No entanto, a questão torna-se mais complexa quando reconhecemos que a autonomia nem sempre pode ser exercida de forma plena, uma vez que os homens a dominam em graus diferentes durante os vários estágios da vida. Assim, a validade da autonomia como princípio

ético universal encontra-se seriamente ameaçada quando nos defrontamos com bebês, deficientes mentais ou deficientes físicos que não conseguem expressar de forma clara sua vontade livre. Em função de tais dificuldades e da necessidade premente de oferecermos respostas adequadas aos conflitos éticos delas emergentes, a ciência tem proposto outros elementos como critérios potencialmente válidos em tais julgamentos.

Em função disto, emerge o conceito de morte encefálica¹⁶, como uma contraposição ao conceito médico tradicional de morte cardíaca, o qual toma a preservação das funções de ordem cognitiva como o principal critério decisório acerca da morte humana. Se a autonomia emerge como um atributo humano que nos é conferido pela razão, e a ciência tem-nos fornecido sistemáticas evidências de que esta se encontra na dependência direta do pleno usufruto das funções de ordem cognitiva, apresenta-se racionalmente factível que utilizemos novos elementos na caracterização de um ser vivo como humano ou não. No entanto, antes de simplificar os dilemas éticos com que se defronta a medicina, tais assertivas científicas os tornam ainda mais complexos, numa evidência inquestionável de que nossa vida moral pauta-se em valores mais amplos e diversos do que os preconizados como válidos pela ciência.

Neste sentido, Veatch esclarece que *"the problem is exacerbated when one reviews the early 'brain death' literature. Writers trying to make the case for a brain death definition of death over a heart-based one invariably pointed out that certain functions were irreversibly lost when the brain was gone. Then, implicitly or explicitly, they made the moral/philosophical/religious claim that individuals who have irreversibly lost these key functions should be treated as dead"* (Veatch, 1993, p: 19), e que *"since being labelled dead is normally an indicator that certain moral and legal rights cease, such a slide toward considering increasing numbers of marginally functional humans as dead would be morally horrific"* (Veatch, 1993, p: 20).

¹⁶ Acerca da definição de morte encefálica, vide Resolução CFM nº 1480, de 08/08/1997, cujo artigo 4º esclarece que: "os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora suprespinal e apnéia". Esclarecemos, ainda, que a aperceptividade implica em ausência de atividade cognitiva.

Sua argumentação desenvolve-se no sentido de esclarecer que, se qualificarmos como seres humanos apenas aqueles que possuem funções cognitivas, incorremos na perspectiva de virmos, num dia não muito longínquo, a destituir a humanidade daqueles que as detêm em menor grau que os demais. No entanto, Veatch esclarece que *“the determination of who is alive – who has full moral standing as a member of the human community – is fundamentally a moral, philosophical, or religious determination, not a scientific one”* (Veatch, 1993, p: 21). Diante do exposto, alerta que a submissão da vida aos critérios da ciência viabilizaria mudanças substanciais que em muito transcenderiam o universo da medicina ou da ciência mesma, pois teríamos que proceder a reconsiderações de ordem social mais amplas, como as que dizem respeito às leis que tratam dos suicídios e homicídios, dos prêmios para seguro de vida ou do direito à herança.

Mas o conhecimento científico não propõe mudanças apenas nas definições acerca da morte, mas, além disso, esclarece Hepburn (Hepburn, 1996), nos conduz a elevarmos o feto à categoria de paciente e, em função disto, colocamos defronte a variados e novos conflitos éticos. Ao lançarmos o olhar da ética sobre a ascendência da ciência na sociedade ocidental contemporânea, observamos que ela estimula a crença de que poderemos exercer um controle cada vez maior sobre os eventos da natureza, no sentido de reduzir-lhes a incerteza e modelá-los para a consecução de nossos desejos, num movimento que toma o homem e a ciência que ele criou como os centros do universo.

Atento aos perigos de tal tendência em controlar o mundo, Cohen esclarece que *“a primary harm that they attribute to the use of the new reproductive technologies is physical damage. Few long-term studies have been undertaken of the kinds and rates of physical diseases and abnormalities incurred by children born of the new reproductive technologies. Moreover, the evidence these investigations provide is conflicting. Australia is the only country that has kept statistics on the condition at birth and subsequent progress of children born of IVF since the inception of this technique in the late 1970s. Data from that country indicate that these children are two or three times more likely to suffer such serious disease as spina bifida and transposition of the great vessels (a heart abnormality)”*

(Cohen, 1996, p: 20), assim como *"in France, for instance, the rates of prematurity and intrauterine growth retardation among IVF births in a two-year period were 16 percent and 14 percent respectively, whereas the expected rates for the general population were 7 percent and 3 percent"* (Cohen, 1996, p: 20). Diante de tais evidências, julga imperioso que se proceda a investigações mais consistentes e mediante prazos mais longos, no sentido de esclarecermos as conseqüências, sobre os feto e as crianças, da utilização das técnicas de fertilização in vitro ou de manipulação genética.

A perspectiva de que a ciência possa utilizar, com vistas à realização de pesquisas, tecidos fetais oriundos de abortos ou os embriões desprezados durante os processos de fertilização in vitro introduz novos temas ao debate ético, a maioria dos quais se serve de argumentações de natureza mais técnica e científica do que propriamente de ordem moral. Tal movimento expressa-se na crescente tendência de procedermos às definições acerca do status moral do feto a partir de critérios desenvolvidos no âmbito científico.

Neste sentido, Lauritzen indaga que, se *"the use of ultrasound, amniocentesis, genetic testing and counseling, eletronic fetal monitoring, and cesarean sections have all increased the medical community's control over the process of birth. Why should the process of conception be any different? If anything, a pattern suggests itself. What was originally introduced as a specialized treatment for a subclass of women quickly expanded to cover a far wider range of cases. What was originally an optional technology may quickly become the norm. Such interventions can be coercitive not only in the sense that, once established as the norm they are difficult to avoid, but in the stricter sense that women may literally be forced to submit to them as with court-ordered cesarean sections. Will compulsory treatment be true of the new technologies as well?"* (Lauritzen, 1990, p: 40). Assim, Lauritzen argumenta que as regras abstratas e os princípios que definimos como universalmente válidos, com vistas a respondermos de forma efetiva aos problemas médicos de natureza individual, não têm sido suficientemente apreciados à luz das teorias morais ou da própria ética médica tradicional. Neste sentido, identifica que tal equilíbrio só se fará possível quando

pudermos compreender melhor não apenas como as decisões morais vêm atualmente se desenvolvendo, mas, também, quais são as qualificações humanas necessárias para que possamos responder adequadamente aos conflitos de natureza moral no âmbito não apenas da medicina, mas das sociedades humanas, uma vez que *“for anyone nor blinded by self deception will admit that wanting something does not always make it right”* (Lauritzen, 1990 p: 45).

VI – Discussão

“A força que tem o espírito, de apropriar-se do que lhe é estranho, manifesta-se num forte pendor a assimilar o novo ao antigo, a simplificar o complexo, a rejeitar ou ignorar o inteiramente contraditório: do mesmo modo ele arbitrariamente sublinha, destaca e ajeita para si determinados traços e linhas do que lhe é estranho, de cada fragmento do mundo “exterior”. Assim fazendo, sua intenção é incorporar novas “experiências”, enquadrar novas coisas em velhas divisões – é o crescimento, portanto; mais exatamente, a sensação de crescimento, a sensação de força aumentada.”
(Nietzsche, 1992, p: 136-7)

O espaço conferido à ética na história das práticas médicas apresentou mudanças substanciais, não apenas com o advento da ciência moderna, mas, também, com as transformações de ordem política e social que ocorreram na sociedade ocidental, particularmente nos três últimos séculos da era cristã.

Analisando os preceitos éticos proferidos durante a história do homem, pelas diferentes comunidades humanas, Fabrega (Fabrega, 1990) identifica a presença de três núcleos centrais comuns: (a) os que dizem respeito às relações que se estabelecem entre os médicos e seus pacientes, (b) os que envolvem as relações que os médicos estabelecem entre si, e (c) os identificados pelas relações entre os médicos e a sociedade onde atuam, no sentido de estruturas sociais, como as contempladas na esfera das leis, do Estado e dos costumes.

A medicina religiosa, praticada pelas primeiras sociedades humanas, conferia à cura ou ao alívio do sofrimento o caráter de uma obrigação, cuja prática não deveria implicar em recompensas materiais, constituindo-se inicialmente, portanto, num dever de natureza moral, e não de ordem contratual. Em tais

sociedades, Fabrega esclarece que, *"treatment, moreover, is a group-wide phenomena in wich many, if not most adult members, participate. What one could term the 'essential' ingredients of a medical ethics may not even be manifest. Indeed, what one finds instead is merely a 'social ethics': precepts and stipulations regarding proper ways of helping to gunt, gather, collect and distribute foods, ways of relating to co-members and ancestors and the like. Implicit in the notion of sociality as used by social and cultural anthropologists, namely the basic guidelines of behavior promoting social integration (in this instance, among members of a hunter and gathering group, the smallest-scale societies), are guidelines and obligations for dealing with all crises, including illness"* (Fabrega, 1990, p: 597).

De uma certa maneira, o elemento primário ou básico da ética que rege as relações entre médico e paciente, ou entre os curandeiros e a comunidade, originou-se no entendimento de que tais ações visavam a obtenção do bem, ainda que mediado por instâncias sobrenaturais. A essência do julgamento moral fundava-se portanto, mais nas intenções, com vistas às quais as ações médicas eram executadas, do que em seus resultados concretos em termos de saúde ou de doença. Tal característica humanitária da medicina viu-se preservada durante a longa duração da história humana, a despeito das diferentes formas de organização social que os homens estabeleceram entre si.

Assim, à exceção das ofertas concedidas às divindades ou aos entes sobrenaturais, as práticas médicas prescindiram de intermediações de ordem material até a emergência da medicina laica, consolidada pelos antigos gregos. No entanto, sua validação como prática socialmente necessária conduziu as antigas comunidades gregas a remunerarem coletivamente os médicos para que estes ali fixassem sua residência, visando garantir aos cidadãos o pronto acesso aos cuidados médicos quando estes se fizessem necessários. Esta ocorrência sugere que, apesar de tomarem como moralmente válida a oferta de recompensas materiais pelo trabalho médico, os gregos atribuíam à sociedade, mais do que aos indivíduos isoladamente, a responsabilidade pelo provimento de tais cuidados. E séculos depois, *"in late medieval times in Western Europe, it was common to*

find physicians in the employ of the state. The function of these 'state physicians' was to treat the poor, to provide general medical counsel to patients and officials, and to offer care and support in matters of public health, particularly during times of epidemics when strict quarantine efforts were in play" (Fabrega, 1990, p: 605). Daí temos que, apesar de não estar contemplada de forma explícita nos códigos de ética médica, as mais antigas sociedades humanas implementaram estratégias que visavam garantir o acesso da população aos cuidados médicos, percebidos como necessários ao bem estar e à preservação da comunidade.

A relevância social conferida aos cuidados médicos, desde as comunidades mais antigas, origina-se, então, do seu reconhecimento como uma prática voltada essencialmente para o bem. Daí que os preceitos éticos das relações entre médico e paciente regulamentam-nas como legítimas apenas e na medida em visem a obtenção do que é percebido como um bem também pelo paciente, e não apenas pelo médico. Em decorrência de tal legitimação social, mostrou-se necessário proceder à distinção entre os praticantes autênticos e não autênticos da medicina, no sentido de identificar com precisão quem merecia ou não a confiança da comunidade. Consolida-se, assim, o segundo elemento nuclear dos códigos de ética preconizados à medicina, mediante o qual os médicos estabelecem critérios que lhes permitem diferenciar-se enquanto grupo social detentor de técnicas e saberes específicos e legítimos. Para Fabrega, a consciência de grupo, enquanto referente ao cumprimento de regras de condutas moral e profissional comuns, expressava-se através da *"explicit emphasis given to medical ethics in writings and the important role this come to play in distinguishing between orthodox and authentic on the one hand, and heterodox and unauthentic practitioners on the other"* (Fabrega, 1990, p: 607).

Assim, este segundo elemento nuclear tenta responder a dois tipos de ocorrências: (a) as tensões decorrentes da necessidade de compatibilizar os componentes humanitários da medicina com o seguimento de preceitos técnicos e científicos e, (b) permitir a identificação da posse de técnicas e conhecimentos distintos entre os diversos praticantes da medicina, assim como entre médico e

paciente. Dele surgem as regras para o treinamento médico e para a legitimação dos saberes e técnicas que estes reconhecem como adequados às suas práticas.

No entanto, em função de lhes ser socialmente conferido como legítimo procederem a uma auto-regulamentação profissional, emerge como necessário garantir à sociedade que os médicos, enquanto grupo social legítima e formalmente reconhecido, atuem em função de interesses mais amplos que os de ordem corporativa. Neste sentido, a medicina deveria promulgar preceitos éticos válidos não apenas entre seus membros, mas que pudessem ser entendidos como adequados também por outros integrantes da sociedade, consolidando-se neste sentido o terceiro elemento nuclear historicamente associado aos códigos de ética médica.

Podemos supor que o confronto com questões limítrofes, como a vida e a morte, constituiu-se num dos mais importantes elementos que concorreram para a tendência à homogeneização das diferentes concepções possíveis para a ocorrência da doença e da morte, que se desenvolve entre os médicos, desde os tempos mais remotos, incentivando-os a cultuarem a solidariedade e o suporte mútuo como vetores morais da profissão. Para Fabrega, *“a group consciousness is manifest with embraces premises about therapeutics, moral behavior, and respect for scholarship. Sometimes the ‘ethics’ of interpractitioner behavior explicitly addresses the matter of competition between groups and the importance of intra-group solidarity”* (Fabrega, 1990, p: 604), comportamento observado também em sociedades do Oriente, como a China do século XVII.

A partir dos gregos, as práticas da medicina laica disseminam-se no ocidente, sobrevivendo por séculos mediante transformações bastante lentas e graduais que, de uma maneira geral, apresentaram pouco impacto nos processos relacionados aos três elementos nucleares que fundam os preceitos éticos da profissão.

No entanto, a incorporação de saberes e técnicas oriundas da ciência moderna introduzem uma mediação nas relações que se estabelecem entre médico e paciente, a qual passa a ser centrada não mais na anamnese ou no exame clínico, mas, principalmente, na utilização de aparatos tecnológicos dos

mais variados tipos. Delegar a história clínica a um papel secundário em relação aos aparatos tecnológicos emerge da necessidade de fundar o ato médico em parâmetros de natureza científica, os quais, por essência, privilegiam elementos concretos, objetivos e quantificáveis que raramente podiam ser obtidos através da anamnese.

Em função de tais transformações, a história clínica passa a ser utilizada apenas na exata medida em que possa fornecer elementos direcionadores para o uso da técnica, desenvolvendo-se privilegiadamente em busca de dados objetivos, os quais são decodificados como sintomas ou sinais de deficiências orgânicas ou funcionais. Tal abordagem propicia uma compatibilização da história clínica com o modelo biomecânico hegemônico na medicina contemporânea, onde a técnica se faz soberana sobre quaisquer outros elementos da prática médica, num movimento que negligencia a importância de elementos sociais, culturais ou idiossincrásicos como fatores intervenientes no processo de saúde e doença. Por outro lado, a despeito do reconhecimento da multicausalidade dos elementos geradores da saúde e da doença, a medicina desenvolve-se no sentido de identificar esta última como uma ocorrência independente e autônoma, a qual contemplaria regularidades mais relacionadas às reações químicas e aos processos biológicos do que aos sujeitos sociais.

Se, no tocante aos seus componentes técnicos, tais mudanças legitimam-se como um progresso da medicina, na esfera da arte ocorre o contrário. Ao desenvolverem histórias clínicas mais objetivas e pontuais, os médicos se vêem impossibilitados de captar elementos que, a despeito de sua subjetividade, apresentam-se imprescindíveis para a consecução de julgamentos de ordem ética. Ocorre que o desenvolvimento científico coloca sistematicamente à disposição da medicina novas técnicas que demandam legitimações de ordem ética, e não apenas de ordem técnica. No entanto, paradoxalmente, o treinamento médico não apenas se desenvolve centrado na técnica, como freqüentemente toma como irrelevantes quaisquer elementos que não possam ser objetivamente analisados em termos lógicos e racionais, a exemplo de valores religiosos, morais ou culturais.

Tradicionalmente afeta ao bem, a medicina contemporânea negligencia que a qualificação de bem é, por natureza, de ordem subjetiva e, neste sentido, a ela nem sempre se fazem aplicáveis critérios de natureza científica. Isto permite que o que se apresenta como um bem aos olhos da racionalidade e objetividade científicas, nem sempre seja percebido como igualmente valioso quando interpretado sob a mediação de elementos de ordem subjetiva, como os referentes à moral, à cultura ou à religião. Daí, temos que, concomitante à imposição de conflitos éticos dantes inexistentes no contexto de suas práticas, a medicina científica relega a um espaço secundário os elementos fundamentais à sua solução.

Em tal cenário, a institucionalização da medicina introduz outra instância de mediação nas relações entre médico e paciente, a qual culmina por legitimar como necessária a mediação pelos aparatos tecnológicos. Este processo de institucionalização impõe como necessário que, em determinadas situações e em função de interesses freqüentemente alheios aos dos pacientes, as organizações médicas procedam a substituições dos membros de seu corpo clínico, dificultando o desenvolvimento de relações médico-paciente estáveis e sob as bases da confiança mútua. E, como já pudemos anteriormente esclarecer (Guia, 1995), diante da dificuldade de estabelecerem relações estáveis e de confiança com os médicos que os assistem, os pacientes tendem a exigir a utilização dos aparatos tecnológicos, numa tentativa de obter diretamente da ciência a segurança que lhes foi impossível conseguir mediante o desenvolvimento de uma relação médico-paciente satisfatória. Por outro lado, os médicos tendem a utilizar de forma excessiva o aparato tecnológico à sua disposição, no sentido de conferirem às suas prescrições a autoridade inquestionável da ciência e, ao mesmo tempo, assegurarem-se de que eventuais deficiências na obtenção de dados clínicos e anamnésicos sejam minimizadas ou confirmadas como irrelevantes.

Tal distanciamento entre médico e paciente expressa-se na desconfiança dos pacientes que resistem em doar seus órgãos para transplantes, na tentativa de intermediação formal dos desejos dos pacientes terminais através de "advance directives" ou na necessidade de validar determinadas condutas mediante a

apreciação de comissões de ética. No entanto, as transformações na esfera das relações médico-paciente não são as únicas que a medicina sofreu ao tornar-se ciência, no sentido de conferir-lhe novos dilemas no campo da ética.

Tal decorre da constatação de que, no tocante ao segundo núcleo de idéias, tradicionalmente relacionado aos códigos de ética médica, isto é, às relações que os médicos estabelecem entre si, várias mudanças se processaram no sentido de dificultar a abordagem satisfatória de problemas de ordem ética. Sob este enfoque, julgamos que a mudança mais relevante decorre do acúmulo crescente dos conhecimentos e técnicas oferecidos à medicina pela ciência, o qual culminou no surgimento das especializações médicas, impondo que os médicos se associassem em várias comunidades específicas, de forma a estabelecerem os preceitos técnicos interpretados como mais adequados e legítimos ao exercício profissional das diversas especialidades médicas. No entanto, uma vez constituídas em função da satisfação de necessidades de ordem técnica, as sociedades de especialidades médicas não entendem como sendo de sua responsabilidade a formulação de apreciações reconhecidas como pertencentes à esfera da arte. Tal posicionamento propicia que os médicos, uma vez unidos através da técnica, confrontem-se através da arte, na medida em que esta se disponha a questionar a validade dos procedimentos promulgados como tecnicamente necessários ou legítimos. Tal ocorrência permite que os médicos que provêm cuidados a pacientes terminais vislumbrem seus pacientes de forma diferente daquela dos que executam procedimentos de fertilização in vitro e, em função disto, tendam a legitimar valores éticos de ordem distinta.

Assim, a despeito da institucionalização da medicina propiciar uma maior proximidade física entre os médicos do que a prática autônoma da profissão, estes se vêem cada vez mais distantes uns dos outros, no tocante aos saberes e técnicas que detêm enquanto especialistas. O processo de especialização médica contempla treinamentos que preconizam a obediência estrita a critérios de ordem técnica que só são entendidos como passíveis de proscrição no âmbito da própria especialidade a que se referem. Isto significa que os médicos especialistas, de maneira geral, não estão tecnicamente “autorizados” a prescindirem da execução

de determinados procedimentos em função de critérios externos à especialidade, entre os quais se incluem os de ordem ética. Mas enquanto os especialistas de uma dada área tendem a legitimar suas técnicas como moralmente válidas, os que não pertencem à esta mesma área julgam extremamente problemático procederem a julgamentos de ordem moral com relação às técnicas que não dominam. Tais ocorrências condicionam os julgamentos éticos ao domínio da técnica que pretendem apreciar, dificultando sobremaneira a apreciação ética da medicina por aqueles que lhe são tecnicamente estranhos, inclusive os pacientes.

Diante da possibilidade de tal alijamento, surgem novas demandas de posicionamento moral nas relações que a medicina estabelece com a sociedade em geral, o qual se constitui no terceiro componente nuclear historicamente associado à validade de seus preceitos éticos.

As relações entre a medicina e a sociedade contemporânea encontram-se profundamente mediadas pelo papel exercido pela ciência junto ao imaginário social, o qual tende, de maneira geral, a tomar como válido todo e qualquer conhecimento ou técnica desenvolvidos sob premissas científicas. Por outro lado, a sociedade contemporânea ocidental cultua valores éticos que tendem a questionar de forma crescente a legitimidade da ciência como provedora de verdades, num movimento que podemos aqui caracterizar como relativo a uma cultura pós-moderna. Para esta sociedade da pós modernidade, faz-se presente um sentimento de que, se a ciência propiciou uma visão homogênea do mundo dos eventos naturais e dos fatores potencialmente relacionados aos processos de saúde e doença, temos acumulado contundentes evidências de que, no campo da moralidade, tal uniformização dificilmente será possível.

A relevância da ciência na vida das pessoas comuns expressa-se no crescente espaço concedido pelos meios de comunicação de massa para a divulgação de informações de cunho científico, particularmente as relacionadas à saúde e à doença, com destacada ênfase para as tecnologias médicas de conteúdo ético questionável. Por outro lado, as pressões econômicas exercidas sobre os médicos pela indústria de equipamentos hospitalares, pela indústria farmacêutica e pelas grandes corporações provedoras de serviços de saúde,

assim como as restrições financeiras impostas ao provimento dos mais variados cuidados médicos, concorrem para uma crescente descaracterização da medicina como prática essencialmente voltada para o bem. Tais ocorrências compõem um cenário onde a medicina, validada pela ciência, mas questionada pela ética, se vê diante da imperiosa necessidade de compatibilizar estas duas esferas de suas práticas. No entanto, ao tentar proceder internamente a tal compatibilização, ignora que, na sociedade contemporânea, os conhecimentos médicos de ordem técnica encontram-se sob domínio crescente dos leigos, assim como os valores morais que lhes são exigidos seguir são considerados válidos, não somente pela medicina, mas pela sociedade em geral.

A tentativa empreendida pela medicina para solucionar seus conflitos éticos mediante a promulgação de princípios universais expressa que a ciência, a despeito de se apresentar válida como fonte de modelos no universo da técnica, não possui a mesma capacidade quando precisa ampliar seus horizontes para além dos componentes concretos da vida. Caracterizando-se científica, a medicina apresenta dificuldades em reconhecer como lhes sendo próprias ações transcendentais à esfera da objetividade e da racionalidade. No entanto, a despeito do processo de treinamento e educação médica negligenciar tais dificuldades, a vida profissional exige de forma inexorável que os médicos respondam de forma efetiva a tais questões.

Mas, a nosso ver, a maioria destas mudanças desenvolveu-se no sentido de preservar o elemento nuclear que conferiu à medicina, no correr dos tempos, sua qualificação de prática ética: fazer o bem. Assim, a incorporação das diferentes técnicas e saberes científicos desenvolve-se mediante a legitimação destes como potenciais propiciadores de um progresso médico, o qual culminaria com uma melhora da situação de saúde das pessoas. Com vistas a tais propósitos, as mudanças implementam-se, e se legitimam social e tecnicamente, em função de uma potencial ampliação dos benefícios passíveis de serem alcançados através da medicina.

A crescente laicização da sociedade ocidental e o culto da ciência como provedora soberana das verdades universais acerca da vida e da natureza,

impõem à medicina subjugar-se a valores que, em variadas situações contrapõem-se fortemente aos preceitos éticos que eram tradicionalmente associados a ela, os quais pautavam-se prioritariamente nas necessidades humanas. Mas aos médicos contemporâneos cabe subjugarem-se à ciência e não aos seus pacientes, mediante o cumprimento de regras e preceitos científicos universalmente válidos que, não podendo ser proscritos mediante situações contextuais ou particulares, se vêem impelidos a destituírem os homens de todos os elementos subjetivos que não possam ser enquadrados nas premissas da racionalidade e objetividade científicas. No entanto, a despeito da assertiva acima ser tomada como válida, mantém-se igualmente legítimo o objetivo da medicina como dedicado, em primeira e soberana instância, à amenização dos sofrimentos humanos, os quais demandam, como imprecindível, que ela contemple os homens como inevitavelmente ligados a valores de ordem subjetiva.

Os preceitos da ética médica hoje vigentes contemplaram novas regras sem abrir mão das que foram promulgadas como válidas pelo passado, num processo que culmina por tomar como igualmente válidas regras que são, por natureza, essencialmente contraditórias entre si. Isso decorre da enorme dificuldade da medicina contemporânea de compatibilizar a universalidade dos valores científicos com a pluralidade dos valores morais. O processo de treinamento profissional, ao dificultar sobremaneira que os médicos procedam a avaliações de ordem contextual que impliquem no questionamento da validade de preceitos de natureza científica, propicia que estes entendam como não sendo de sua responsabilidade procederem a julgamentos de natureza particular, como os relacionados à moralidade; e, quando tal se torna inevitável, tentam pautar-se em regras da mesma natureza daquelas utilizadas pela ciência, isto é, nas que se estabelecem como universal e incondicionalmente válidas. Neste sentido, a bioética principialista adentra o universo de práticas médicas servindo-se de linguagens e representações que pretendem, em primeiro lugar, apresentar-se inteligíveis e decodificáveis mediante o raciocínio que se faz hegemônico no campo da ciência. Assim, a impessoalidade, a universalidade e a validade

incondicional dos princípios da bioética permitem sua aplicação aos moldes das verdades científicas.

No entanto, a tomada da moral pelos moldes da ciência impõe à moralidade uma dificuldade que, a nosso ver, não lhe está naturalmente afeta. Isto significa que, se as técnicas e conhecimentos médicos, no âmbito da ciência, encontram-se limitados, quanto à sua validade, a um único modelo explanatório aceito como verdadeiro a cada vez, tal exigência nem sempre se aplica à moralidade, em decorrência do fato desta contemplar uma pluralidade de valores de tal ordem que mesmo as mais insistentes tentativas de homogeneização das visões de mundo culminaram, via de regra, em retumbantes fracassos. Daí, conclui-se que a tolerância para com o pluralismo moral impôs-se - ainda que, muitas vezes, pela força e com o sacrifício de incontáveis vidas humanas - como um valor imprescindível à vida socialmente partilhada entre homens que são, por natureza, inevitavelmente diferentes entre si.

Apesar da ciência se estabelecer como a estratégia humana mais bem sucedida no sentido de propiciar uma visão homogênea de mundo, não lhe coube o mérito de propiciar uma efetiva união entre os povos mas, ao contrário, sua soberania tem revelado, de forma crescente, as enormes diferenças de ordem cultural, econômica e social que os grupamentos humanos contemplam. Se vislumbrada sob uma perspectiva da humanidade, a ciência talvez não tenha incorrido em benefícios tão amplos como os que desejaríamos atribuir-lhe enquanto criação humana.

Para a medicina ocidental contemporânea, que implementou mudanças radicais em função da incorporação dos preceitos científicos, faz-se extremamente difícil questionar a validade da ciência, ainda que em situações particulares. No entanto, o reconhecimento da validade de técnicas milenares, como a acupuntura, revela que a natureza se fazia compreensível ao olhar humano muito antes do advento de quaisquer verdades universais. E a própria ciência ainda não conseguiu manter válidos por períodos tão longos nenhum de seus preceitos, mesmo porque seu reinado ainda é breve diante da história do homem, e lhe cabe ser validado pelo tempo.

Este trabalho desenvolveu-se no sentido de evidenciar a moralidade como um atributo que, natural ou não, acompanha o homem desde tempos imemoriais. E que a ciência, enquanto criação humana, ainda está na sua infância, cabendo ao futuro revelar por quanto tempo se fará valiosa para os homens, no sentido de propiciar-lhes o efetivo progresso de sua humanidade. Sabemos que, muito antes de perceberem a razão como um atributo humano natural, os homens cultuaram valores morais e exercitaram-se enquanto seres plurais, criando diversas sociedades e povos cuja legitimidade prescindiu de quaisquer universalizações de ordem moral.

Assim, ao lançarmos nosso olhar aos conflitos que a medicina caracteriza como inerentes a uma ordem moral, buscamos compreendê-los não apenas como problemas a serem resolvidos, mas como expressões de que se faz necessário procedermos a mudanças, e identificarmos em que esferas de nossas vidas estas mudanças são percebidas como necessárias. Tal se faz não apenas necessário, como, também, imperioso, uma vez que as pressões exercidas pela medicina sobre a moral implicam em transformações que não se encontram restritas à ética médica, mas dizem respeito a um todo social. E, em função disto, demandam apreciações muito mais amplas e complexas no sentido de identificarmos, com maior precisão, seu potencial impacto nas esferas de nossas vidas que transcendem a saúde ou a doença.

Faz-se importante esclarecer que, conquanto se faça legítimo que a medicina transforme suas técnicas em função dos objetivos que julga lhes serem próprios, tais mudanças demandam em validações mais amplas, quando implicam em reordenações de ordem moral. Como já pudemos observar, os preceitos da ética médica têm sua origem associada à satisfação de necessidades de ordem social, e que as de ordem técnica só se fizeram necessárias na exata medida em foram exigidas por aquelas. Isto significa que quaisquer reordenações morais que se desenvolvam na interioridade da medicina demandam, para preservar sua validade, serem apreciadas e julgadas legítimas por esferas da vida social que lhe são externas.

Neste sentido, entendemos que a validação social da ciência fundou-se prioritariamente na constatação de seus resultados práticos, particularmente os de ordem instrumental, que incorreram na substituição da força de trabalho humano, ou que permitiram aos homens intervirem sobre os mais variados eventos naturais, como os relacionados às doenças ou à produção de alimentos. No entanto, tal valoração tendeu a tomar como irrelevantes duas importantes questões: a efemeridade das verdades científicas e os impactos que elas apresentaram no sentido de um aperfeiçoamento de nossa humanidade enquanto seres morais.

Tal entendimento culminou na implementação de várias e profundas mudanças sociais que, em última instância, não tornaram a vida humana efetivamente melhor, mas apenas mudaram a natureza dos problemas que são tomados como socialmente relevantes. Há um crescente sentimento de que nossa pós modernidade, a despeito da ciência, não apenas ainda se defronta com a miséria e a fome, com os tiranos, com as desigualdades sociais ou com as atrocidades da guerra, mas que as perpetua mediante os sofrimentos, não mais de milhares, mas de milhões de vidas humanas. Tal não implica, no entanto, em que se faz necessário proscrevê-la, mas apenas que a ciência deve ser entendida como uma criação humana, no sentido em que serve, obrigatoriamente, a objetivos igualmente humanos. E que estes, sob uma perspectiva moral, podem estar relacionados tanto ao bem quanto ao mal.

No entanto, ao negligenciarmos a perspectiva de que a ciência possa relacionar-se ao mal, tanto quanto ao bem, culminamos por elevá-la ao patamar das religiões, na medida em que, à semelhança destas, ela preconiza a submissão dos homens a valores absolutos, ainda que mediados por linguagens e símbolos de ordem distinta. De uma certa maneira, entendemos que a fundamentação racional constituiu-se no principal elemento que permitiu à ciência diferenciar-se da crença religiosa, mediante o apelo a um entendimento humano que tomava o homem, e não mais Deus ou quaisquer outras divindades, como o centro do universo.

Apesar de sua pretensa neutralidade e imparcialidade ter propiciado à ciência desenvolver-se e disseminar-se à margem de julgamentos de ordem moral, os conflitos éticos da medicina científica surgem originalmente como um espaço de dúvida acerca desta suposta neutralidade, impondo como necessário que a ciência, ainda que através da medicina, submeta-se de maneira clara e efetiva a tais instâncias de julgamento. A união entre a medicina, prática tradicional e socialmente associada à consecução do bem, e a ciência, prática validada como reveladora das verdades últimas e absolutas acerca do homem e da natureza, permitiu que a sociedade absolvesse a medicina científica de muitos de seus “pecados”, particularmente os que implicavam na potencial destituição de seu caráter humanitário.

Neste sentido, Pellegrino (citado por Spicker) esclarece que *“medical humanism has achieved the status of a salvation theme which can absolve the perceived ‘sins’ of modern medicine. The list of those ‘sins’ is long, varied, and often contradictory: overspecialization; technicism; overprofessionalization; insensitivity to personal and sociocultural values; too narrow a construal of the doctor’s role; too much ‘curing’ rather than ‘caring’; not enough emphasis on prevention, patient participation, and patient education; too much science; not enough liberal arts; not enough behavioral sciences; too much economic incentive; a ‘trade school’ mentality; insensitivity to the poor and socially disadvantaged; overmedicalization of every day life; inhumane treatment of medical students; overwork by house staff; deficiencies in verbal and nonverbal communication”* (Spicker, 1990, p: 334). E provavelmente a medicina conseguiu acumular uma lista tão extensa de pecados, e preservar sua validade a despeito deles, porque estes decorrem, em sua maioria, de julgamentos de ordem subjetiva e, neste sentido, encontram-se teoricamente desprovidos de qualquer autoridade conferida pela razão. Se esta se fez fundadora da ciência e pretende, desde Kant, ser legitimada como fonte soberana e única da moral, faz-se coerente que a única posição possível de ser assumida diante de tais pecados é promulgar sua absolvição.

Mas a despeito desta potencial contradição, Spicker esclarece que *“Pellegrino has repeatedly called for the association of medical learning with moral*

excellence, an association which existed in the ancient world, and which in his view should be renewed and perpetuated during our time. The commitment to this value is found in Pellegrino's often-quoted expression of 1970, that 'medicine is the most humane of sciences, the most empiric of arts, and the most scientific of humanities'. That is, medicine, in being directed to the alleviation of human suffering is directed to the human condition itself; it thereby reflects particular values and a particular notion of human well-being." (Spicker, 1990, p: 333).

Decerto que esta caracterização proferida por Pellegrino, ainda que moral e socialmente reconhecida como válida, não corresponde, de forma direta, a um posicionamento possível de ser assumido mediante o processo de treinamento médico hoje hegemônico. Também não significa que, ao caracterizar-se fundamentalmente como uma humanidade, a medicina se veja obrigada a abrir mão de seus componentes técnicos. Assim como não há bondade ou solidariedade humana que possa substituir a técnica quando esta se faz imperiosa. O problema é que, seduzida pelos encantos da ciência, a medicina negligenciou seus fins em função dos meios que a ciência pôs ao seu alcance. Mas se ela já pôde, um dia, ser mais arte do que técnica, e pode, hoje, ser mais técnica do que arte, a emergência de tão freqüentes conflitos éticos apresenta-se como um indicador sensível de que é chegado o momento de procedermos a uma efetiva compatibilização destes dois componentes essenciais de sua prática. De que aos critérios da técnica haverão de se associar os da ética, no sentido de preservar a medicina como uma criação humana real e efetivamente voltada para o bem.

Se existem dúvidas¹⁷ quanto à factibilidade de que a ética possa ser ensinada¹⁸, as diferentes leituras da moralidade que aqui apresentamos indicam, a

¹⁷ Sobre o ensino da ética médica e avaliações sobre a percepção dos conflitos éticos junto a estudantes e residentes de medicina, vide Muller, 1992; Self, 1993; Shapiro, 1994; Lo, 1981; White, 1991; Feudtner, 1994; Smith, 1994.

¹⁸ Pellegrino, ao indagar "can moral accountability be transferred like technical accountability?" (Pellegrino, 1988, p: 838) argumenta que "there is no coherent reason why a nonphysician cannot learn about the clinical facts to make ethical judgements about them. Nor is there any reason that physician cannot learn enough about the skills of ethical analysis to hope them in his or her own cases or as a consultant. Let us hope that the resolution of the question of who shall consult is decided more by the capacity to function effectively than by professional identification." (Pellegrino, 1988, p: 838).

nosso ver, que a moral pode ser aperfeiçoada, enquanto conjunto de valores professados válidos. Se a sociedade humana caminha no sentido de abolir a escravidão e cultuar a liberdade, de implementar a democracia e condenar o absolutismo, de aceitar a liberdade religiosa e proscrever a intolerância, certamente se faz possível à medicina resgatar-se enquanto humanidade e aperfeiçoar-se quanto ao conteúdo ético que consegue conferir às suas ações. Seja pela razão, pelas paixões, pela experiência, pelos costumes, pelo culto à liberdade e à igualdade, ou apenas pela necessidade da natureza humana de vislumbrar-se menos imperfeita do que é, nossos valores morais podem e exigem serem aperfeiçoados.

Como entendeu Nietzsche, à humanidade cabe aperfeiçoar-se enquanto detentora de uma moralidade que, conquanto pôde cultuar a servidão, pode também conduzir os homens para um “além do homem” que tome como valioso não subjugar-se uns aos outros, mas cultivar a solidariedade como o objetivo primeiro e último de nossa humanidade. Se tomarmos a moralidade como um atributo inato, como esclarecemos entenderem muitos filósofos, certamente torna-se mais distante e complexa a perspectiva de que a medicina, no contexto de sociedades capitalistas, possa vir a valorizar em igual medida a ética e a técnica. Mas se tomarmos a moral como uma criação humana e, neste sentido, passível de ser transformada mediante o culto de valores que podem ser socialmente determinados, o problema talvez não se torne mais simples, mas certamente se apresenta mais factível.

Há consenso de que o ensino da ética, não como regra soberana, mas como um conjunto de valores plurais que devem ser cultuados no sentido de aperfeiçoarmos nossa humanidade, ainda não foi devidamente contemplado durante o processo de educação e treinamento médico. E, certamente, para que tal se implemente a contento, a ética deve estabelecer-se como o núcleo central e contínuo em função do qual todos os conhecimentos e técnicas da medicina devem ser sistematicamente confrontados antes de serem proferidos válidos. Isto significa que, se a medicina pode concentrar esforços no sentido de contemplar um contínuo progresso técnico, este deve necessariamente se fazer acompanhar,

em igual medida, de um contínuo e efetivo progresso moral. Se entendemos que ainda há muito para melhorar no âmbito da técnica, mas, apesar disto, julgamo-la valiosa mesmo com as inúmeras deficiências que contempla, o mesmo faz-se válido para a moral. Os problemas e conflitos médicos de ordem ética não significam que devemos absolver a técnica de seus pecados, mas, que necessitamos validá-la de forma mais ampla do que nos propusemos até agora.

Se o discurso da técnica pôde negligenciar ou tomar como menos relevantes os valores relacionados à esfera moral, o discurso da arte evidenciou que a medicina tenta preservar-se, ou resgatar-se, enquanto prática moralmente valorosa. Assim, a despeito de validarem a assertiva de que a ética ocupa um espaço pouco privilegiado na consecução efetiva dos cuidados médicos, os discursos aqui proferidos expressam a presença das mais variadas pressões no sentido de compatibilizar a medicina contemporânea com os valores que a sociedade entende como moralmente necessários e imprescindíveis ao convívio humano. Se ao reorientar suas práticas em função da ciência a medicina buscou atender aos anseios que julgava imprescindíveis à preservação de sua valoração social, nada nos indica que outras mudanças não possam vir a ser implementadas com vistas aos mesmos motivos, isto é, sua perpetuação como prática moralmente valiosa para os homens.

Temos então que os conflitos éticos com que se defronta a medicina científica não emergem de seus próprios objetivos - tradicionalmente associados a consecução do bem -, mas da percepção de que os instrumentos que lhe são oferecidos pelo conhecimento científico, não raras vezes, contemplam o duplo caráter de solucionar um problema e, ao mesmo tempo, criar outro. De permitir que ela atinja um de seus objetivos abrindo mão de outros. De evitar a morte gerando sofrimento, ou evitar o sofrimento através da morte. De gerar a vida negligenciando-a através dos milhares de embriões desprezados. Ou de reconceituar ou redefinir esta vida para se manter consonante com a moralidade que ela valoriza.

No entanto, como pudemos anteriormente discorrer, não é a medicina quem define os valores éticos que são tomados como válidos ou não, mas a sociedade

dos homens. Como não foi a medicina quem desenvolveu expressiva parcela das tecnologias científicas que utiliza, muitas das quais foram desenvolvidas, ironicamente, como armas ou experimentos de guerra, a exemplo do ultra-som e de várias técnicas cirúrgicas. Assim, a ética no âmbito da medicina não contempla o desenvolvimento de valores morais específicos ou particulares, mas exige, urgentemente, que a sociedade explicita de forma clara quais são os preceitos éticos que a regem, de forma que a medicina possa direcionar suas práticas em função destes valores, e não de quaisquer outros.

Diante do até aqui exposto, entendemos equivocada qualquer estratégia que tome os conflitos éticos enfrentados pela medicina contemporânea como passíveis de solução mediante redirecionamentos de ordem essencialmente médica, estejam estes relacionados à técnica ou à arte. Entendemos que a medicina não cria sozinha suas regras, mas se configura no palco privilegiado para a expressão dos valores cultuados pelas diferentes esferas da sociedade, a exemplo dos preconizados pela ciência ou pela moral.

Decerto isto não significa que a medicina possa negligenciar tais problemas, ou aguardar as respostas que serão, algum dia, oferecidas pela sociedade. Suas particularidades a posicionam como um indicador ou um termômetro sensível para questões de ordem ética, uma vez que a natureza de suas práticas exige posicionamentos que não fazem parte do cotidiano da maioria das pessoas. Por outro lado, a impossibilidade de fechar os olhos para muitos dos sofrimentos humanos demanda que os médicos detenham instrumentos e saberes adequados para defrontar tais questões.

Assim, faz-se urgente que sejam lançados ao debate, não apenas os conflitos éticos emergentes às novas técnicas mas, acima de tudo, aqueles que fazem parte do cotidiano profissional da maioria dos médicos, de forma que lhes seja oferecida a possibilidade de entenderem os julgamentos éticos como eles são: uma responsabilidade indelegável de nossa humanidade que nenhuma verdade científica pode prescrever. Se a medicina contemporânea pode atribuir à ciência a responsabilidade pelos critérios decisórios utilizados no âmbito da

técnica, na esfera da arte as decisões cabem, de forma inevitável, a cada um de seus praticantes.

No entanto, se reconhecemos que as virtudes humanas "*are both moral and intellectual – derived not only from our innate capacities but created by our efforts, intentions, judgements, and actions*" (Spicker, 1990, p: 335), os conhecimentos que acumulamos acerca de como e porque nos julgamos seres morais apresentam-se tão importantes quanto os de ordem técnica no tocante a formação profissional do médico. Cabe aos médicos, e também aos pacientes, posicionarem-se no sentido de implementarem as medidas que podem oferecer perspectivas de solução para os conflitos éticos emergentes às práticas médicas, não apenas reconhecendo-os enquanto problemas a serem resolvidos mas, além disso, oferecendo aos agentes morais envolvidos a possibilidade de entenderem que os julgamentos éticos demandam posicionamentos que, muito freqüentemente, não podem ser deixados para o futuro sem comprometer, de forma inevitável, o presente.

O que entendemos premente, e que emerge nos textos aqui analisados, é a necessidade de ampliação dos espaços de debate ético, não apenas nos meios de comunicação de massa, nas conferências e congressos, ou na esfera acadêmica, mas, acima de tudo, nos serviços de saúde onde ocorrem os atos médicos, numa aproximação entre teoria e prática que torne menos dolorosas assertivas como esta, proferida por um neurocirurgião que atua no combate a dor dos pacientes do Hospital do Câncer, em recente matéria publicada pela revista "Super Interessante": "*É mais fácil para um teórico falar com naturalidade de eutanásia. É como um general falando da guerra. Para nós, soldados, que sujamos as botas de lama todo dia é muito difícil pensar nisso. Às vezes um familiar me diz que não sabe se reza para o doente viver ou morrer. Eu digo: 'Acenda duas velas. Reze para que aconteça o melhor para ele'. Não dá para decidir.*" (Burgierman, 2001, p: 48).

Este sentimento de que há um descompasso entre o discurso da ética - ou da bioética - e as realidades cotidianas dos médicos encontra expressão na proposta de Pellegrino (Pellegrino, 1988) de trazer a reflexão ética para a "beira do

leito", num movimento que ele denomina "ética clínica". Assim, esclarece que a ética clínica *"moves ethics from its place in the classroom and ethicist's study to its origins at the bedside of sick people, where the dilemmas the ethicist contemplates are generate and where ethical discussion ultimately must end in decision and action. ... Academic ethical discourse deals primarily with identification, clarification, and analysis of ethical concepts and prima facie principles and how conflicts between them may be rationally resolved. ... Clinical ethics, by contrast, focuses on making the right and good decision, now and for this patient, in this clinical situation, as it is decided by interaction between this set of patients, physicians, families, nurses, and institutions. Clinical ethics, therefore, leaves the calmer environs of ethical discourse for the urgency, uncertainties, and emotional nexus of the bedside. Those who 'do' clinical ethics must make some decisions. Abstention or suspension of judgements is not possible. The focus is thus on the end product of ethical analysis. The 'case' is no longer an illustration of a principle but an existential and personal challenge to all the participants. Discussion elicits not simply opinions about what ought to be done, but a commitment to do what ought to be done."* (Pellegrino, 1988, p: 837).

No entanto, esclarece Pellegrino, *"clinical ethics does not supplant formal ethical analysis or theoretical ethics, it complements them. Conflicts that occasionally sour the debate about the primacy of 'classroom' vs 'bedside' ethics are pointless. Each has need of the other if, on the one hand, moral decisions are to be more than visceral responses of the moment."* (Pellegrino, 1988, p: 838). Assim, ***"the move from classroom to bedside promises to be salubrious for the enterprises of ethics and clinical decision making. Physicians henceforth will need, both in education and practice, a working knowledge of the content, research, and practice of ethics at the bedside. This is their natural habitat and the venue for their most difficult technical and ethical decisions."*** (Pellegrino, 1988, p: 839 - negrito nosso).

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELL, M., 1990. New ways to get pregnant. **The New England Journal of Medicine**, 323 (17): 1200-1202.
- ANNAS, G.J., 1992. Using genes to define motherhood - the California solution. **The New England Journal of Medicine**, 326 (6): 417-420.
- ANSELL-PEARSON, K., 1997. **Nietzsche como pensador político: uma introdução**. Tradução de Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- ARENDT, H., 1992. **Entre o passado e o futuro**. Tradução Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo, Editora Perspectiva S.A.
- ÁRIES, P., 1988. **História da morte no ocidente – desde a Idade Média**. Tradução Pedro Jordão. Lisboa, Teorema.
- ARISTÓTELES, 1992. **Ética a Nicômacus**. Tradução de Mário da Gama Kury. Brasília, Editora da UnB.
- ATTFIELD, R., 1990. The global distribution of health care resources. **Journal of Medical Ethics**, 16: 153-156.
- BACK, A.L.; WALLACE, J.I.; STARKS, H.E.; PEARLMAN, R.A., 1996. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State. Patients requests and physicians responses. **Journal of the American Medical Association**, 275 (12): 919-925.
- BARDIN, L., 1977. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70.
- BAUMAN, Z., 1997. **Ética pós-moderna**. Tradução João Rezende Costa. São Paulo, Paulus.
- BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F., 1988. **Principles of biomedical ethics**. Oxford, Oxford University Press.
- BENJAMIN, M., 1990. Philosophical integrity and policy development in bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 375-389.
- BENRUBI, G.I., 1992. Euthanasia--the need for procedural safeguards. **New England Journal of Medicine**, 326 (3): 197-9.
- BENTHAM, J., 1998. **A fragment on government**. United Kingdom, Cambridge University Press.
- BERLIN, I., 1969. **Quatro ensaios sobre a liberdade**. Tradução de Wamberto Hudson Ferreira. Brasília, Editora da UnB.
- BERLINGUER, G., 1993. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Tradução de Maria Patrícia de Saboia Orrico e Mauro Porru. São Paulo, APCE-Hucitec-CEBES.
- BERLINGUER, G., 1995. Prioridades en Salud y prioridad de la Salud. **Cuadernos Medico Sociales**, 70: 21-29.

- BERLINGUER, G., 1996. *Ética da saúde*. Tradução Shirley Morales Gonçalves. São Paulo, Editora Hucitec.
- BERLINGUER, G., 1999. Population, ethics, and equity. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (supl. 1): 111-122.
- BERRY, Z.S. & LYNN, J., 1993. Hospice medicine. *Journal of the American Medical Association*, 270(2): 221-223.
- BLUSTEIN, J., 1993. The family in medical decisionmaking. *Hastings Center Report*, 23 (3): 6-13.
- BOBBIO, N., 1992. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Campus.
- BRODY, H., 1992. Assisted death--a compassionate response to a medical failure *New England Journal of Medicine*, 327 (19): 1384-8.
- BUCHANAN, R.A., 1994. *The power of the machine: the impact of technology from 1700 to the present*. England, Penguin Books.
- BURGIERMAN, D.R., 2001. O direito de morrer. *Super Interessante*, 15(3): 42-50.
- BURLING, S.J.; LUMLEY, J.S.P.; MCCARTHY, L.S.L.; MYTTON, J.A.; NOLAN, J.A.; SISOUS, P.; WILLIAMS, D.G.; WRIGHT, L.J., 1990. Review of the teaching of medical ethics in London medical schools. *Journal of Medical Ethics*, 16: 206-209.
- BYRNE, P., 1990. Comments on an obstructed death. *Journal of Medical Ethics*, 16: 88-89.
- CACHECHO, R.; DENNIS, R.C.; GRINDLINGER, G.A.; WATERS, J.B. JR., 1996. A matter of law? *Hastings Center Report*, 26 (3): 2.
- CAINE, E.D. & CONWELL, Y.C., 1993. Self-determined death, the new physician, and medical priorities. Is there time to talk? *Journal of the American Medical Association*, 270 (7): 875-876.
- CALLAHAN, D., 1990. Religion and the secularization of bioethics. *Hastings Center Report*, november/december: 2-4.
- CALLAHAN, D., 1996. Ethics without abstraction: squaring the circle. *Journal of Medical Ethics*, 22: 69-71.
- CALLENDER, C.O.; HALL, L.E.; YEAGER, C.L.; BARBER, J.B. JR.; DUNSTON, G.M.; PINN-WIGGINS, V.W., 1991. Organ donation and blacks. A critical frontier. *New England Journal of Medicine*, 325 (6): 442-4.
- CAMPBELL, C.S., 1990. Religion and moral meaning in bioethics. *Hastings Center Report*, november/december: 4-10.

- CASSEL, C.K. & VLADECK, B.C., 1996. ICD-9 code for palliative or terminal care. **New England Journal of Medicine**, 335 (16): 1232-4.
- CASSELL, E.J., 1993. The sorcerer's broom. Medicine's rampant technology **Hastings Center Report**, 23 (6): 32-9.
- CHADWICK, R.F., 1993. What counts as success in genetic counselling? **Journal of Medical Ethics**, 19: 43-46.
- CHAMBERS, T., 1996. Dax redacted: the economies of truth in bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 287-302.
- CLOUSER, K.D., 1996. Philosophy, literature, and ethics: let the engagement begin. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 321-340.
- COHEN, C.B., 1990. Ethics Committees as corporate and public advocates. **Hastings Center Report**, november/december: 36-37.
- COHEN, C.B., 1996. "Give me children or I shall die!" New reproductive technologies and harm to children. **Hastings Center Report**, 26 (2): 19-27
- CONSTANT, B., 1980. **Da liberdade dos antigos comparada a dos modernos**. (Conferência pronunciada no Ateneu Real de Paris, em 1819). Tradução de Loura Silveira. Extraído de Gauchet, Marcel (org), *De la liberté chez les modernes*. Le Livre de Poche, Collection Pluriel, Paris.
- CRAIG, Y.J., 1996. Patient decision-making: medical ethics and mediation. **Journal of Medical Ethics**, 22: 164-167.
- CURZER, H., 1993. Is care a virtue for health care professionals? **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 51-69.
- DAHRENDORF, R., 1981. **Sociedade e Liberdade**. Tradução de Vamireh Chacon. Brasília, Editora UnB.
- DAWKINS, R., 1979. **O gene egoísta**. Tradução de Geraldo H. M. Florsheim. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo.
- DE MASI, D., 2000. **O ócio criativo**. Tradução Léa Manzi. Rio de Janeiro, Sextante.
- DILLER, L.H., 1996. The run on Ritalin. Attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s. **Hastings Center Report**, 26 (2): 12-8.
- DONNELLEY, S., 1990. Hastings on the Adriatic. **Hastings Center Report**, november / december: 5-6.
- DOYAL, L., 1995. La ética médica y la buena atención médica: la ideología del individualismo. **Cuadernos Medico Sociales**, 70: 31-35.

- DUNN, P.M., 1993. Appropriate care of the newborn: ethical dilemmas. **Journal of Medical Ethics**, 19: 82-84.
- DURANT, G., 1995. **A bioética: natureza, princípios, objetivos**. Tradução de Porfírio Figueira de Aguiar Neto. São Paulo, Paulus.
- EDGE, R.S. & GRONES, J.R., 1994. **The ethics of health care: a guide for clinical practice**. Albany, Delmar Publishers.
- ELLARD, J., 1993. Medical ethics - fact or fiction? **The Medical Journal of Australia**, 158: 460-464.
- EMANUEL, E.J., 1996. Cost savings at the end of life. What do the data show? **Journal of the American Medical Association**, 275(24): 1907-1914.
- EMANUEL, L.L. & EMANUEL, E.J., 1994. The economics of dying. The illusion of cost savings as the end of life. **The New England Journal of Medicine**, 330(8): 540-544.
- ENGELHARDT, H.T., 1986. **The foundations of bioethics**. New York, Oxford University Press.
- ENTRALGO, P. L., 1983. **La relación médico-enfermo. Historia y teoría**. Madrid, Alianza Editorial.
- ESPINOSA, B., 1992. **Ética**. Tradução de Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e António Simões. Lisboa, Relógio D'Água.
- EVANS, R.W., 1993. Organ procurement expenditures and the role of financial incentives. **Journal of the American Medical Association**, 269(24): 3113-3118.
- FABREGA JR, H., 1990. An ethnomedical perspective of medical ethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 593-625.
- FETHE, C., 1993. Beyond voluntary consent: Hans Jonas on the moral requirements of human experimentation. **Journal of Medical Ethics**, 19: 99-103.
- FEUDTNER, C.; CHRISTAKIS, D.A.; CHRISTAKIS, N.A., 1994. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. **Academic Medicine**, 69(8): 670-679.
- FOLEY, K.M., 1997. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide [editorial]. **New England Journal of Medicine**, 336 (1): 54-8.
- FOUCAULT, M. **Nietzsche, Freud & Marx**. Tradução Jorge Lima Barreto. São Paulo, Princípio Editora.
- FREEMAN, J.S., 1996. Arguing along the slippery slope of human embryo research. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 61-81.
- FREITAG, B., 1992. **Itinerários de Antígona: a questão da moralidade**. Campinas, Papirus.

- FULFORD, K.W.M. & HOWSE, K., 1993. Ethics of research with psychiatric patients: principles, problems and the primary responsibilities of researchers. **Journal of Medical Ethics**, 19: 85-91.
- GARRAFA, V.; DINIZ, D.; GUILHEN, D.B., 1999. Bioethical language and its dialects and idiolects. **Cadernos de Saúde Pública**, 15 (sup 1): 35-42.
- GASTON, R.S.; AYRES, I.; DOOLEY, L.G.; DIETHELM, A.G., 1993. Racial equity in renal transplantation. The disparate impact of HLA-based allocation. **Journal of The American Medical Association**, 270 (11): 1352-6
- GIANOTTI, J.A., 1992. Moralidade pública e moralidade privada. In: NOVAES, A. (org), 1992. **Ética**. São Paulo, Companhia das Letras.
- GILLETT, G.R., 1993. Learning to do no harm. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 253-268.
- GILLON, R.B.A., 1986. **Philosophical medical ethics**. New York, John Wiley & Sons.
- GRODIN, M.A.; ANNAS, G.J.; GLANTZ, L.H., 1993. Medicine and human rights. A proposal for international action. **Hastings Center Report**, 23 (4): 8-12.
- GUIA, R.G.P., 1995. **O elo partido: o relacionamento médico-paciente na era tecnológica**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- HABERMAS, J., 1989. **Consciência moral e agir comunicativo**. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- HARAKAS, S.S., 1993. An eastern orthodox approach to bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 531-548.
- HARRIS, J., 1996. Would Aristotle have played Russian Roulette? **Journal of Medical Ethics**, 22: 209-215.
- HART, H.L.A., 1958. Positivism and the separation of law and morals. **Harvard Law Review**, 71: 593-629.
- HAWKINS, A.H., 1996. Literature, philosophy, and medical ethics: let the dialogue go on. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 341-354.
- HÉBERT, P.; MESLIN, E.M.; DUNN, E.V.; BYRNE, N.; REID, S.R., 1990. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. **Journal of Medical Ethics**, 16: 141-145.
- HEPBURN, E.R., 1996. Genetic testing and early diagnosis and intervention: boon or burden? **Journal of Medical Ethics**, 22: 105-110.
- HIGGS, R., 1990. An obstructed death and medical ethics. **Journal of Medical Ethics**, 16: 90-92.

- HOBBS, T., 1969. **The elements of law natural and politic**. Plymouth and London, Frank Cass and Company Limited.
- HOBBS, T., 1985. **Leviathan**. England, Penguin Books Ltd.
- HOFFMASTER, C.B.; STEWART, M.A.; CHRISTIE, R.J., 1991. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and The United States. **Social Science Medicine**, 33(6): 647-653.
- HOLMES, R.L., 1990. The limited relevance of analytical ethics to the problems of bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 143-159.
- HUME, D., 1989. **Investigação sobre o entendimento humano**. Tradução de Artur Mourão. Lisboa, Edições 70.
- HUME, D., 1995. **Investigação sobre os princípios da moral**. Tradução de José Oscar de Almeida Marques. Campinas, Editora da UNICAMP.
- HUNT, R.W., 1993. A critique of using age to ration health care. **Journal of Medical Ethics**, 19: 19-23.
- HUNTER, K.M., 1996. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 303-320.
- IGLEHART, J.K., 1993. The American Health Care System. The End Stage Renal Disease Program. **The New England Journal of Medicine**, 328 (5): 366-371.
- JACKSON, J., 1993. On the morality of deception - does method matter? A reply to David Bakhurst. **Journal of Medical Ethics**, 19: 183-187.
- JONES, A.H., 1996. Darren's case: narrative ethics in Perri Klass's other women's children. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 267-286.
- KANT, I., 1992. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Artur Mourão. Lisboa, Edições 70.
- KASS, L.R., 1993. Is there a right to die? **Hastings Center Report**, 23 (1): 34-43.
- KEOWN, J., 1993. The Polkinghorne Report on Fetal Research: nice recommendations, shame about the reasoning. **Journal of Medical Ethics**, 19: 114-120.
- KOPELMAN, L.M., 1990. What is applied about "applied" philosophy? **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 199-218.
- KOTTOW, M.H., 1990. Against the magnanimous in medical ethics. **Journal of Medical Ethics**, 16: 124-128.
- KUHN, T.S., 1969. **The structure of scientific revolutions**. Second ed. Chicago, The University of Chicago Press.

- LALANDE, A., 1999. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. Tradução de Fátima Sá Correia, Maria Emília V. Aguiar, José Eduardo Torres e Maria Gorete de Souza. São Paulo, Editora Martins Fontes.
- LAURITZEN, P., 1990. What price parenthood? **Hastings Center Report**, november/december: 38-46.
- LEVI, B.H., 1996. Four approaches to doing ethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 7-39.
- LEVINE, R.J., 1988. **Ethics and regulation of clinical research**. Second Edition. New Haven, Yale University Press.
- LO, B. & SCHROEDER, S.A., 1981. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. **Archives of Internal Medicine**, 141: 1063-1064.
- LOCKE, J., 1964. **Carta a respeito da tolerância**. Tradução de E. Jacy Monteiro. São Paulo, IBRASA.
- LOLAS, F., 1994. Medical praxis: an interface between ethics, politics and technology. **Social Science Medicine**, 39(1): 1-5.
- LUTTRELL, S. & SOMMERVILLE, A., 1996. Limiting risks by curtailing rights: a response to Dr. Ryan. **Journal of Medical Ethics**, 22: 100-104.
- LYONS, D., 1990. **As regras morais e a ética**. Tradução Luis Alberto Peluso. Campinas, Papirus.
- MACLEAN, A., 1993. **The elimination of morality: reflections on utilitarianism and bioethics**. London, Routledge.
- MAQUIAVEL, N., 1995. **O príncipe**. Tradução Maria Júlia Goldwasser. São Paulo, Martins Fontes.
- MAYO, D.J. & GUNDERSON, M., 1993. Physician assisted death and hard choices. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 329-341.
- McCULLOUGH, L.B., 1993. Laying clinical ethics open. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 1-8.
- McCULLOUGH, L.B., 1996. Reification and synergy in clinical ethics and its adequacy to the managed practice of medicine. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 1-6.
- McKIE, J.; KUHSE, H.; RICHARDSON, J.; SINGER, P., 1996. Another peep behind the veil. **Journal of Medical Ethics**, 22: 216-221.
- McKIE, J.; KUHSE, H.; RICHARDSON, J.; SINGER, P., 1996. Double jeopardy, the equal value of lives and the veil of ignorance: a rejoinder to Harris. **Journal of Medical Ethics**, 22: 204-208.

- MICHAEL, M. & BUCKLE, S., 1990. Screening for genetic disorders: therapeutic abortion and IVF. **Journal of Medical Ethics**, 16: 43-47.
- MIDGLEY, M., 1995. **The ethical primate: humans, freedom and morality**. London, Routledge.
- MILL, J.S., 1991. **Sobre a liberdade**. Tradução de Alberto da Rocha Barros. Petrópolis, Vozes.
- MILLER, F.G. & FINS, J.J., 1996. A proposal to restructure hospital care for dying patients. **The New England Journal of Medicine**, 334 (26): 1740-1742.
- MILLER, J., 1990. Mapping and Beyond. **Hastings Center Report**, november/december: 3-4.
- MOMEYER, R.W., 1990. Philosophers and the public policy process: inside, outside, or nowhere at all? **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 391-409.
- MONAGLE, J.F. & THOMASMA, D.C., 1988. **Medical ethics: a guide for health professionals**. Rockville, Aspen Publishers.
- MORREIM, E.H., 1990. The new economics of medicine: special challenges for psychiatry. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 97-119.
- MOSKOWITZ, E.H., 1996. Moral consensus in public ethics: patient autonomy and family decisionmaking in the work of one state bioethics commission. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 149-168.
- MULLER, J.H., 1992. Shades of blue: the negotiation of limited codes by medical residents. **Social Science Medicine**, 34(8): 885-898.
- NELKIN, D., 1987. **Selling Science: how press covers science and technology**. New York, W.H. Freeman and Company.
- NEUMAN, P.J.; GHARIB, S.D.; WEINSTEIN, M.C., 1994. The cost of a successful delivery with in vitro fertilization. **The New England Journal of Medicine**, 331 (4): 239-243.
- NEWMAN, L.E., 1993. Talking ethics with strangers: a view from Jewish tradition. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 549-567.
- NIETZSCHE, F.W., 1987. **Assim falou Zaratustra**. Tradução de Mário da Silva. Quinta Edição. São Paulo, Editora Bertrand Brasil SA.
- NIETZSCHE, F.W., 1988. **Crepúsculo dos ídolos ou como se filosofa com o martelo**. Tradução de Artur Mourão. Lisboa, Edições 70.
- NIETZSCHE, F.W., 1991. **A genealogia da moral**. São Paulo, Editora Moraes Ltda.
- NIETZSCHE, F.W., 1992. **Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo, Companhia das Letras.
- NORD, E., 1993. The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients. **Journal of Medical Ethics**, 19: 37-42.

- OJANUGA, D., 1993. The medical ethics of the 'Father of Gynaecology', Dr J Marion Sims. **Journal of Medical Ethics**, 19: 28-31.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990. **Bioética: temas y perspectivas**. Publicación científica n° 527. Washington, Organización Mundial de la Salud.
- PALMER, C.R., 1993. Ethics and statistical methodology in clinical trials. **Journal of Medical Ethics**, 19: 219-222.
- PARENS, E., 1996. Taking behavioral genetics seriously. **Hastings Center Report**, 26(4): 13-18.
- PARKER, M., 1990. Moral intuition, good deaths and ordinary medical practitioners. **Journal of Medical Ethics**, 16: 28-34.
- PAYNE, F.E., 1985. **Biblical/medical ethics: the christian and the practice of medicine**. Milford, Mott Media Inc. Publishers.
- PELLEGRINO, E.D., 1988. Clinical ethics: biomedical ethics at the bedside. **Journal of the American Medical Association**, 260(6): 837-840.
- PELLEGRINO, E.D., 1990. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. **Bol Of Sanit Panam**, 108: 379-389.
- PELLEGRINO, E.D., 1993. Compassion needs reason too. **Journal of the American Medical Association**, 270 (7): 874-875.
- PELLEGRINO, E.D., 1993. The metamorphosis of medical ethics: a 30 year retrospective. **Journal of the American Medical Association**, 269(9): 1158-1162..
- PEPPIN, J.F., 1996. Pharmaceutical sales representatives and physicians: ethical considerations of a relationship. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 83-99.
- QUIGLEY, M.M., 1992. The new frontier of reproductive age. **Journal of The American Medical Association**, 268 (10): 1320-1321.
- QUILL, T.E., 1993. Doctor, I want to die. Will you help me? **Journal of the American Medical Association**, 270 (7): 870-873.
- QUILL, T.E.; CASSEL, C.K., MEIER, D.E., 1992. Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for physician-assisted-suicide. **The New England Journal of Medicine**, 327(19): 1380-1384.
- QUINTANA, O., 1993. International bioethics? The role of the Council of Europe. **Journal of Medical Ethics**, 19:5-6.
- RAWLES, J. & RAWLES, K., 1990. The QALY argument: a physician's and a philosopher's view. **Journal of Medical Ethics**, 16: 93-94.
- RAWLS, J., 1999. **A theory of justice**. Revised Edition. United States, Harvard University Press.

- RAYMOND, J.G., 1990. Reproductive gifts and gift giving: the altruistic woman. **Hastings Center Report**, november/december: 7-11.
- RHYMES, J., 1990. Hospice care in America. **Journal of The American Medical Association**, 264 (3): 369-372.
- RIIS, P., 1993. Medical ethics in the European Community. **Journal of Medical Ethics**, 19: 7-12.
- ROBERTSON, G.S., 1993. Resuscitation and senility: a study of patients' options. **Journal of Medical Ethics**, 19: 104-107.
- ROUANET, S.P., 1992. Dilemas da moral iluminista. In: NOVAES, A. (org), 1992. **Ética**. São Paulo, Companhia das Letras.
- ROUSSEAU, J.J., 1990. **O contrato social e outros escritos**. Tradução de Rolando Roque da Silva. São Paulo, Cultrix.
- SACHS, G.^a & CASSEL, C.K., 1990. The Medical Directive. **Journal of the American Medical Association Journal**, 263(8): 1069-1070.
- SAUER, M.V.; PAULSON, R.J.; LOBO, R.A., 1992. Reversing the natural decline in human fertility: an extended clinical trial of oocyte donation to women of advanced reproductive age. **Journal of The American Medical Association**, 268 (10): 1275-1279.
- SCHNEIDERMAN, L.J., 1990. Still saving the life of ethics. **Hastings Center Report**, november/december: 22-24.
- SCHRAIBER, L.B., 1995. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em debate**, 47: 28-35.
- SELF, J.D.; BALDWIN JR., D.C.; OLIVAREZ, M., 1993. Teaching medical ethics to first-year students by using film discussion to develop their moral reasoning. **Academic Medicine**, 68(5): 383-385.
- SHAPIRO, J. & MILLER, R., 1994. How medical students think about ethical issues. **Academic Medicine**, 69(7): 591-593.
- SHOLL, J.G., 1993. Barbiturates in the care of the terminally ill. **The New England Journal of Medicine**, 328(18): 1350.
- SHOPENHAUER, A., 1995. **Sobre o fundamento da moral**. Tradução de Maria Lúcia Cacciola. São Paulo, Martins Fontes.
- SINGER, P.A. & SIEGLER, M., 1990. Euthanasia - a critique. **The New England Journal of Medicine**, 322(26): 1881-1883.
- SINGER, P., 1993. **A companion to ethics**. Oxford, Blackwell Publishers.
- SINGER, P., 1994. **Ética prática**. Tradução de Jefferson Luís Camargo. São Paulo, Martins Fontes.

- SMITH, S.R.; BALINT, J.A.; KRAUSE, K.C.; MOORE-WEST, M.; VILES, P.H., 1994. Performance-based assessment of moral reasoning and ethical judgement among medical students. **Academic medicine**, 69(5): 381-386.
- SPICKER, S.F. & RATZAN, R.M., 1990. ARS MEDICINA ET CONditio HUMANA. Edmundo D. Pellegrino, M.D., on his 70th birthday. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15: 327-341.
- SPICKER, S.F., 1996. Government and bureaucratic bioethics: addressing moral issues in the service of ideology. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 113-119.
- STANESBY, D., 1988. **Science, reason and religion**. London, Routledge.
- SZASZ, T., 1996. Routine neonatal circumcision: symbol of the birth of the therapeutic state. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 21: 137-148.
- TRUOG, R.D.; BERDE, C.B.; MITCHELL, C., 1992. Barbiturates in the care of the terminally ill. **The New England Journal of Medicine**, 327(23): 1678-1682.
- VAN DE VEM, 1995. Choices in health care: a contribution from The Netherlands, p:781-790; in: Maxwell, R. J. Rationing Health Care. **British Medical Bulletin - A Series of Expert Reviews**, October, 51(4): 761-962.
- VAN HOOFT, S., 1996. Bioethics and caring. **Journal of Medical Ethics**, 22: 83-89.
- VEATCH, R.M., 1989. **Medical ethics**. Boston, Jones and Bartlett Publishers.
- VEATCH, R.M., 1993. From forgoing life support to aid-in-dying. **Hastings Center Report**, 23 (6): S7-8.
- VOLTAIRE, 1993. **Tratado sobre a tolerância: a propósito da morte de Jean Calas**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo, Martins Fontes.
- WALKER, M.U., 1993. Keeping moral space open. New images of ethics consulting **Hastings Center Report**, 23 (2): 33-40.
- WEBER, M., 2001. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Tradução de Pietro Nassetti da versão inglesa de Talcott Parsons, Harvard University. São Paulo, Editora Martin Claret.
- WHITE, B.D.; HICKSON, G.B.; THERIOT, R.; ZANER, R.M., 1991. A medical ethics issues survey of residents in five pediatric training programs. **American Journal of Disease of Children**, 145: 161-164.
- WILDES, S.J. & KEVIN W.M., 1993. After the fall: particularism in bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 505-509.
- WILDES, S.J. & KEVIN W.M., 1993. Moral authority, moral standing, and moral controversy. **The Journal of Medicine and Philosophy**, 18: 347-350.
- WILLIAMS, B., 1998. **Ethics and the limits of philosophy**. Cambridge, Harvard University Press.

ZANER, R.M., 1990. Medicine and dialogue. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15: 303-325.

VIII - Bibliografia Consultada

ALBERONI, F. & VECA, S., 1990. **O altruísmo e a moral**. Tradução de Mário Fondelli. Rio de Janeiro, Rocco.

ARISTÓTELES, 1985. **A política**. Tradução de Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações S.A.

AZEREDO, V.D., 2000. **Nietzsche e a dissolução da moral**. São Paulo, Discurso Editorial, Editora Unijai.

BRUN, J., 1987. **O epicurismo**. Tradução Rui Pacheco. Lisboa, Edições 70.

NOVAES, A. (org.), 1992. **Ética**. São Paulo, Companhia das Letras.

SAHEL, C. (org.), 1993. **A tolerância: por um humanismo ético**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre, L&PM.

COMTE, A., 1990. **Discurso sobre o espírito positivo**. Tradução de Maria Ermantina Galvão G. Pereira. São Paulo, Martins Fontes.

ENGELS, F., 1984. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução José Silveira Paes, São Paulo, Global.

HARE, R.M., 1996. **A linguagem da moral**. Tradução Eduardo Pereira Ferreira. São Paulo, Martins Fontes.

HEGEL, G.W.F., 1991. **O sistema da vida ética**. Tradução Artur Morão. Lisboa, Edições 70.

KANT, I., 1973. **Crítica da razão prática**. Tradução de afonso Bertagnoli. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações S.A.

KORSGAARD, C.M., 1996. **The sources of normativity**. Great Britain, Cambridge University Press.

MONTESQUIEU, 1985. **Do espírito das leis**. Tradução Gabriela de Andrada Dias Barbosa. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações S.A.

MOORE, G.E., 1993. **Principia ethica**. Great Britain, Cambridge University Press.

NELKIN, D. & LINDEE, M.S., 1995. **The DNA mystique: the gene as a cultural icon**. New York, W.H. Freeman and Company.

NIETZSCHE, F.W., 1973. **A Gaia Ciência**. Tradução de Márcio Pugliesi, Edson Bini e Norberto de Paula Lima. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações S.A.

- NIETZSCHE, F.W., 1996. **A origem da tragédia**. Tradução de Álvaro Ribeiro. Sétima edição. Lisboa, Guimarães Editores.
- NIETZSCHE, F.W., 1997. **El anticristo: maldición sobre el cristianismo**. Traducción Andrés Sánches Pascual. Madrid, Alianza Editorial.
- PAGÈS,M.; BONETTI,M.; GAULEJAC,V.; DESCENDRE,D., 1987. **O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos**. São Paulo, Atlas.
- ROUSSEAU, J.J. **Carta a D'Alembert**. Tradução Roberto Leal Ferreira. Campinas, Editora da UNICAMP.
- SENECA, 1995. **Moral and political essays**. Great Britain, Cambridge University Press.
- SPINOZA, 1985. **Tratado político**. Tradução José Pérez. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações S.A.
- ZIELINSKI,H.L., 1994. **Health and humanitarian concerns: principles and ethics**. London, Martinus Nijhoff Publishers.
- ZUCKER, M.B. & ZUCKER, H.D., 1997. **Medical futility – and the evaluation of life-sustaining interventions**. United Kingdom, Cambridge University Press.

ANEXO I

Esclarecimentos sobre o material empírico e a questão metodológica

A partir da segunda metade deste século, a pesquisa de novas técnicas e a disponibilidade de novos recursos diagnósticos e terapêuticos têm colocado os médicos e os pesquisadores das ciências da vida frente a inúmeras e freqüentes situações de potencial conflito ético, cujas soluções nem sempre estão prontamente disponíveis. Fez-se, então, importante, como um primeiro passo, como uma introdução ao nosso universo empírico, o conhecimento acerca do espaço, enquanto elemento quantitativo mesmo, que a ética vem ocupando na literatura médica e, neste sentido, procedemos à revisão das publicações da literatura médico-científica indexada pela base Medline.

Assim, procedemos a um levantamento bibliográfico utilizando como indexador o termo “ética médica” e tomando como universo da pesquisa as revistas indexadas no Medline durante intervalos temporais aleatoriamente escolhidos, a saber, 1966-1969, 1974-1975, 1980-1981, 1986 e 1991. Num primeiro momento, tentamos identificar quais revistas, em cada intervalo temporal, haviam publicado artigos que usavam como palavra-chave o termo “ética médica” e, num segundo momento, qual o total de artigos publicados por tais revistas nos referidos períodos e, destes, quantos versavam sobre o tema em questão. Tais dados nos possibilitavam identificar, pelo menos quantitativamente, o espaço da ética nas publicações destes periódicos.

Assim, pudemos detectar que, entre os anos de 1966 e 1969, foram publicados, por todas as revistas indexadas na Medline, 747 artigos que tratavam de questões relacionadas à ética médica e que, de todas estas revistas, apenas sete publicaram mais de 15 artigos sobre o tema: versaram sobre ética 59 dentre os 4981 artigos do Journal Of American Medical Association (1,18%), 41 dentre os 3625 artigos do New England Journal of Medicine (1,16%), 40 dos 5595 artigos publicados pelo British American Journal (0,71%), 33 dos 2807 artigos do Medical Journal Australia (1,17%), 33 dentre os 6693 artigos do Lancet (0,49%), 23 dos

1157 artigos publicados pelo American Journal of Psychiatry (1,98%) e 17 dos 2130 artigos do Canadian Medical Association Journal (0,79%).

Entre 1974 e 1975, apresentaram mais de 15 artigos sobre o tema, novamente o British Medical Journal (68 em 4117 - 1,65%), Canadian Medical Association Journal (17 em 1106 - 1,53%), Journal of American Medical Association (60 em 2857 - 2,1%), Lancet (19 em 5866 - 0,32%), Medical Journal Australia (19 em 1658 - 1,14%) e New Englan Journal of Medicine (50 em 2623 - 1,9%). No entanto, neste mesmo período, observamos a presença de dois periódicos particularmente voltados para o assunto: Hastings Center Report, que, dentre os 100 artigos publicados, tinha 61 relacionados explicitamente à questões de ética médica (61%); e Journal of Medical Ethics, com 32 artigos em um total de 52 (61,53%). Do mesmo modo, em 1980 pudemos detectar a presença do Journal Of Medicine and Philosphy que, dentre 55 artigos, publicou 17 (30,9%) sobre ética médica, acentuando tal tendência para, em 1991, destinar 28 (70%) dos seus 40 artigos ao tema, tendência mantida, também em 1991, pelo Journal of Medical Ethics (47 em 73 - 64,38%) e pelo Hastings Center Report (32 em 78 - 41,02%).

O surgimento de revistas voltadas prioritariamente para questões relacionadas à ética médica, e destinadas especificamente à comunidade científica, reflete a tendência geral para a especialização que vem sendo cada vez mais acentuada na medicina contemporânea. Mas indica, também, que o estudo da ética médica passa a constituir um campo próprio suficientemente relevante para manter uma linha de publicações específicas sobre o tema. Tal tendência sugere que a comunidade médica e científica vem se preocupando com a elaboração e o desenvolvimento de conceitos e idéias que possibilitem o estabelecimento de preceitos éticos adequados às novas práticas e às pesquisas em desenvolvimento; e em detectar, seja em práticas já consolidadas, ou em novas áreas, a presença potencial de conflitos de natureza ética.

Julgamos, a partir de tais achados, procedente buscar o discurso da ética médica nos três principais periódicos especializados no assunto, a saber, Journal of Medical Ethics, Hastings Center Report e Journal of Medicine and Philosophy e, mais especificamente, optamos por nos apoiarmos em textos indexados com o

termo “ética médica” que tivessem sido publicados nos anos de 1991, 1993 e 1996. Limitamos tal intervalo temporal por dois motivos: primeiramente, porque um volume excessivo de textos poderia comprometer a acuidade da análise a ser realizada; segundo, porque volumes mais antigos destas revistas não se encontravam disponíveis no Brasil e mesmo os mais recentes encontravam-se disponíveis em apenas duas bibliotecas brasileiras: as duas primeiras na biblioteca do Conselho Federal de Medicina, em Brasília, e a terceira na biblioteca do Instituto de Lógica da Universidade Estadual de Campinas.

Nosso segundo passo desenvolveu-se no sentido de identificar as possíveis fontes dos relatos das práticas que tomaríamos como portadoras de conflitos éticos potenciais. Novamente optamos por recorrer às publicações da imprensa especializada e, neste sentido, restringi-las aos periódicos considerados, de forma inequívoca, como os mais respeitados dentro da medicina ocidental e, dentre estes, optamos, por questões de ordem prática e operacional, centrarmos a pesquisa nas publicações do *New England Journal of Medicine* e *The Journal of the American Medical Association*. Tais revistas tinham uma posição consolidada junto à comunidade médica no intervalo de tempo de que nos ocupamos, publicam artigos sobre os mais variados campos de atuação médica, e praticamente todos os temas considerados relevantes pela medicina contemporânea ocuparam suas páginas nas últimas décadas.

A seguir, fez-se necessário que definíssemos os campos da medicina onde poderiam ser identificadas práticas específicas, cujos relatos poderiam ser aqui utilizados como objeto de análise. A tentativa de buscar o espaço da ética na prática relatada, e não na prática vivida pelas ações concretas que emergem dos atos médicos e da pesquisa das ciências da vida, pode ser alvo de várias críticas, principalmente se reconhecermos que a moral, ponto de partida deste estudo, só pode ser apreendida enquanto “fazer”. Pode-se tentar desqualificar tal abordagem, acusando-a de buscar a moral no discurso, de ousar tomar como universo empírico da ética e da moral o que os homens dizem, ao invés de lançarmos um olhar diretamente sobre suas práticas. Aceitamos que tais críticas procedem. Aristóteles não nos deixa dúvidas ao afirmar que é a *“nossa escolha do bem e do*

mal que nos faz homens de um certo caráter, e não nossa opinião”(Aristóteles, 1992, p: 33) , e que a moral diz respeito ao que os homens fazem, e não ao que pensam ou dizem. Mas devemos lembrar que Espinosa (Espinosa, 1992) também esclarece que o que percebemos do que os homens fazem não é exatamente o que eles fizeram, mas nossa percepção deste fazer; e que nossas opiniões e experiências pessoais estarão presentes no modo como este fazer do outro se apresenta ao nosso juízo. Assim, como apreender o “fazer puro”, o ato em si, sem referência aos nossos valores e idéias ou aos valores e idéias que atribuímos aos outros?

O “fazer” não é pura “imagem de fato”, pois, ao chegar aos nossos sentidos e tornar-se, com isso, objeto da moral, ele passa, na maioria das vezes sem que sequer o percebamos, a constituir-se em “imagem de valor”. E já pudemos tratar disto em outra oportunidade (Guia, 1995). O fato moral é meramente aquele de que temos conhecimento: o que todos desconhecem não pode ser objeto da moral, pela natureza própria que ela apresenta. Assim, ao contemplarmos os fatos só poderemos tomar como objeto de nossos julgamentos morais as “imagens de valor” que nossos sentidos percebem, e não as “imagens de fato”.

Mas relatar uma prática é, também, um fazer humano, é um ato que expressa, de algum modo, os preceitos éticos sob os quais se encontra e os valores morais que aceita. Neste sentido, é objeto de estudo da moral o que os homens dizem que fazem, uma vez que, ao dizer isto e não aquilo, realizaram escolhas que contemplam, também, critérios de natureza moral. Se o que dizem não corresponde ao que fazem no universo de discursos de que nos ocupamos, teremos então um grave problema no campo da ética da pesquisa científica e adentraremos em outra arena: a que trata de garantir que o que se publica em revistas da natureza das que aqui tratamos corresponde, exatamente, à natureza dos fatos. Mas não pretendemos apreciar a competência e a precisão dos julgamentos que se dão em tais instâncias, apenas vamos aceitá-las como garantias de que nosso universo empírico - o discurso ali relatado -, corresponde aos fatos tais como estes se deram.

A próxima questão a ser esclarecida referia-se às práticas médicas sobre cujos relatos nos debruçamos com o objetivo de buscar, nos discursos de seus executores, a referência a conflitos de natureza ética. A possibilidade de definir tais práticas antes da realização da primeira parte da pesquisa - a que trata de analisar o conteúdo do discurso da ética - apresentou-se factível mediante a análise da literatura publicada sob a forma de livros, compêndios ou dicionários de bioética e de ética médica, onde estudiosos do tema identificam e discutem as práticas caracterizadas como portadoras de conflitos éticos. Tais publicações (Beauchamp & Childress, 1989; Englehart, 1986; Durant, 1995; Edge & Grones, 1994; Gillon, 1986; Levine, 1988; Monagle & Thomasma, 1988; Organización Panamericana de la Salud, 1990; Payne, 1985; Singer, 1993; Veatch, 1989;) auxiliaram-nos a identificar as práticas sobre as quais nos debruçaríamos na segunda fase da pesquisa, mediante a oferta de variadas opções para enfoque, a saber: 'mercado de órgãos humanos', 'abuso infantil', 'decisões clínicas', 'o médico como empresário', 'órgãos artificiais', 'experimentação fetal', 'fertilização in vitro', 'aborto', 'eutanásia', 'clonagem genética', 'ética de acesso aos serviços', 'AIDS e confiabilidade médica', 'risco ocupacional', 'geneterapia', 'a alternativa dos hospitais de retaguarda (hospice)', 'pesquisa de DNA recombinante', 'testes genéticos', 'ética dos transplantes', 'experimentos clínicos com screening', 'cirurgia fetal', 'suicídio assistido', 'cesáreas', 'definição de morte cerebral', 'conduta consentida', 'desobediência clínica', 'arquivo de informações médicas', e muitas outras. A partir do exposto, decidimos tomar como objeto de estudo três procedimentos médicos específicos: eutanásia, fertilização in vitro e ética dos transplantes.

No entanto, ao optarmos por tais temas impôs-se a necessidade de decodificá-los para a linguagem da clínica, isto é, de buscarmos indexadores que nos remetessem aos relatos das práticas médicas onde tais conflitos se encontravam potencialmente emergentes. Neste sentido, a ética dos transplantes foi buscada nos textos publicados nos periódicos clínicos sob a indexação "kidney transplantation": a restrição ao transplante renal, e não a busca em todos os tipos de transplantes, fez-se necessária por questões de ordem prática, caso contrário o

volume de publicações a ser analisado seria tão grande que inviabilizaria a pesquisa. A fertilização in vitro foi identificada mediante o mesmo indexador utilizado pela ética: “fertilization in vitro”; as referências à eutanásia serviram-se do indexador “terminal care”, isto é, cuidados ao paciente terminal, visto ser esta a principal arena de práticas médicas onde questões referentes à eutanásia afloram com maior força e frequência.

Após a definição do material empírico a ser analisado, restava-nos definir a metodologia de análise a ser utilizada com vistas aos nossos fins. A natureza da pesquisa a ser implementada conduziu-nos à opção pela análise de conteúdo, em função de tal técnica ser reconhecida como adequada à identificação de “núcleos de sentido” ou de “categorias” que compõem a comunicação. Assim, como orienta Bardin (Bardin, 1977), tomamos a *“presença, ou frequência de aparição, de determinados núcleos ou categorias como elementos significativos para o objeto analítico aqui escolhido”* (Bardin, 1977, p: 105). Neste sentido, procuramos identificar os principais eixos em torno dos quais se organizavam os discursos éticos proferidos nos diversos textos analisados, utilizando como critérios a homogeneidade, a pertinência e a exclusão mútua.

Deste modo, os problemas ou temas que são aqui apresentados como constituintes nucleares dos discursos proferidos foram identificados mediante uma *“operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”*, de forma a comporem *“rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”* (Bardin, 1977, p: 118).

No entanto, em função da natureza de nosso objeto de análise – a ética – esclarecemos que tal operação de classificação não se dá exatamente em função de critérios explícitos previamente definidos, como preconiza Bardin (Bardin, 1977), mas se estabelece a partir de um referencial teórico que é aqui apresentado previamente aos achados analíticos. Assim, quando apresentamos ao leitor algumas abordagens da ética formuladas no campo da filosofia moral e

da história das ciências, buscamos evidenciar a pluralidade de interpretações que se fazem possíveis nesta esfera do conhecimento e a relevância destas para as análises aqui elaboradas.

ANEXO II

DESCRIÇÃO DAS REFERÊNCIAS DO MATERIAL EMPÍRICO UTILIZADO

Journal of Medical Ethics - 1990

Record 1 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Confidentiality and Huntington's chorea [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1992 Mar;18(1):47-8

AU: Adams-J

AD: Grenfell Regional Health Services, Canada.

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 196-9

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 2 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Review of the teaching of medical ethics in London medical schools.

AU: Burling-SJ; Lumley-JS; McCarthy-LS; Mytton-JA; Nolan-JA; Sissou-P; Williams-DG; Wright-LJ

AD: St Bartholomew's Hospital, London.

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 206-9

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 3 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Death in Denmark [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1991 Jun;17(2):100-1

AU: Evans-M

AD: University College, Swansea.

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 191-4

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 4 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1990 Dec;16(4):187-90. Comment in: J Med Ethics 1991 Mar;17(1):46. Comment in: J Med Ethics 1991 Jun;17(2):104. Comment in: J Med Ethics 1991 Sep;17(3):162-3

AU: Skrabanek-P

AD: University of Dublin.

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 187-90

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 5 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Embryo research—why the Cardinal is wrong.

AU: Walton

AD: Green College, Oxford.

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 185-6

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 6 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Ethics in health promotion and prevention of disease [editorial; comment] [see comments]

CM: Comment on: J Med Ethics 1990 Dec;16(4):187-90. Comment in: J Med Ethics 1991 Jun;17(2):104

AU: Gillon-R

SO: J-Med-Ethics. 1990 Dec; 16(4): 171-2

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 7 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Criteria of death [letter; comment]

CM: Comment on: J Med Ethics 1990 Mar;16(1):5-7; discussion 8-13
AU: Capron-AM
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 167
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 8 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Temperance.
AU: Telfer-E
AD: University of Glasgow.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 157-9
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 9 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: The global distribution of health care resources.
AU: Attfield-R
AD: University of Wales College of Cardiff.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 153-6
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 10 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Ethical review of multi-centred trials.
AU: Macara-AW
AD: Department of Epidemiology and Public Health Medicine, University of Bristol.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 150-2
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 11 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument.
AU: Hebert-P; Meslin-EM; Dunn-EV; Byrne-N; Reid-SR
AD: Department of Family and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Toronto, Ontario.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 141-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 12 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Against the magnanimous in medical ethics.
AU: Kottow-MH
AD: University of Chile.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 124-8
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 13 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Professional ethics: on transmitting complaints to one's colleagues [editorial]
AU: Gillon-R
SO: J-Med-Ethics. 1990 Sep; 16(3): 115-6
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 14 of 24 - MEDLINE (R) 1990
TI: Choosing between cancer patients.
AU: Stoll-BA
AD: St Thomas's Hospital, London.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 71-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 15 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Unfinished feticide.
AU: Jansen-RP
AD: Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 61-5; discussion 66-70
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 16 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: The ethical approach to AIDS: a bibliographical review.
AU: Manuel-C; Enel-P; Charrel-J; Reviron-D; Larher-MP; Thirion-X; Sanmarco-JL
AD: Laboratoire de Sante Publique, Faculte de Medecine, Marseille, France.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Mar; 16(1): 14-27
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 17 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: The QALY argument: a physician's and a philosopher's view [comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1989 Sep;15(3):143-7. Comment on: J Med Ethics 1989 Sep;15(3):148-52
AU: Rawles-J; Rawles-K
AD: Department of Medicine and Therapeutics, University of Aberdeen.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 93-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 18 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: An obstructed death and medical ethics [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1990 Jun;16(2):59-60
AU: Dunbar-S
AD: Cleveland Clinic Foundation, Ohio.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 83-7; discussion 88-92
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 19 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Deceit, principles and philosophical medical ethics [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1990 Jun;16(2):83-7; discussion 88-92
AU: Gillon-R
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 59-60
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 20 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Response to Oderberg [letter; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1989 Sep;15(3):166
AU: Buckle-S
SO: J-Med-Ethics. 1990 Jun; 16(2): 110
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 21 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Ethical obligation arising from routine screening [letter]
AU: Warren-V
SO: J-Med-Ethics. 1990 Mar; 16(1): 54-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 22 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Danish ethics council rejects brain death as the criterion of death [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1990 Mar;16(1):3-4. Comment in: J Med Ethics 1990 Sep;16(3):167
AU: Rix-BA
AD: Danish Council of Ethics.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Mar; 16(1): 5-7; discussion 8-13
PY: 1990

LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 23 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Screening for genetic disorders: therapeutic abortion and IVF.
AU: Michael-M; Buckle-S
AD: Princeton University.
SO: J-Med-Ethics. 1990 Mar; 16(1): 43-7
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 24 of 24 - MEDLINE (R) 1990

TI: Moral intuition, good deaths and ordinary medical practitioners.
AU: Parker-M
SO: J-Med-Ethics. 1990 Mar; 16(1): 28-34
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

JOURNAL OF MEDICAL ETHICS – 1993

Record 1 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The medical ethics of the 'father of gynaecology', Dr J Marion Sims.
AU: Ojanuga-D
AD: School of Social Work, University of Alabama.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 28-31
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 2 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Resuscitation and senility: a study of patients' opinions [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1994 Mar;20(1):53
AU: Robertson-GS
AD: Aberdeen Royal Infirmary, Scotland.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 104-7
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 3 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is medical ethics lost? [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Dec;19(4):237; discussion 238-9. Comment on: J Med Ethics 1993 Dec;19(4):237-9
AU: Hare-RM
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 69-70
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 4 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is medical ethics lost? Response 2 [letter; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Jun;19(2):69-70
AU: Saunders-P
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 237-9
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 5 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is medical ethics lost? Response 1 [letter; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Jun;19(2):69-70
AU: Fergusson-A
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 237; discussion 238-9
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 6 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students.
AU: Mitchell-KR; Myser-C; Kerridge-IH
AD: Faculty of Medicine, University of Newcastle, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 230-6

PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 7 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Ethics and statistical methodology in clinical trials.
AU: Palmer-CR
AD: University of Cambridge.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 219-22
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 8 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Neonatal extracorporeal membrane oxygenation (ECMO): clinical trials and the ethics of evidence.
AU: Mike-V; Krauss-AN; Ross-GS
AD: Cornell University Medical College, New York.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 212-8
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 9 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Clinical trials: two neglected ethical issues.
AU: Herxheimer-A
AD: UK Cochrane Centre, University of Oxford.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 211, 218
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 10 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Autonomy and the akratic patient [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Dec;19(4):195-6
AU: McKnight-CJ
AD: Department of Philosophy, Queen's University of Belfast.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Dec; 19(4): 206-10
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 11 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: On the morality of deception—does method matter? A reply to David Bakhurst [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):131-2
AU: Jackson-J
AD: University of Leeds.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 183-7
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 12 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The ethics of experimental heroin maintenance.
AU: Ostini-R; Bammer-G; Dance-PR; Goodin-RE
AD: Australian National University, Canberra.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 175-82
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 13 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The great slippery-slope argument.
AU: Burgess-JA
AD: University of Wollongong, New South Wales, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 169-74
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 14 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: A randomized trial of ethics education for medical house officers.
AU: Sulmasy-DP; Geller-G; Levine-DM; Faden-RR
AD: Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 157-63
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 15 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The Hippocratic contract.
AU: Rosalki-J
AD: Royal Free Hospital School of Medicine, London.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 154-6
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 16 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The ethics of medical involvement in torture: commentary [comment] [see comments]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):135-7. Comment in: J Med Ethics 1994 Dec;20(4):268
AU: Hare-RM
AD: University of Florida.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 138-41
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 17 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The ethics of medical involvement in torture [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):133-4. Comment in: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):138-41. Comment in: J Med Ethics 1994 Dec;20(4):268
AU: Downie-RS
AD: Glasgow University, Scotland.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 135-7
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 18 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Medical involvement in torture [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):135-7
AU: Hoffenberg-R
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 133-4
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 19 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is there an important moral distinction for medical ethics between lying and other forms of deception? [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Sep;19(3):183-7
AU: Gillon-R
SO: J-Med-Ethics. 1993 Sep; 19(3): 131-2
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 20 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Beyond voluntary consent: Hans Jonas on the moral requirements of human experimentation.
AU: Fethé-C
AD: Department of Philosophy, Kean College, Union, New Jersey.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 99-103
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 21 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Postmortem procedures in the emergency department: using the recently dead to practise and teach.
AU: Iserson-KV
AD: Arizona Bioethics Program, University of Arizona College of Medicine, Tucson.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 92-8
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 22 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Ethics of research with psychiatric patients: principles, problems and the primary responsibilities of researchers.
AU: Fulford-KW; Howse-K
AD: Warneford Hospital, Oxford.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 85-91
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 23 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Appropriate care of the newborn: ethical dilemmas.
AU: Dunn-PM
AD: Department of Child Health, Southmead Hospital, University of Bristol.

SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 82-4
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 24 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: On discontinuing dialysis.
AU: Wight-J
AD: Ransom Hospital, Mansfield, Nottinghamshire.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 77-81
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 25 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Medical futility, treatment withdrawal and the persistent vegetative state [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Jun;19(2):67-8
AU: Mitchell-KR; Kerridge-IH; Lovat-TJ
AD: University of Newcastle.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 71-6
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 26 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Persistent vegetative state and withdrawal of nutrition and hydration [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Jun;19(2):71-6
AU: Gillon-R
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 67-8
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 27 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Patient satisfaction: an imperfect measurement of quality medicine [letter]
AU: Pickering-WG
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 121-2
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 28 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Huntington disease: prenatal screening for late onset disease [letter; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1992 Jun;18(2):75-8
AU: Greenberg-J
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 121
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 29 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The Polkinghorne Report on Fetal Research: nice recommendations, shame about the reasoning.
AU: Keown-J
AD: Faculty of Law, Cambridge University.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 114-20
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 30 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Altruism towards the end of life.
AU: Davies-J
AD: Voluntary Euthanasia Society, England.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 111-3
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 31 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: What is wrong with compliance?
AU: Holm-S
AD: Institute of Biostatistics and Theory of Medicine, Copenhagen, Denmark.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Jun; 19(2): 108-10
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 32 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: Medical ethics in the European Community [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):3-4
AU: Riis-P
AD: Herlev University Hospital, Denmark.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 7-12
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 33 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: Classical medicine v alternative medical practices [letter]
AU: Kottow-MH
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 51
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 34 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: Avoiding a reductionist stance [letter; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1992 Mar;18(1):40-2
AU: Catherwood-JF
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 50
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 35 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: International bioethics? The role of the Council of Europe [editorial] [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):3-4
AU: Quintana-O
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 5-6
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 36 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: What counts as success in genetic counselling? [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1994 Dec;20(4):268-9
AU: Chadwick-RF
AD: University of Wales, Cardiff.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 43-6; discussion 47-9
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 37 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients.
AU: Nord-E
AD: National Institute of Public Health, Oslo, Norway.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 37-42
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 38 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: The disposal of the aborted fetus—new guidelines: ethical considerations in the debate in Sweden.
AU: Kallenberg-K; Forslin-L; Westerborn-O
AD: Orebro Medical Center Hospital, Sweden.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 32-6
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 39 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: Biomedical ethics in Europe—a need for the POBS? [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):5-6. Comment on: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):7-12. Comment on: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):13-6
AU: Gillon-R
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 3-4
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 40 of 42 - MEDLINE (R) 1993
TI: A critique of using age to ration health care [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1994 Mar;20(1):53-4
AU: Hunt-RW
AD: Southern Community Hospice Programme, South Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 19-23; discussion 24-7

PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 41 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: After bioethics and towards virtue? [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1995 Feb;21(1):45-6; discussion 47-8
AU: Toon-PD
AD: St Bartholomew's Hospital Medical School, London.
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 17-8
PY: 1993
CP: ENGLAND

Record 42 of 42 - MEDLINE (R) 1993

TI: The European Convention on bioethics [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1993 Mar;19(1):3-4
AU: Byk-C
SO: J-Med-Ethics. 1993 Mar; 19(1): 13-6
PY: 1993
CP: ENGLAND

Journal of Medical Ethics - 1996

Record 1 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Random paired scenarios—a method for investigating attitudes to prioritisation in medicine.
AU: Ryyanen-OP; Myllykangas-M; Vaskilampi-T; Takala-J
AD: Department of Community Health and General Practice, University of Kuopio, Finland.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 238-42
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 2 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Consent to clinical research—adequately voluntary or substantially influenced?
AU: Hewlett-S
AD: University of Bristol.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 232-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 3 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Offering patients entry in clinical trials: preliminary study of the views of prospective participants.
AU: Corbett-F; Oldham-J; Lilford-R
AD: University of Leeds.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 227-31
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 4 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Potential and the early human.
AU: Watt-H
AD: Linacre Centre for Health Care Ethics, London.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 222-6
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 5 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Another peep behind the veil [see comments]
CM: Comment in: J Med Ethics 1996 Aug;22(4):195-6
AU: McKie-J; Kuhse-H; Richardson-J; Singer-P
AD: Centre for Human Bioethics, Monash University, Clayton, Victoria, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 216-21
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 6 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Would Aristotle have played Russian roulette? [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1996 Aug;22(4):195-6

AU: Harris-J

AD: Centre for Social Ethics and Policy, University of Manchester.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 209-15

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 7 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Double jeopardy, the equal value of lives and the veil of ignorance: a rejoinder to Harris [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1996 Aug;22(4):195-6

AU: McKie-J; Kuhse-H; Richardson-J; Singer-P

AD: Centre for Human Bioethics, Monash University, Clayton, Victoria, Australia.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 204-8

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 8 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Should a doctor prescribe hormone replacement therapy which has been manufactured from mare's urine?

AU: Cox-D

AD: Cambridge University Clinical School.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 199-203

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 9 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: The ethics of complementary medicine [editorial]

AU: Ernst-E

SO: J-Med-Ethics. 1996 Aug; 22(4): 197-8

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 10 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Prolonging life and allowing death [letter]

AU: Norris-P

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 181

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 11 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Do brain tissue transplants alter personal identity? Inadequacies of some "standard" arguments [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1996 Jun;22(3):131-2

AU: Northoff-G

AD: Psychiatry Department, University of Frankfurt, Germany.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 174-80

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 12 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Patient decision-making: medical ethics and mediation.

AU: Craig-YJ

AD: London School of Economics, University of London.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 164-7

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 13 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients.

AU: Dodds-S

AD: Department of Philosophy, University of Wollongong, NSW, Australia.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 160-3

PY: 1996

LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 14 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues.

AU: Craig-GM

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 147-53

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 15 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Placebos in clinical practice and research.

AU: De-Deyn-PP; D'Hooge-R

AD: Department of Neurology, Middelheim General Hospital, Antwerp, Belgium.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 140-6

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 16 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Equipose as a means of managing uncertainty: personal, communal and proxy.

AU: Alderson-P

AD: Institute of Education, University of London.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 135-9

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 17 of 26 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Brain transplantation, personal identity and medical ethics [editorial; comment]

CM: Comment on: J Med Ethics 1996 Jun;22(3):174-80

AU: Gillon-R

SO: J-Med-Ethics. 1996 Jun; 22(3): 131-2

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 18 of 26 - MEDLINE (R) 1996

TI: Limiting risks by curtailing rights: a response to Dr Ryan [comment] [see comments]

CM: Comment on: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):95-9. Comment in: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):67-8

AU: Luttrell-S; Sommerville-A

AD: Geriatric Department, Whittington Hospital, London.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 100-4

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 19 of 26 - MEDLINE (R) 1996

TI: Betting your life: an argument against certain advance directives [see comments]

CM: Comment in: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):67-8. Comment in: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):100-4

AU: Ryan-CJ

AD: Department of Psychiatry, Westmead Hospital, NSW, Australia.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 95-9

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 20 of 26 - MEDLINE (R) 1996

TI: Bioethics and caring.

AU: van-Hooft-S

AD: Deakin University at Toorak, Victoria, Australia.

SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 83-9

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: ENGLAND

Record 21 of 26 - MEDLINE (R) 1996

TI: Non-therapeutic (elective) ventilation of potential organ donors: the ethical basis for changing the law.

AU: Shaw-AB

AD: Bradford Hospitals.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 72-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 22 of 26 - MEDLINE (R) 1996
TI: Ethics without abstraction: squaring the circle [editorial]
AU: Callahan-D
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 69-71
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 23 of 26 - MEDLINE (R) 1996
TI: Advance directives [editorial; comment]
CM: Comment on: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):95-9. Comment on: J Med Ethics 1996 Apr;22(2):100-4
AU: Hope-T
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 67-8
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 24 of 26 - MEDLINE (R) 1996
TI: An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse?
AU: Meyers-C; Woods-RD
AD: Department of Philosophy and Religious Studies, California State University, Bakersfield, USA.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 115-20
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 25 of 26 - MEDLINE (R) 1996
TI: Ethical considerations of the perinatal necropsy.
AU: Khong-TY
AD: Department of Pathology, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 111-4
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Record 26 of 26 - MEDLINE (R) 1996
TI: Genetic testing and early diagnosis and intervention: boon or burden?
AU: Hepburn-ER
AD: Queensland Bioethics Centre, Brisbane, Australia.
SO: J-Med-Ethics. 1996 Apr; 22(2): 105-10
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: ENGLAND

Hastings Center Report - 1990

Record 1 of 53 - MEDLINE (R) 1990
TI: The price of silence.
AU: Lynch-A; Czeizel-A; Salzano-FM; Berg-K
AD: Westminster Institute for Ethics and Human Values, London, Ontario, Canada.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 May-Jun; 20(3): 31; discussion 31-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 2 of 53 - MEDLINE (R) 1990
TI: When opportunity knocks [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1991 Nov-Dec;21(6):43
AU: Berenson-RA; Hyman-DA
AD: University of Chicago Pritzker School of Medicine.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 33-5; discussion 33-5
PY: 1990
LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 3 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Reassessing autonomy in long-term care.

AU: Agich-GJ

AD: Southern Illinois University School of Medicine, Springfield.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 12-7

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 4 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Parental responsibility and the Infant Bioethics Committee [see comments]

CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1991 Mar-Apr;21(2):51

AU: Fleischman-AR

AD: Division of Neonatology, Albert Einstein College of Medicine.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 31-2

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 5 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Reproductive gifts and gift giving: the altruistic woman.

AU: Raymond-JG

AD: University of Massachusetts, Amherst.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 7-11

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 6 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Hastings on the Adriatic.

AU: Donnelley-S

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 5-6

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 7 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Selling experiment treatment [letter; comment]

CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 Sep-Oct;19(5):36-43

AU: Oldham-RK

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 43-4

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 8 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Emergencies and advance directives [letter; comment]

CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 Nov-Dec;19(6):17; discussion 17-9

AU: Sachs-GA; Miles-SH; Levin-RA

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 42-3

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 9 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Outrageous fortune: selling other people's cells.

AU: Annas-GJ

AD: Law, Medicine and Ethics Program, Boston University School of Medicine.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 36-9

PY: 1990

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 10 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Mapping and beyond [news]

AU: Miller-J

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 3-4

PY: 1990

LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 11 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Telling stories: creative literature and ethics.
AU: Radey-C
AD: Cleveland Clinic Foundation.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 25
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 12 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Surrogate decisionmaking and other matters.
AU: Greenlaw-J
AD: Division of Medical Humanities, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, N.Y.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 24-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 13 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Still saving the life of ethics.
AU: Schneiderman-LJ
AD: University of California, San Diego, School of Medicine, La Jolla.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 22-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 14 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Common-sense morality.
AU: Brock-D
AD: Brown University, Providence, RI.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 19-21
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 15 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The prophetic and the priestly.
AU: Childress-JF
AD: University of Virginia, Charlottesville.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Nov-Dec; 20(6): 18-9
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 16 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Business ethics in ethics committees?
AU: Boyle-P
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 37-8
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 17 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Ethics committees as corporate and public policy advocates.
AU: Cohen-CB
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 36-7
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 18 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The Patient Self-Determination Act: not now.
AU: Capron-AM
AD: University of Southern California, Los Angeles.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 35-6
PY: 1990

LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 19 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The Patient Self-Determination Act: yes.
AU: Fletcher-JC
AD: Center for Biomedical Ethics, University of Virginia.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 33-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 20 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Noncompliance in AIDS research.
AU: Arras-JD
AD: Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 24-32
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 21 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Giving voice to the pragmatic majority in New Jersey.
AU: Hill-TP
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 20
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Community values in Vermont health planning.
AU: Wallace-Brodeur-PH
AD: Vermont Health Policy Council.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 18-9
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 23 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: An alternative to property rights in human tissue.
AU: Swain-MS; Marusyk-RW
AD: University of Montreal, Canada.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Sep-Oct; 20(5): 12-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 24 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The argument for unlimited procreative liberty: a feminist critique.
AU: Ryan-MA
AD: Yale University.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): 6-12
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 25 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Whither the genome project?
AU: Sinsheimer-RL
AD: University of California, Santa Barbara.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): 5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 26 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Geneticists and sex selection [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 May-Jun;19(3):21-7
AU: Kaye-CI; La-Puma-J
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): 40-1

PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 27 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Foreclosing the use of force: A.C. reversed.
AU: Annas-GJ
AD: Law, Medicine & Ethics Program, Boston University School of Medicine.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): 27-9
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 28 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Medical joint-venturing: an ethical perspective.
AU: Green-RM
AD: Dartmouth College, Hanover, NH.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): 22-6
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 29 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Religion and moral meaning in bioethics.
AU: Campbell-CS
AD: The Hastings Center.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 4-10
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 30 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Talking of God—but with whom?
AU: Verhey-AD
AD: Hope College, Holland, MI.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 21-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 31 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Religion and the secularization of bioethics.
AU: Callahan-D
AD: The Hastings Center.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 2-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 32 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: What can religion offer bioethics?
AU: Wind-JP
AD: Religion Division, Lilly Endowment, Inc.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 18-20
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 33 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Bioethics and the contemporary Jewish community.
AU: Novak-D
AD: University of Virginia, Charlottesville.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 14-7
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 34 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Can theology have a role in "public" bioethical discourse?
AU: Cahill-LS

AD: Boston College, MA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jul-Aug; 20(4): suppl 10-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 35 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: What price parenthood?
AU: Lauritzen-P
AD: Department of Religious Studies, John Carroll University, Cleveland, OH.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 38-46
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 36 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Dissociation from evil [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 Jul-Aug;19(4):16
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 May-Jun; 20(3): 44-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 37 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Symbols and rights [letter]
AU: Mahowald-MB
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 May-Jun; 20(3): 43-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 38 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Healing-killing conflicts. Medical ethics and the death penalty.
AU: Bonnie-RJ
AD: Institute of Law, Psychiatry and Public Policy, University of Virginia, Charlottesville.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 May-Jun; 20(3): 12-8
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 39 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The fetal tissue debate on complicity [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1988 Dec;18(6):5-12
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 50-1
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 40 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Inviting clinicians to kill... [[letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 Jan-Feb;19(1):suppl 13-5
AU: Parker-MH
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 51
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 41 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: What about the family?
AU: Hardwig-J
AD: James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 5-10
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 42 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The Philadelphia story.
AU: Fleetwood-J
AD: Program in Medical Humanities, Medical College of Pennsylvania, Philadelphia.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 33-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 43 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Is there a place for lawyers on ethics committees? A view from the inside.
AU: Mitchell-SM; Swartz-MS
AD: Hahnemann University, Philadelphia, PA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 32-3
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 44 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Ethics committees and cost containment.
AU: Brock-DW
AD: Brown University.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 29-31
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 45 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The adolescence of ethics committees.
AU: Cohen-CB
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 29
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 46 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Thailand: refining cultural values.
AU: Ratanakul-P
AD: Research Center of Southeast Asian Cultures, Institute of Language & Culture for Rural Development, Salaya
Nakonpatom, Thailand.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 25-7
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 47 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: China: moral puzzles.
AU: Xu-TM
AD: Beijing Medical University, China.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 24-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 48 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: C-section for organ donation.
AU: Berkowitz-ST; Newman-LE; Mathieu-DR
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 22; discussion 22-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 49 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: On being ethical in unethical places: the dilemmas of South African clinical psychologists.
AU: Steere-J; Dowdall-T
AD: Child Guidance Clinic, University of Cape Town, South Africa.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 11-5
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 50 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: The ethics of home care: autonomy and accommodation.
AU: Collopy-B; Dubler-N; Zuckerman-C

SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Mar-Apr; 20(2): 1-16 suppl
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 51 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Uncertainty, accountability, & HIV-infected physicians [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1989 Jan-Feb;19(1):32-9
AU: Gramelspacher-GP
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jan-Feb; 20(1): 52
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 52 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Live sperm, dead bodies.
AU: Rothman-CM; Ross-JW
AD: UCLA Medical Center's Program in Medical Ethics.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jan-Feb; 20(1): 33; discussion 33-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 53 of 53 - MEDLINE (R) 1990

TI: Genetics and human malleability.
AU: Anderson-WF
AD: Laboratory of Molecular Hematology, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1990 Jan-Feb; 20(1): 21-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Hastings Center Report - 1993

Record 1 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The birth of bioethics.
AU: Jonsen-AR
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S1-4
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 2 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Less slippery [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 May-Jun;23(3):14-7
AU: Volicer-L
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): 43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 3 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Less slippery [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 May-Jun;23(3):14-7
AU: Sobel-R
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): 43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 4 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The sorcerer's broom. Medicine's rampant technology [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 May-Jun;24(3):50
AU: Cassell-EJ
AD: Cornell University Medical College, New York, NY.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): 32-9
PY: 1993
LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 5 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: One more pelvic exam [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 Jul-Aug;24(4):45
AU: Dwyer-J; Rothstein-J
AD: New York University, New York.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): 27; discussion 27-9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 6 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The Rummelink study. Two years later.
AU: van-Delden-JJ; Pijnenborg-L; van-der-Maas-PJ
AD: Department of Public Health, Erasmus University.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): 24-7
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 7 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Why I am neither a communitarian nor a medical ethicist.
AU: Hauerwas-S
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S9-10
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 8 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The principles approach.
AU: Beauchamp-TL
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 9 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Why America accepted bioethics.
AU: Callahan-D
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S8-9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 10 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: From forgoing life support to aid-in-dying.
AU: Veatch-RM
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S7-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 11 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: But was it bioethics?
AU: Swazey-JP
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S5-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 12 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Thirty years ago.
AU: Alexander-S
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S5
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 13 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: What bioethics brought to the public.
AU: Caplan-AL
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S14-5
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 14 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Three views of history: view the third.
AU: Reiser-SJ
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S13-4
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 15 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Three views of history: view the second.
AU: Fox-DM
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S12-3
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 16 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Three views of history: view the first.
AU: Rothman-DJ
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S11-2
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 17 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Bioethics and philosophy.
AU: Clouser-KD
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Nov-Dec; 23(6): S10-1
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 18 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Who wants to know? [letter]
AU: Spaeth-GL
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Sep-Oct; 23(5): 46
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 19 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: Let's talk [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Mar-Apr;23(2):33-40
AU: Scofield-GR
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Sep-Oct; 23(5): 45
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 20 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: "Ethics and clinical research" revisited. A tribute to Henry K. Beecher.
AU: Katz-J
AD: Yale Law School.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Sep-Oct; 23(5): 31-9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 21 of 43 - MEDLINE (R) 1993
TI: For the benefit of all [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 Sep-Oct;24(5):46
AU: Durfy-SJ; Peters-JA
AD: Department of Medical History and Ethics, University of Washington, Seattle.

SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Sep-Oct; 23(5): 28-9; discussion 29-30
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The constitution and hastening inevitable death [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 Mar-Apr;24(2):45-6
AU: Sedler-RA
AD: Wayne State University, Detroit, MI.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Sep-Oct; 23(5): 20-5
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 23 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Medicine and human rights. A proposal for international action.
AU: Grodin-MA; Annas-GJ; Glantz-LH
AD: Law, Medicine & Ethics Program, Boston University School of Medicine, MA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 8-12
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 24 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Cannon to right of them [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):34-43
AU: Will-W
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 25 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Cannon to right of them [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):34-43
AU: Robischon-T
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 26 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Cannon to right of them [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):34-43
AU: Groth-P
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 27 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Cannon to right of them [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):34-43
AU: Kelly-DF
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 42-3
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 28 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The fears of the dying [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):32-3
AU: Preston-TA
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 42
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 29 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The fears of the dying [letter; comment]
CM: Comment on: Hastings Cent Rep 1993 Jan-Feb;23(1):32-3
AU: Kuhse-H
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 42
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 30 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Pursuing a peaceful death.
AU: Callahan-D
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 33-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 31 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Terra es animata on having a life [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 Jan-Feb;24(1):46
AU: Meilaender-G
AD: Oberlin College, OH.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 25-32
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 32 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The impending collapse of the whole-brain definition of death [published erratum appears in Hastings Cent Rep 1993 Nov-Dec;23(6):4] [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 May-Jun;24(3):49; discussion 50. Comment in: Hastings Cent Rep 1994 May-Jun;24(3):49-50
AU: Veatch-RM
AD: Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, DC.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jul-Aug; 23(4): 18-24
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 33 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The family in medical decisionmaking.
AU: Blustein-J
AD: Weiler Division of Montefiore Medical Center, New York, N.Y.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 May-Jun; 23(3): 6-13
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 34 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: "A quick and painless death".
AU: Nicholson-RH
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 May-Jun; 23(3): 5
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 35 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Are laws against assisted suicide unconstitutional? [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1994 Mar-Apr;24(2):45
AU: Kamisar-Y
AD: University of Michigan Law School, Ann Arbor.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 May-Jun; 23(3): 32-41
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 36 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Am I my brother's warden? Responding to the unethical or incompetent colleague.
AU: Morreim-EH
AD: College of Medicine, University of Tennessee, Memphis.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 May-Jun; 23(3): 19-27

PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 37 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Meeting at Maastricht [letter]
AU: van-Berkestijn-TM; Borst-Eilers-E; Cohen-HS; Leenen-HJ; Schaake-Koning-C; Schroten-E; Spreeuwenberg-C
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Mar-Apr; 23(2): 45-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 38 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Keeping moral space open. New images of ethics consulting [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1993 Sep-Oct;23(5):45
AU: Walker-MU
AD: Fordham University, Bronx, NY.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Mar-Apr; 23(2): 33-40
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 39 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: In loco parentis. Minimal risk as an ethical threshold for research upon children.
AU: Freedman-B; Fuks-A; Weijer-C
AD: Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Mar-Apr; 23(2): 13-9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 40 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Who's to choose? Surrogate decisionmaking in New York State.
AU: Moreno-JD
AD: Division of Humanities in Medicine, SUNY Health Science Center, Brooklyn.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jan-Feb; 23(1): 5-11
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 41 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is there a right to die? [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1993 Jul-Aug;23(4):42-3. Comment in: Hastings Cent Rep 1993 Jul-Aug;23(4):43
AU: Kass-LR
AD: University of Chicago.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jan-Feb; 23(1): 34-43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 42 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: Even in defeat, Proposition 161 sounds a warning [see comments]
CM: Comment in: Hastings Cent Rep 1993 Jul-Aug;23(4):42
AU: Capron-AM
AD: University of Southern California, Los Angeles.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jan-Feb; 23(1): 32-3
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 43 of 43 - MEDLINE (R) 1993

TI: The voluble brother-in-law.
AU: Kapp-MB; Nelson-HL
AD: Office of Geriatric Medicine & Gerontology, Wright State University School of Medicine, Dayton, Ohio.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1993 Jan-Feb; 23(1): 30; discussion 30-1
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Hastings Center Report - 1996

Record 1 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Oregon's new way to die [news]

AU: Campbell-CS

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Sep-Oct; 26(5): 42-3

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 2 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: The suppressed legacy of Nuremberg.

AU: Burt-RA

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Sep-Oct; 26(5): 30-3

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 3 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hope and the limits of research.

AU: Daugherty-CK; Geller-G

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Sep-Oct; 26(5): 20; discussion 20-2

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 4 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: The ethics of caring for conjoined twins. The Lakeberg twins.

AU: Thomasma-DC; Muraskas-J; Marshall-PA; Myers-T; Tomich-P; O'Neill-JA Jr

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 4-12

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 5 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Respectful service and reverent obedience. A Jewish view on making decisions for incompetent parents.

AU: Freedman-B

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 31-7

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 6 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: This little pig went to market [news]

AU: Nicholson-RH

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 3

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 7 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Still troubled. In re Martin.

AU: Dresser-R

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 21-2

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 8 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: The bias of burden [letter]

AU: Glick-S

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 2

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 9 of 23 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Taking behavioral genetics seriously.

AU: Parens-E

SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Jul-Aug; 26(4): 13-8
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 10 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: At the juncture of theory and practice. Remarks on receiving the Henry Knowles Beecher Award.
AU: Bok-S
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 5-8
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 11 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Judging the past. The case of the human radiation experiments.
AU: Buchanan-A
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 25-30
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 12 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Liberty, equality, death!
AU: Capron-AM
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 23-4
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 13 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Society's diseases.
AU: Morejon-DP; Saxton-M
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 21; discussion 21-2
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 14 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Common law correction [letter]
AU: Mulligan-D
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 2
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 15 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: A matter of law? [letter]
AU: Cachecho-R; Dennis-RC; Grindlinger-GA; Waters-JB Jr
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 May-Jun; 26(3): 2
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 16 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Public goods and fair prices. Balancing technological innovation with social well-being.
AU: Brody-B
AD: Centre for Ethics, Medicine, and Public Issues, Baylor College of Medicine, USA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 5-11
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 17 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: U.K. moves toward compulsory vaccination [news]
AU: Nicholson-RH
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 4
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 18 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Outcomes research and practice guidelines. Upstream issues for downstream users.
AU: Gifford-F
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 38-44
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 19 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Reconceiving the family. The process of consent in medical decisionmaking.
AU: Kuczewski-MG
AD: Consortium Ethics Program, University of Pittsburgh Center for Medical Ethics, USA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 30-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 20 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: The value of a uterus.
AU: Dwyer-J; Cerfolio-N; Murray-TH; Rosenthal-MB
AD: New York University, USA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 28; discussion 28-9
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 21 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: Too much compassion? [letter]
AU: Mero-R
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 2-3
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: "Give me children or I shall die!" New reproductive technologies and harm to children.
AU: Cohen-CB
AD: Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington D.C., USA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 19-27
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 23 of 23 - MEDLINE (R) 1996

TI: The run on Ritalin. Attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s.
AU: Diller-LH
AD: University of California, San Francisco, USA.
SO: Hastings-Cent-Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 12-8
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Journal of Medicine and Philosophy - 1990

Record 1 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Ars medicina et conditio humana. Edmund D. Pellegrino, M.D., on his 70th birthday.
AU: Spicker-SF; Ratzan-RM
AD: Department of Community Medicine and Health Care, School of Medicine, University of Connecticut Health Center, Farmington 06032.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 327-41
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 2 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Medicine and dialogue.
AU: Zaner-RM
AD: Vanderbilt University, Nashville, TN 37232.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 303-25

PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 3 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Humanities in medical education: some contributions.
AU: Clouser-KD
AD: Pennsylvania State University College of Medicine, Milton S. Hershey Medical Center, Hershey 17033.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 289-301
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 4 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Justice in health care: the contribution of Edmund Pellegrino.
AU: Veatch-RM
AD: Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, DC 20057.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 269-87
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 5 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine.
AU: Thomasma-DC
AD: Loyola University of Chicago, Medical Center, Maywood, IL 60153.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 245-67
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 6 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Edmund D. Pellegrino: a biographical note.
AU: Wildes-KW
AD: Center for Ethics, Medicine, and Public Policy, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 243-4
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 7 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: The birth of the medical humanities and the rebirth of the philosophy of medicine: the vision of Edmund D. Pellegrino.
AU: Engelhardt-HT Jr
AD: Center for Ethics, Medicine, and Public Issues, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1990 Jun; 15(3): 237-41
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 8 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Medical Critique [Krytyka Lekarska]: a journal of medicine and philosophy-1897-1907.
AU: Lowy-I
AD: U-158 INSERAA, Hopital Necker-Enfants Malades, Paris, France.
SO: J-Med-Philos. 1990 Dec; 15(6): 653-73
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 9 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: An ethnomedical perspective of medical ethics.
AU: Fabrega-H Jr
AD: University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, PA 15213.
SO: J-Med-Philos. 1990 Dec; 15(6): 593-625
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 10 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Diagnosis without doctors.
AU: Mazoue-JG

AD: Department of Philosophy, University of Tennessee, Knoxville 37996-0480.
SO: J-Med-Philos. 1990 Dec; 15(6): 559-79
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 11 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Physician investment and self-referral: philosophical analysis of a contentious debate.
AU: Morreim-EH
AD: College of Medicine, University of Tennessee, Memphis 38163.
SO: J-Med-Philos. 1990 Aug; 15(4): 425-48
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 12 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Public philosophy: distinction without authority.
AU: Menzel-PT
AD: Department of Philosophy, Pacific Lutheran University, Tacoma, WA 98447.
SO: J-Med-Philos. 1990 Aug; 15(4): 411-24
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 13 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Philosophers and the public policy process: inside, outside, or nowhere at all?
AU: Momeyer-RW
AD: Department of Philosophy, Miami University, Oxford, OH 45056.
SO: J-Med-Philos. 1990 Aug; 15(4): 391-409
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 14 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Philosophical integrity and policy development in bioethics.
AU: Benjamin-M
AD: Department of Philosophy, Michigan State University, East Lansing 48824.
SO: J-Med-Philos. 1990 Aug; 15(4): 375-89
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 15 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: The philosopher as insider and outsider.
AU: Kamm-FM
AD: Department of Philosophy, New York University, New York City 10003.
SO: J-Med-Philos. 1990 Aug; 15(4): 347-74
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 16 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: The new economics of medicine: special challenges for psychiatry.
AU: Morreim-EH
AD: Department of Human Values and Ethics, College of Medicine, University of Tennessee, Memphis 38163.
SO: J-Med-Philos. 1990 Feb; 15(1): 97-119
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 17 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: What is applied about "applied" philosophy?
AU: Kopelman-LM
AD: Department of Medical Humanities, East Carolina School of Medicine, Greenville, NC 27858.
SO: J-Med-Philos. 1990 Apr; 15(2): 199-218
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 18 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: The limited relevance of analytical ethics to the problems of bioethics.
AU: Holmes-RL
AD: Department of Philosophy, University of Rochester, NY 14627.
SO: J-Med-Philos. 1990 Apr; 15(2): 143-59
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 19 of 19 - MEDLINE (R) 1990

TI: Moral discourse about medicine: a variety of forms.
AU: Gustafson-JM
AD: Emory University, Atlanta, GA 30322.
SO: J-Med-Philos. 1990 Apr; 15(2): 125-42
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Journal of Medicine and Philosophy - 1993

Record 1 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: The common good in a secular society: the relevance of a Roman Catholic notion to the healthcare allocation debate.
AU: Lustig-BA
AD: Institute of Religion, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1993 Dec; 18(6): 569-87
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 2 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Talking ethics with strangers: a view from Jewish tradition.
AU: Newman-LE
AD: Department of Religion, Carleton College, Northfield, MN 55057.
SO: J-Med-Philos. 1993 Dec; 18(6): 549-67
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 3 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: An Eastern Orthodox approach to bioethics.
AU: Harakas-SS
AD: Hellenic College, Holy Cross Greek Orthodox School of Theology, Brookline, MA 02416.
SO: J-Med-Philos. 1993 Dec; 18(6): 531-48
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 4 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: After the fall: particularism in bioethics [editorial]
AU: Wildes-KW
SO: J-Med-Philos. 1993 Dec; 18(6): 505-9
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 5 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Personhood, moral strangers, and the evil of abortion: the painful experience of post-modernity [comment]
CM: Comment on: J Med Philos 1993 Aug;18(4):399-417
AU: Engelhardt-HT Jr
AD: Center for Ethics, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1993 Aug; 18(4): 419-21
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 6 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: The personhood of the human embryo [see comments]
CM: Comment in: J Med Philos 1993 Aug;18(4):419-21
AU: Crosby-JF
AD: Franciscan University of Steubenville, OH 43952.

SO: J-Med-Philos. 1993 Aug; 18(4): 399-417
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 7 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Economic perspectives on bioethics [see comments]
CM: Comment in: J Med Philos 1993 Aug;18(4):375-88
AU: Baden-JA
AD: University of Washington, Seattle 98105.
SO: J-Med-Philos. 1993 Aug; 18(4): 389-97
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 8 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Persons and death: what's metaphysically wrong with our current statutory definition of death?
AU: Lizza-JP
AD: Liberal Studies Department, Parsons School of Design, New School for Social Research, New York, NY 10011.
SO: J-Med-Philos. 1993 Aug; 18(4): 351-74
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 9 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Moral authority, moral standing, and moral controversy.
AU: Wildes-KW
AD: Department of Philosophy, Washington, DC 20057.
SO: J-Med-Philos. 1993 Aug; 18(4): 347-50
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 10 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Physician assisted death and hard choices.
AU: Mayo-DJ; Gunderson-M
AD: University of Minnesota, Duluth 55812.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 329-41
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 11 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Conscience, referral, and physician assisted suicide.
AU: Wildes-KW
AD: Center for Ethics, Medicine, and Public Issues, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 323-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 12 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Advance directives for voluntary euthanasia: a volatile combination?
AU: Francis-LP
AD: School of Law, University of Utah, Salt Lake City 84112.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 297-322
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 13 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Altruism and physician assisted death.
AU: Gunderson-M; Mayo-DJ
AD: Macalester College, St. Paul, MN 55105.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 281-95
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 14 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: The medicalization of dying.
AU: Burgess-MM
AD: University of Calgary, Alberta, Canada.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 269-79
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 15 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Learning to do no harm.
AU: Gillett-GR
AD: Bioethics Research Center, Medical School, University of Otago, Dunedin, New Zealand.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 253-68
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 16 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Living with euthanasia: a futuristic scenario.
AU: Jonsen-AR
AD: Department of Medical History and Ethics, School of Medicine, University of Washington, Seattle 98195.
SO: J-Med-Philos. 1993 Jun; 18(3): 241-51
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 17 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: The concept of medically indicated treatment.
AU: Miller-FG
AD: Center for Biomedical Ethics, University of Virginia, Charlottesville 22908.
SO: J-Med-Philos. 1993 Feb; 18(1): 91-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 18 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: oices and time: the venture of clinical ethics.
AU: Zaner-RM
AD: Department of Medicine, School of Medicine, Vanderbilt University, Nashville, TN 37232.
SO: J-Med-Philos. 1993 Feb; 18(1): 9-31
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 19 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Clinical ethics and happiness.
AU: Devettere-RJ
AD: Department of Philosophy, Emmanuel College, Boston, MA 02115.
SO: J-Med-Philos. 1993 Feb; 18(1): 71-89
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 20 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Is care a virtue for health care professionals?
AU: Curzer-HJ
AD: Philosophy Department, Texas Tech University, Lubbock 79409-3092.
SO: J-Med-Philos. 1993 Feb; 18(1): 51-69
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 21 of 21 - MEDLINE (R) 1993

TI: Laying clinical ethics open.
AU: McCullough-LB
AD: Center for Ethics, Medicine, and Public Issues, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030.
SO: J-Med-Philos. 1993 Feb; 18(1): 1-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Journal of Medicine and Philosophy - 1996

Record 1 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Literature, philosophy, and medical ethics: let the dialogue go on [comment]

CM: Comment on: J Med Philos 1996 Jun;21(3):321-40

AU: Hawkins-AH

AD: Pennsylvania State University College of Medicine, Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 341-54

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 2 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Philosophy, literature, and ethics: let the engagement begin [comment] [see comments]

CM: Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):243-65. Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):267-86. Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):287-302. Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):303-20. Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):341-54

AU: Clouser-KD

AD: Pennsylvania State University, College of Medicine, Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 321-40

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 3 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason [see comments]

CM: Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):321-40

AU: Hunter-KM

AD: Northwestern University Medical School, Chicago, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 303-20

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 4 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Dax redacted: the economies of truth in bioethics [see comments]

CM: Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):321-40

AU: Chambers-T

AD: Northwestern University Medical School, Chicago, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 287-302

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 5 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Darren's case: narrative ethics in Perri Klass's Other Women's Children [see comments]

CM: Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):321-40

AU: Jones-AH

AD: Institute for the Medical Humanities, University of Texas Medical Branch, Galveston, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 267-86

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 6 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Literature and ethical medicine: five cases from common practice [see comments]

CM: Comment in: J Med Philos 1996 Jun;21(3):321-40

AU: Charon-R; Brody-H; Clark-MW; Davis-D; Martinez-R; Nelson-RM

AD: College of Physicians and Surgeons, Columbia University, USA.

SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 243-65

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: NETHERLANDS

Record 7 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Literature and medical ethics.

AU: Clouser-KD; Hawkins-AH
AD: Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Jun; 21(3): 237-41
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 8 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: (In) equality, (ab) normality, and the Americans With Disabilities Act [see comments]
CM: Comment in: J Med Philos 1996 Apr;21(2):225-35
AU: Silvers-A
AD: Department of Philosophy, San Francisco State University, CA, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 209-24
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 9 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Ethical assumptions and ambiguities in the Americans With Disabilities Act [see comments]
CM: Comment in: J Med Philos 1996 Apr;21(2):225-35
AU: Kopelman-LM
AD: Department of Medical Humanities, East Carolina School of Medicine, Greenville, N.C., USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 187-208
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 10 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Ethical principles in federal regulations: the case of children and research risks.
AU: Williams-PC
AD: Department of Preventive Medicine, School of Medicine, S.U.N.Y.- Stony Brook, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 169-86
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 11 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Moral consensus in public ethics: patient autonomy and family decision-making in the work of one state bioethics commission.
AU: Moskowitz-EH
AD: Hastings Center, Briarcliff Manor, New York, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 149-68
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 12 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Routine neonatal circumcision: symbol of the birth of the therapeutic state.
AU: Szasz-T
AD: Department of Psychiatry, SUNY-Health Science Center, Syracuse, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 137-48
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 13 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Privacy and autonomy: from Warren and Brandeis to Roe and Cruzan.
AU: Halper-T
AD: Department of Political Science, Baruch College, New York, N.Y., USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 121-35
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 14 of 19 - MEDLINE (R) 1996
TI: Government and bureaucratic bioethics: addressing moral issues in the service of ideology.
AU: Spicker-SF
AD: Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Apr; 21(2): 113-9
PY: 1996

LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 15 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Pharmaceutical sales representatives and physicians: ethical considerations of a relationship.
AU: Peppin-JF
AD: University of Wisconsin, Internal Medicine Residency Program, Marshfield Clinic/St. Joseph's Hospital, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Feb; 21(1): 83-99
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 16 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Four approaches to doing ethics.
AU: Levi-BH
AD: Carle Hospital and Clinic, Urbana, Illinois, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Feb; 21(1): 7-39
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 17 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Arguing along the slippery slope of human embryo research.
AU: Freeman-JS
AD: Institutional Review Board, Connecticut Children's Medical Center, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Feb; 21(1): 61-81
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 18 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: A linguistic model of informed consent.
AU: Marta-J
AD: Joint Centre for Bioethics, University of Toronto.
SO: J-Med-Philos. 1996 Feb; 21(1): 41-60
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

Record 19 of 19 - MEDLINE (R) 1996

TI: Reification and synergy in clinical ethics and its adequacy to the managed practice of medicine.
AU: McCullough-LB
AD: Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030, USA.
SO: J-Med-Philos. 1996 Feb; 21(1): 1-6
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: NETHERLANDS

FERTILIZAÇÃO IN VITRO – 1990 à 1996

Record 1 of 22 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Evolution of pregnancies and initial follow-up of newborns delivered after intracytoplasmic sperm injection.
AU: Palermo-GD; Colombero-LT; Schattman-GL; Davis-OK; Rosenwaks-Z
AD: Center for Reproductive Medicine and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, The New York Hospital-Cornell Medical Center, New York, NY 10021-4872, USA. gdpalerm@mail.med.cornell.edu
SO: JAMA. 1996 Dec 18; 276(23): 1893-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 2 of 22 - MEDLINE (R) 1995

TI: Preimplantation diagnosis of the cystic fibrosis delta F508 mutation: what of the other two embryos? [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Dec 21;272(23):1858-60
AU: Callahan-CW; Person-DA
SO: JAMA. 1995 Jul 12; 274(2): 126-7
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 3 of 22 - MEDLINE (R) 1995

TI: Microsurgical manipulation of an oocyte [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Nov 3;331(18):1200
AU: Hellerstein-DK
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Mar 9; 332(10): 686
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 4 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Economic implications of assisted reproductive technology [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):239-43
AU: Seibel-MM
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 8; 331(23): 1588-9
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 5 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Birth after preimplantation diagnosis of the cystic fibrosis delta F508 mutation by polymerase chain reaction in human embryos resulting from intracytoplasmic sperm injection with epididymal sperm [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Jul 12;274(2):126-7
AU: Liu-J; Lissens-W; Silber-SJ; Devroey-P; Liebaers-I; Van-Steirteghem-A
AD: Center for Reproductive Medicine, University Hospital, Dutch-Speaking Brussels Free University (Vrije Universiteit Brussel), Belgium.
SO: JAMA. 1994 Dec 21; 272(23): 1858-60
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 6 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Economic implications of assisted reproductive technology [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):239-43
AU: Levy-MJ
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 8; 331(23): 1589
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 7 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Economic implications of assisted reproductive technology [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):239-43
AU: Kaufman-JL
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 8; 331(23): 1589
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 8 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Economic implications of assisted reproductive technology [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):239-43
AU: Visscher-RD
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 8; 331(23): 1588; discussion 1589
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 9 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Economic implications of assisted reproductive technology [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):239-43
AU: Damarico-MA; Moomjy-M; Rosenwaks-Z
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 8; 331(23): 1588; discussion 1589
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 10 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: Images in clinical medicine. Microsurgical fertilization and blastomere removal for genetic analysis [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1995 Mar 9;332(10):686
AU: Schimmel-TW; Crumm-KF
AD: IVF America Program, United Hospital, Port Chester, N.Y. 10573.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Nov 3; 331(18): 1200
PY: 1994
LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 11 of 22 - MEDLINE (R) 1994

TI: The cost of a successful delivery with in vitro fertilization [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Jul 28;331(4):270-1. Comment in: N Engl J Med 1994 Dec 8;331(23):1588; discussion 1589. Comment in: N Engl J Med 1994 Dec 8;331(23):1588-9. Comment in: N Engl J Med 1994 Dec 8;331(23):1589

AU: Neumann-PJ; Gharib-SD; Weinstein-MC

AD: Project HOPE Center for Health Affairs, Bethesda, Md 20814.

SO: N-Engl-J-Med. 1994 Jul 28; 331(4): 239-43

PY: 1994

CP: UNITED-STATES

Record 12 of 22 - MEDLINE (R) 1992

TI: Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1992 Sep 24;327(13):951-3

AU: Handyside-AH; Lesko-JG; Tarin-JJ; Winston-RM; Hughes-MR

AD: Institute of Obstetrics and Gynaecology, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London.

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 24; 327(13): 905-9

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 13 of 22 - MEDLINE (R) 1992

TI: Preimplantation genetic diagnosis [editorial] [published erratum appears in N Engl J Med 1992 Nov 26;327(22):1612] [comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Sep 24;327(13):905-9

AU: Simpson-JL; Carson-SA

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 24; 327(13): 951-3

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 14 of 22 - MEDLINE (R) 1992

TI: The new frontier of reproductive age [editorial; comment]

CM: Comment on: JAMA 1992 Sep 9;268(10):1275-9

AU: Quigley-MM

SO: JAMA. 1992 Sep 9; 268(10): 1320-1

PY: 1992

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 15 of 22 - MEDLINE (R) 1992

TI: Reversing the natural decline in human fertility. An extended clinical trial of oocyte donation to women of advanced reproductive age [published erratum appears in JAMA 1993 Jan 27;269(4):476] [see comments]

CM: Comment in: JAMA 1992 Sep 9;268(10):1320-1

AU: Sauer-MV; Paulson-RJ; Lobo-RA

AD: Department of Obstetrics and Gynecology, University of Southern California, Los Angeles.

SO: JAMA. 1992 Sep 9; 268(10): 1275-9

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 16 of 22 - MEDLINE (R) 1992

TI: Using genes to define motherhood—the California solution.

AU: Annas-GJ

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Feb 6; 326(6): 417-20

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 17 of 22 - MEDLINE (R) 1991

TI: New reproductive techniques [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1153-6. Comment on: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1157-60.

Comment on: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1200-2

SO: N-Engl-J-Med. 1991 Oct 3; 325(14): 1043-5

PY: 1991

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 18 of 22 - MEDLINE (R) 1991

TI: Obstetrics and gynecology.

AU: Huggins-GR; Wentz-AC

AD: Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Md.

SO: JAMA. 1991 Jun 19; 265(23): 3139-41

PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 19 of 22 - MEDLINE (R) 1990

TI: New ways to get pregnant [editorial; comment] [see comments]
CM: Comment on: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1153-6. Comment on: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1157-60.
Comment in: N Engl J Med 1991 Oct 3;325(14):1043-5
AU: Angell-M
SO: N-Engl-J-Med. 1990 Oct 25; 323(17): 1200-2
PY: 1990
CP: UNITED-STATES

Record 20 of 22 - MEDLINE (R) 1990

TI: Gene scene: earlier, eventually more specific, prenatal genetic diagnosis in realm of possibility [news]
AU: Randall-T
SO: JAMA. 1990 Dec 26; 264(24): 3113-4
PY: 1990
CP: UNITED-STATES

Record 21 of 22 - MEDLINE (R) 1990

TI: Congenital absence of the vas deferens. The fertilizing capacity of human epididymal sperm.
AU: Silber-SJ; Ord-T; Balmaceda-J; Patrizio-P; Asch-RH
AD: St. Luke's Hospital, St. Louis, MO 63107.
SO: N-Engl-J-Med. 1990 Dec 27; 323(26): 1788-92
PY: 1990
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 22 - MEDLINE (R) 1990

TI: Pregnancy potential of human oocytes--the effect of cryopreservation [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1990 Oct 25;323(17):1200-2. Comment in: N Engl J Med 1991 Oct 3;325(14):1043-5
AU: Levran-D; Dor-J; Rudak-E; Nebel-L; Ben-Shlomo-I; Ben-Rafael-Z; Mashiach-S
AD: Department of Obstetrics and Gynecology, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.
SO: N-Engl-J-Med. 1990 Oct 25; 323(17): 1153-6
PY: 1990
CP: UNITED-STATES

CUIDADOS AO PACIENTE TERMINAL – 1990 à 1996

Record 1 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Geriatricians want better end-of-life care [news]
AU: Marwick-C
SO: JAMA. 1997 Feb 12; 277(6): 445-6
PY: 1997
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 2 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: The last refreshing taste [letter]
AU: Rousseau-P
SO: JAMA. 1997 Jan 15; 277(3): 211-2
PY: 1997
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 3 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: ICD-9 code for palliative or terminal care.
AU: Cassel-CK; Vladeck-BC
AD: Mount Sinai Medical Center, New York, NY 10029, USA.
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Oct 17; 335(16): 1232-4
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 4 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide [editorial]
AU: Foley-KM
SO: N-Engl-J-Med. 1997 Jan 2; 336(1): 54-8
PY: 1997

LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 5 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Medicare hospice programs [letter]
AU: Mor-V; Castle-NG
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 19; 335(25): 1926; discussion 1926-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 6 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Medicare hospice programs [letter]
AU: Roda-PI; Gandhi-H
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 19; 335(25): 1925-6; discussion 1926-7
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 7 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: Gomez-CF; Herrmann-J
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1767; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 8 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: Mount-BM
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1766; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 9 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: Hill-L
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1766; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 10 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: Forbes-K
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1766; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 11 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: von-Gunten-CF; Neely-KJ
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1766; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 12 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]
AU: Weissman-DE
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1765-6; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 13 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Hospital care for dying patients [letter]

AU: Cassel-CK
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1765; discussion 1767
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 14 of 64 - MEDLINE (R) 1/97-4/97

TI: Clinical problem-solving. When too much is too little.

AU: Morrison-RS; Meier-DE; Cassel-CK

AD: Henry L. Schwartz Department of Geriatrics and Adult Development, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY 10029, USA.

SO: N-Engl-J-Med. 1996 Dec 5; 335(23): 1755-9

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 15 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Care and cost savings at the end of life [letter]

AU: Madden-B

SO: JAMA. 1996 Oct 16; 276(15): 1217; discussion 1217-8

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 16 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Care and cost savings at the end of life [letter]

AU: Lynn-J

SO: JAMA. 1996 Oct 16; 276(15): 1217; discussion 1217-8

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 17 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide [letter]

AU: Hoyt-JW; Harvey-MA; Wlody-GS

SO: N-Engl-J-Med. 1996 Sep 26; 335(13): 973; discussion 973-4

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 18 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide [letter]

AU: Dunn-PA

SO: N-Engl-J-Med. 1996 Sep 26; 335(13): 971; discussion 973-4

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 19 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Caring at the end of our lives [editorial; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1996 Jul 18;335(3):172-8

AU: Lynn-J

SO: N-Engl-J-Med. 1996 Jul 18; 335(3): 201-2

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 20 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1996 Jul 18;335(3):201-2

AU: Christakis-NA; Escarce-JJ

AD: Department of Medicine, University of Chicago, IL 60637, USA.

SO: N-Engl-J-Med. 1996 Jul 18; 335(3): 172-8

PY: 1996

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 21 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Cost savings at the end of life. What do the data show?

AU: Emanuel-EJ

AD: Center for Outcomes and Policy Research, Division of Cancer Epidemiology and Control, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA 02115, USA.
SO: JAMA. 1996 Jun 26; 275(24): 1907-14
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: A proposal to restructure hospital care for dying patients.
AU: Miller-FG; Fins-JJ
AD: University of Virginia, Charlottesville 22908, USA.
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Jun 27; 334(26): 1740-2
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 23 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Good care of the dying patient. Council on Scientific Affairs, American Medical Association.
SO: JAMA. 1996 Feb 14; 275(6): 474-8
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 24 of 64 - MEDLINE (R) 1996

TI: Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State. Patient requests and physician responses [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1996 Jul 17;276(3):196-7
AU: Back-AL; Wallace-JI; Starks-HE; Pearlman-RA
AD: Medical Service, Veterans Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle, WA 98108, USA.
SO: JAMA. 1996 Mar 27; 275(12): 919-25
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 25 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: The naturalness of dying [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1995 Apr 5;273(13):1039-43
AU: Honig-LS; Weiner-MF
SO: JAMA. 1995 Oct 4; 274(13): 1016
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 26 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Physician-assisted suicide [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1995 Feb 1;273(5):363-4
AU: Rousseau-P
SO: JAMA. 1995 Jul 26; 274(4): 302-3
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 27 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Ethnicity and attitudes toward patient autonomy [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Sep 13;274(10):844-5. Comment in: JAMA 1996 Jan 10;275(2):107; discussion 109-10
AU: Blackhall-LJ; Murphy-ST; Frank-G; Michel-V; Azen-S
AD: Department of Medicine, Pacific Center for Health Policy and Ethics, University of Southern California, Los Angeles, USA.
SO: JAMA. 1995 Sep 13; 274(10): 820-5
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 28 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Nutrition and hydration for the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Oct 26;272(16):1263-6
AU: Fainsinger-RL
SO: JAMA. 1995 Jun 14; 273(22): 1736; discussion 1737
PY: 1995

LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 29 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Physician-assisted suicide in Oregon. A bold experiment [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Dec 27;274(24):1910-1; discussion 1912. Comment in: JAMA 1995 Dec 27;274(24):1911; discussion 1912. Comment in: JAMA 1995 Dec 27;274(24):1911-2
AU: Alpers-A; Lo-B
AD: Program in Medical Ethics, University of California, San Francisco 94143-0903, USA.
SO: JAMA. 1995 Aug 9; 274(6): 483-7
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 30 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Nutrition and hydration for the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Oct 26;272(16):1263-6
AU: Fade-A; Kaplan-KO
SO: JAMA. 1995 Jun 14; 273(22): 1737
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 31 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Nutrition and hydration for the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Oct 26;272(16):1263-6
AU: Mogielnicki-RP; Bernat-JL; Gert-B
SO: JAMA. 1995 Jun 14; 273(22): 1736-7
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 32 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: Nutrition and hydration for the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Oct 26;272(16):1263-6
AU: Phipps-E
SO: JAMA. 1995 Jun 14; 273(22): 1736; discussion 1737
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 33 of 64 - MEDLINE (R) 1995

TI: The naturalness of dying [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Oct 4;274(13):1016
AU: McCue-JD
AD: Department of Medicine, University of Massachusetts Medical School, Worcester, USA.
SO: JAMA. 1995 Apr 5; 273(13): 1039-43
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 34 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Jun 14;273(22):1736; discussion 1737. Comment in: JAMA 1995 Jun 14;273(22):1736-7. Comment in: JAMA 1995 Jun 14;273(22):1737
AU: McCann-RM; Hall-WVJ; Groth-Juncker-A
AD: Department of Medicine, University of Rochester (NY) School of Medicine.
SO: JAMA. 1994 Oct 26; 272(16): 1263-6
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 35 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Regulating physician-assisted death [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jul 14;331(2):119-23
AU: Billings-JA; Block-SD
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 15; 331(24): 1657; discussion 1658
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 36 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Physicians and their patients' suicides [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 Jun 8;271(22):1786-8
AU: Grisolia-JS
SO: JAMA. 1994 Nov 9; 272(18): 1410
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 37 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Hospice care [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1994 May 25;271(20):1576-7
AU: Rousseau-P
SO: JAMA. 1994 Sep 14; 272(10): 767
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 38 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Cost savings at the end of life [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Feb 24;330(8):540-4
AU: Carroll-WD
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 18; 331(7): 478; discussion 478-9
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 39 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Cost savings at the end of life [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Feb 24;330(8):540-4
AU: Mitchell-A; Stroud-CE
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 18; 331(7): 478; discussion 478-9
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 40 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Cost savings at the end of life [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Feb 24;330(8):540-4
AU: Hilberman-M
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 18; 331(7): 477-8; discussion 478-9
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 41 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Cost savings at the end of life [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Feb 24;330(8):540-4
AU: Mahoney-JJ
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 18; 331(7): 477; discussion 478-9
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 42 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: Physicians and their patients' suicides [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1994 Nov 9;272(18):1410
AU: Miles-SH
AD: Department of Medicine, Hennepin County Medical Center, Minneapolis.
SO: JAMA. 1994 Jun 8; 271(22): 1786-8
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 43 of 64 - MEDLINE (R) 1994

TI: The economics of dying. The illusion of cost savings at the end of life [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Aug 18;331(7):477; discussion 478-9. Comment in: N Engl J Med 1994 Aug 18;331(7):477-8; discussion 478-9. Comment in: N Engl J Med 1994 Aug 18;331(7):478; discussion 478-9
AU: Emanuel-EJ; Emanuel-LL
AD: Division of Cancer Epidemiology and Control, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA 02115.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Feb 24; 330(8): 540-4
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 44 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Barbiturates in the care of the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Dec 3;327(23):1678-82
AU: Donnelly-S; Nelson-K; Walsh-TD
SO: N-Engl-J-Med. 1993 May 6; 328(18): 1350-1
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 45 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Barbiturates in the care of the terminally ill [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Dec 3;327(23):1678-82
AU: Sholl-JG
SO: N-Engl-J-Med. 1993 May 6; 328(18): 1350; discussion 1351
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 46 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Barbiturates in the care of the terminally ill [letter; comment] [see comments]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Dec 3;327(23):1678-82. Comment in: N Engl J Med 1993 Apr 1;328(13):964; discussion 965-6. Comment in: N Engl J Med 1993 Apr 1;328(13):964-5; discussion 965-6. Comment in: N Engl J Med 1993 Apr 1;328(13):965; discussion 965-6
AU: Quill-TE
SO: N-Engl-J-Med. 1993 May 6; 328(18): 1350; discussion 1351
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 47 of 48 - MEDLINE (R) 1993

TI: Self-determined death, the physician, and medical priorities. Is there time to talk? [editorial; comment]
CM: Comment on: JAMA 1993 Aug 18;270(7):870-3
AU: Caine-ED; Conwell-YC
SO: JAMA. 1993 Aug 18; 270(7): 875-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 48 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Compassion needs reason too [comment]
CM: Comment on: JAMA 1993 Aug 18;270(7):870-3
AU: Pellegrino-ED
AD: Georgetown University, Medical Center, Washington, DC.
SO: JAMA. 1993 Aug 18; 270(7): 874-5
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 49 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Doctor, I want to die. Will you help me? [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1993 Aug 18;270(7):874-5. Comment in: JAMA 1993 Aug 18;270(7):875-6. Comment in: JAMA 1994 Jan 5;271(1):23; discussion 24. Comment in: JAMA 1994 Jan 5;271(1):23-4
AU: Quill-TE
AD: Program for Biopsychosocial Studies, School of Medicine, University of Rochester, NY.
SO: JAMA. 1993 Aug 18; 270(7): 870-3
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 50 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Hospice medicine.
AU: Berry-ZS; Lynn-J
AD: George Washington University, Washington, DC.
SO: JAMA. 1993 Jul 14; 270(2): 221-3
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 51 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: A piece of my mind. My heroes.
AU: Regevik-NK
SO: JAMA. 1993 Jun 9; 269(22): 2910
PY: 1993

LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 52 of 64 - MEDLINE (R) 1993

TI: Trends in Medicare payments in the last year of life.
AU: Lubitz-JD; Riley-GF
AD: Health Care Financing Administration, Baltimore, MD 21207.
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Apr 15; 328(15): 1092-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 53 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Barbiturates in the care of the terminally ill [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1993 May 6;328(18):1350; discussion 1351. Comment in: N Engl J Med 1993 May 6;328(18):1350-1
AU: Truog-RD; Berde-CB; Mitchell-C; Grier-HE
AD: Children's Hospital, Boston, MA 02115.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Dec 3; 327(23): 1678-82
PY: 1992
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 54 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Assisted death—a compassionate response to a medical failure [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1993 Apr 1;328(13):964; discussion 965-6. Comment in: N Engl J Med 1993 apr 1;328(13):964-5; discussion 965-6
AU: Brody-H
AD: Department of Family Practice, Michigan State University, East Lansing 48824-1315.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Nov 5; 327(19): 1384-8
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 55 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Suicide in the home in relation to gun ownership [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Aug 13;327(7):467-72
AU: Frey-HS
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Dec 24; 327(26): 1879
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 56 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide.
AU: Quill-TE; Cassel-CK; Meier-DE
AD: University of Rochester School of Medicine, NY 14607.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Nov 5; 327(19): 1380-4
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 57 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Physicians' aid in dying [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1991 Oct 31;325(18):1307-11
AU: Kasting-GA
SO: N-Engl-J-Med. 1992 May 14; 326(20): 1364
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 58 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: When to let go [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1992 Sep 3;327(10):737-8
AU: Duffy-TP
AD: Department of Internal Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510-8056.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Apr 2; 326(14): 933-5
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 59 of 64 - MEDLINE (R) 1992

TI: Euthanasia—the need for procedural safeguards.
AU: Benrubi-GI
AD: University of Florida Health Science Center, Jacksonville 32209.

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Jan 16; 326(3): 197-9
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 60 of 64 - MEDLINE (R) 1991
TI: Physicians' aid in dying [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1992 May 14;326(20):1364
AU: Misbin-R
AD: University of Florida, Gainesville 32610-0226.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Oct 31; 325(18): 1307-11
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 61 of 64 - MEDLINE (R) 1991
TI: Analyzing hospital mortality. The consequences of diversity in patient mix.
AU: Green-J; Passman-LJ; Wintfeld-N
AD: Department of Health Policy Research, University Medical Center, New York, NY 10016.
SO: JAMA. 1991 Apr 10; 265(14): 1849-53
PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 62 of 64 - MEDLINE (R) 1990
TI: Hospice care in America.
AU: Rhymes-J
AD: Department of Medicine, University of Chicago, IL.
SO: JAMA. 1990 Jul 18; 264(3): 369-72
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 63 of 64 - MEDLINE (R) 1990
TI: Euthanasia--a critique [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1990 Dec 20;323(25):1770-2
AU: Singer-PA; Siegler-M
AD: University of Toronto, ON, Canada.
SO: N-Engl-J-Med. 1990 Jun 28; 322(26): 1881-3
PY: 1990
CP: UNITED-STATES

Record 64 of 64 - MEDLINE (R) 1990
TI: The medical directive [letter; comment]
CM: Comment on: JAMA 1989 Jun 9;261(22):3288-93
SO: JAMA. 1990 Feb 23; 263(8): 1069-70
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

TRANSPLANTE RENAL – 1990 à 1996

Record 1 of 87 - MEDLINE (R) 1/97-4/97
TI: Antigen-independent determinants of cadaveric kidney transplant failure.
AU: Chertow-GM; Milford-EL; Mackenzie-HS; Brenner-BM
AD: Renal Division, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA 02115, USA.
gmchertow@bics.bwh.harvard.edu.
SO: JAMA. 1996 Dec 4; 276(21): 1732-6
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 2 of 87 - MEDLINE (R) 1996
TI: The role of the kidney in hypertension.
AU: Cowley-AW Jr; Roman-RJ
AD: Department of Physiology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee 53226, USA.
SO: JAMA. 1996 May 22-29; 275(20): 1581-9
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 3 of 87 - MEDLINE (R) 1996

TI: Losartan-induced azotemia in a diabetic recipient of a kidney transplant [letter]
AU: Cohen-LS; Friedman-EA
SO: N-Engl-J-Med. 1996 May 9; 334(19): 1271-2
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 4 of 87 - MEDLINE (R) 1996

TI: End-stage renal disease therapy: an American success story [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1996 Apr 10;275(14):1123-6
AU: Friedman-EA
AD: Department of Medicine, State University of New York Health Science Center at Brooklyn, NY 11203, USA.
SO: JAMA. 1996 Apr 10; 275(14): 1118-22
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 5 of 87 - MEDLINE (R) 1996

TI: Idiopathic focal segmental glomerulosclerosis--new lessons from kidney transplantation [editorial; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1996 Apr 4;334(14):878-83
AU: Lesavre-P; Grunfeld-JP
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Apr 4; 334(14): 914-5
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 6 of 87 - MEDLINE (R) 1996

TI: Circulating factor associated with increased glomerular permeability to albumin in recurrent focal segmental glomerulosclerosis [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1996 Apr 4;334(14):914-5
AU: Savin-VJ; Sharma-R; Sharma-M; McCarthy-ET; Swan-SK; Ellis-E; Lovell-H; Warady-B; Gunwar-S; Chonko-AM; Artero-M; Vincenti-F
AD: Department of Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee 53226, USA.
SO: N-Engl-J-Med. 1996 Apr 4; 334(14): 878-83
PY: 1996
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 7 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Antilymphoblastic globulin in renal transplant patients: no allergic reactions: a correction [letter]
AU: Chou-SN
SO: JAMA. 1995 Dec 6; 274(21): 1676
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 8 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Clinical problem solving. The girl with the curl.
AU: Remuzzi-G; Gotti-E
AD: Ospedale Riuniti and the Mario Negri Institute for Pharmacological Research, Bergamo, Italy.
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Oct 5; 333(14): 928-31
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 9 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Kidney transplantation from spousal donors [editorial; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1995 Aug 10;333(6):333-6
AU: Souillou-JP
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Aug 10; 333(6): 379-80
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 10 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: High survival rates of kidney transplants from spousal and living unrelated donors [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1995 Aug 10;333(6):379-80
AU: Terasaki-PI; Cecka-JM; Gjertson-DW; Takemoto-S
AD: Department of Surgery, University of California, School of Medicine, Los Angeles 90095, USA.

SO: N-Engl-J-Med. 1995 Aug 10; 333(6): 333-6
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 11 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Epstein-Barr virus in smooth-muscle tumors [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1995 Jan 5;332(1):19-25
AU: van-Gelder-T; Vuzevski-VD; Weimar-W
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Jun 22; 332(25): 1719
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 12 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: HLA matching in renal transplantation [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Sep 22;331(12):760-4. Comment on: N Engl J Med 1994 Sep 22;331(12):765-70.
Comment on: N Engl J Med 1994 Sep 22;331(12):803-5
AU: Gaston-RS; Deierhoi-MH; Ayres-I
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Mar 16; 332(11): 752-3
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 13 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Increased prevalence of dysplastic and malignant lip lesions in renal-transplant recipients.
AU: King-GN; Healy-CM; Glover-MT; Kwan-JT; Williams-DM; Leigh-IM; Worthington-HV; Thornhill-MH
AD: Department of Oral Medicine and Periodontology, London Hospital Medical College, United Kingdom.
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Apr 20; 332(16): 1052-7
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 14 of 87 - MEDLINE (R) 1995

TI: Cyclosporine in severe ulcerative colitis [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Jun 30;330(26):1841-5
AU: Vincent-F; Bensousan-TA
SO: N-Engl-J-Med. 1995 Jan 12; 332(2): 127
PY: 1995
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 15 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Renal transplantation [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):365-76
AU: King-PD
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 22; 331(25): 1719; discussion 1720
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 16 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Renal transplantation [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):393-4. Comment in: N Engl J Med 1994 Dec 22;331(25):1719; discussion 1720
AU: Suthanthiran-M; Strom-TB
AD: Rogosin Institute, Department of Medicine, New York Hospital-Cornell Medical Center, New York.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 11; 331(6): 365-76
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 17 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Efficacy and safety of cyclosporine in renal-transplant recipients [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):358-63
AU: Singh-AK
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 29; 331(26): 1777; discussion 1777-8
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 18 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Efficacy and safety of cyclosporine in renal-transplant recipients [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):358-63
AU: Bennett-WM
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 29; 331(26): 1777; discussion 1777-8
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 19 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Renal transplantation [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):365-76
AU: Lidor-C; Vail-TP
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Dec 22; 331(25): 1719; discussion 1720
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 20 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: HLA matching in renal transplantation [editorial; comment] [see comments]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Sep 22;331(12):760-4. Comment in: N Engl J Med 1995 Mar 16;332(11):752-3
AU: Sanfilippo-F
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Sep 22; 331(12): 803-5
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 21 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: The impact of HLA mismatches on the survival of first cadaveric kidney transplants [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1995 Mar 16;332(11):752-3
AU: Held-PJ; Kahan-BD; Hunsicker-LG; Liska-D; Wolfe-RA; Port-FK; Gaylin-DS; Garcia-JR; Agodoa-LY; Krakauer-H
AD: Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor 48103.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Sep 22; 331(12): 765-70
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 22 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Equitable allocation of HLA-compatible kidneys for local pools and minorities [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Sep 22;331(12):803-5. Comment in: N Engl J Med 1995 Mar 16;332(11):752-3
AU: Takemoto-S; Terasaki-PI; Gjertson-DW; Cecka-JM
AD: Department of Surgery, UCLA.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Sep 22; 331(12): 760-4
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 23 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Effect of glycemic control on early diabetic renal lesions. A 5-year randomized controlled clinical trial of insulin-dependent diabetic kidney transplant recipients [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1995 Mar 8;273(10):773
AU: Barbosa-J; Steffes-MW; Sutherland-DE; Connett-JE; Rao-KV; Mauer-SM
AD: Department of Medicine (Division of Endocrinology and Metabolism), University of Minnesota Medical School, University of Minnesota Hospital, Minneapolis.
SO: JAMA. 1994 Aug 24-31; 272(8): 600-6
PY: 1994
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 24 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: New issues in therapy after renal transplantation [editorial; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):358-63. Comment on: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):365-76
AU: Luke-RG
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 11; 331(6): 393-4
PY: 1994
CP: UNITED-STATES

Record 25 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Long-term efficacy and safety of cyclosporine in renal-transplant recipients [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):393-4. Comment in: N Engl J Med 1994 Dec 29;331(26):1777; discussion 1777-8
AU: Burke-JF Jr; Pirsch-JD; Ramos-EL; Salomon-DR; Stablein-DM; Van-Buren-DH; West-JC
AD: Thomas Jefferson University Hospital Transplant Program, Philadelphia, Pa.
SO: N-Engl-J-Med. 1994 Aug 11; 331(6): 358-63
PY: 1994

CP: UNITED-STATES

Record 26 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Racial inequities in kidney transplantation: the UNOS perspective. United Network for Organ Sharing [letter; comment]

CM: Comment on: JAMA 1993 Sep 15;270(11):1352-6

AU: Norman-DJ

SO: JAMA. 1994 May 11; 271(18): 1402-3

PY: 1994

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 27 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Race and allocation of kidneys for transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: JAMA 1993 Sep 15;270(11):1352-6

AU: Lazda-VA

SO: JAMA. 1994 Jan 26; 271(4): 270; discussion 270-1

PY: 1994

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 28 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Race and allocation of kidneys for transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: JAMA 1993 Sep 15;270(11):1352-6

AU: Wolicki-KT

SO: JAMA. 1994 Jan 26; 271(4): 270; discussion 270-1

PY: 1994

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 29 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Race and allocation of kidneys for transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: JAMA 1993 Sep 15;270(11):1352-6

AU: Hassol-A

SO: JAMA. 1994 Jan 26; 271(4): 269-70; discussion 270-1

PY: 1994

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 30 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Survival after renal transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: JAMA 1993 Sep 15;270(11):1339-43

AU: Mackow-RC

SO: JAMA. 1994 Jan 26; 271(4): 269

PY: 1994

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 31 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Renal transplantation in a noncompliant patient [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1993 Sep 2;329(10):695

AU: Bromberg-JS; Baliga-PR

SO: N-Engl-J-Med. 1994 Feb 3; 330(5): 371-2

PY: 1994

CP: UNITED-STATES

Record 32 of 87 - MEDLINE (R) 1994

TI: Effect of plasma protein adsorption on protein excretion in kidney-transplant recipients with recurrent nephrotic syndrome [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1994 Jan 6;330(1):61-2

AU: Dantal-J; Bigot-E; Bogers-W; Testa-A; Kriaa-F; Jacques-Y; Hurault-de-Ligny-B; Niaudet-P; Charpentier-B; Souillou-JP

AD: Service de Nephrologie-Immunologie Clinique, Centre hospitalier regional et universitaire, Nantes, France.

SO: N-Engl-J-Med. 1994 Jan 6; 330(1): 7-14

PY: 1994

CP: UNITED-STATES

Record 33 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Hepatitis C virus and organ transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Sep 24;327(13):910-5

AU: Morales-JM; Andres-A; Campistol-JM

SO: N-Engl-J-Med. 1993 Feb 18; 328(7): 511-2; discussion 513

PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 34 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Classic nephropathic cystinosis as an adult disease [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1994 Nov 2;272(17):1327-8
AU: Theodoropoulos-DS; Krasnewich-D; Kaiser-Kupfer-MI; Gahl-WA
AD: Interinstitute Medical Genetics Program, National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, MD 20892.
SO: JAMA. 1993 Nov 10; 270(18): 2200-4
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 35 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Racial equity in renal transplantation. The disparate impact of HLA-based allocation [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1994 Jan 26;271(4):269-70; discussion 270-1. Comment in: JAMA 1994 Jan 26;271(4):270; discussion 270-1. Comment in: JAMA 1994 May 11;271(18):1402-3
AU: Gaston-RS; Ayres-I; Dooley-LG; Diethelm-AG
AD: Department of Medicine, University of Alabama at Birmingham 35394.
SO: JAMA. 1993 Sep 15; 270(11): 1352-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 36 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Comparison of survival probabilities for dialysis patients vs cadaveric renal transplant recipients [see comments]
CM: Comment in: JAMA 1994 Jan 26;271(4):269
AU: Port-FK; Wolfe-RA; Mauger-EA; Berling-DP; Jiang-K
AD: Michigan Kidney Registry, University of Michigan School of Medicine, Ann Arbor.
SO: JAMA. 1993 Sep 15; 270(11): 1339-43
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 37 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Effect of dietary fish oil on renal function and rejection in cyclosporine-treated recipients of renal transplants [see comments]
CM: Comment in: ACP J Club 1994 Mar-Apr;120 Suppl 2:41
AU: van-der-Heide-JJ; Bilo-HJ; Donker-JM; Wilmink-JM; Tegzess-AM
AD: Department of Internal Medicine, University Hospital, Groningen, The Netherlands.
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Sep 9; 329(11): 769-73
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 38 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Organ procurement expenditures and the role of financial incentives.
AU: Evans-RW
AD: Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, MN 55905.
SO: JAMA. 1993 Jun 23-30; 269(24): 3113-8; discussion 3155-6
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 39 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Reuse of a transplanted kidney [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1993 Feb 4;328(5):319-20
AU: Andres-A; Morales-JM; Lloveras-J
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Jun 3; 328(22): 1644
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 40 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Improved renal function in children with cystinosis treated with cysteamine.
AU: Markello-TC; Bernardini-IM; Gahl-WA
AD: Section on Human Biochemical Genetics, National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Bethesda, Md. 20892.
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Apr 22; 328(16): 1157-62
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 41 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: The impact of comorbid and sociodemographic factors on access to renal transplantation.
AU: Gaylin-DS; Held-PJ; Port-FK; Hunsicker-LG; Wolfe-RA; Kahan-BD; Jones-CA; Agodoa-LY
AD: Urban Institute, Washington, DC 20037.
SO: JAMA. 1993 Feb 3; 269(5): 603-8
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 42 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: The American health care system. The End Stage Renal Disease Program [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1993 Jul 8;329(2):139; discussion 140-1. Comment in: N Engl J Med 1993 Jul 8;329(2):139-40; discussion 140-1. Comment in: N Engl J Med 1993 Jul 8;329(2):140. Comment in: N Engl J Med 1993 Jul 8;329(2):140; discussion 140-1
AU: Iglehart-JK
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Feb 4; 328(5): 366-71
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

Record 43 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Elective cyclosporine withdrawal after renal transplantation. A meta-analysis.
AU: Kasiske-BL; Heim-Duthoy-K; Ma-JZ
AD: Department of Medicine, Hennepin County Medical Center, University of Minnesota, Minneapolis 55415.
SO: JAMA. 1993 Jan 20; 269(3): 395-400
PY: 1993
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 44 of 87 - MEDLINE (R) 1993

TI: Survival of nationally shared, HLA-matched kidney transplants [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Sep 17;327(12):834-9
AU: Fabrega-AJ; Pollak-R
SO: N-Engl-J-Med. 1993 Jan 21; 328(3): 212
PY: 1993
CP: UNITED-STATES

N - MEDLINE (R) 1992

TI: Transmission of HCV by organ transplantation [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1991 Aug 15;325(7):454-60
AU: Pirsch-JD; Belzer-FO
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Feb 6; 326(6): 412; discussion 412-3
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 46 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Brief report: successive occurrence of T-cell and B-cell lymphomas after renal transplantation in a patient with multiple cutaneous squamous-cell carcinomas.
AU: Euvrard-S; Noble-CP; Kanitakis-J; Ffrench-M; Berger-F; Delecluse-HJ; D'incan-M; Thivolet-J; Touraine-JL
AD: Department of Dermatology, Edouard Herriot Hospital, Lyon, France.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Dec 31; 327(27): 1924-6
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 47 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Every kidney counts [editorial; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1992 Sep 17;327(12):834-9. Comment on: N Engl J Med 1992 Sep 17;327(12):840-5
AU: Braun-WE
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 17; 327(12): 883-5
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 48 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Racial differences in the survival of cadaveric renal allografts. Overriding effects of HLA matching and socioeconomic factors [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1992 Sep 17;327(12):883-5
AU: Butkus-DE; Meydrech-EF; Raju-SS
AD: Department of Medicine, University of Mississippi Medical Center, Jackson 39216.
SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 17; 327(12): 840-5
PY: 1992
CP: UNITED-STATES

Record 49 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Survival of nationally shared, HLA-matched kidney transplants from cadaveric donors. The UNOS Scientific Renal Transplant Registry [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1992 Sep 17;327(12):883-5. Comment in: N Engl J Med 1993 Jan 21;328(3):212

AU: Takemoto-S; Terasaki-PI; Cecka-JM; Cho-YW; Gjertson-DW

AD: Department of Surgery, University of California, Los Angeles 90024.

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 17; 327(12): 834-9

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 50 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Anaphylactic shock after retreatment with OKT3 monoclonal antibody [letter]

AU: Abramowicz-D; Crusiaux-A; Goldman-M

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Sep 3; 327(10): 736

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 51 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Renal transplantation in children. A report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study.

AU: McEnery-PT; Stablein-DM; Arbus-G; Tejani-A

AD: Children's Hospital Medical Center, Cincinnati.

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Jun 25; 326(26): 1727-32

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 52 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Transplantation of kidneys from a donor with carbon monoxide poisoning [letter]

AU: Hebert-MJ; Boucher-A; Beaucage-G; Girard-R; Dandavino-R

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Jun 4; 326(23): 1571

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 53 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Skin cancer and HLA antigens [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1991 Sep 19;325(12):843-8

AU: Czarnecki-D; Zalberg-J; Nicholson-I; Tait-B

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Mar 12; 326(11): 765-6

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 54 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Transmission of human immunodeficiency virus type 1 from a seronegative organ and tissue donor [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1992 Aug 20;327(8):564-5

AU: Simonds-RJ; Holmberg-SD; Hurwitz-RL; Coleman-TR; Bottenfield-S; Conley-LJ; Kohlenberg-SH; Castro-KG; Dahan-BA; Schable-CA; et-al

AD: Division of HIV/AIDS, Centers for Disease Control, Atlanta, GA 30333.

SO: N-Engl-J-Med. 1992 Mar 12; 326(11): 726-32

PY: 1992

CP: UNITED-STATES

Record 55 of 87 - MEDLINE (R) 1992

TI: Factors affecting the waiting time of cadaveric kidney transplant candidates in the United States.

AU: Sanfilippo-FP; Vaughn-WK; Peters-TG; Shield-CF 3d; Adams-PL; Lorber-MI; Williams-GM

AD: Department of Pathology, Duke University, Durham, NC.

SO: JAMA. 1992 Jan 8; 267(2): 247-52

PY: 1992

LA: ENGLISH

CP: UNITED-STATES

Record 56 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 29-1991. A 56-year-old woman with pneumoperitoneum three months after receiving a renal transplant.

SO: N-Engl-J-Med. 1991 Jul 18; 325(3): 183-95

PY: 1991

CP: UNITED-STATES

Record 57 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Gender disparities in clinical decision making. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association [see comments]

CM: Comment in: JAMA 1991 Dec 4;266(21):2984; discussion 2984-5
SO: JAMA. 1991 Jul 24-31; 266(4): 559-62
PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 58 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Musculoskeletal pain in renal-transplant recipients [letter]
AU: Lucas-VP; Ponge-TD; Plougastel-Lucas-ML; Glemain-P; Hourmant-M; Souillou-JP
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Nov 14; 325(20): 1449-50
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 59 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Effects of pancreas transplantation on postprandial glucose metabolism.
AU: Katz-H; Homan-M; Velosa-J; Robertson-P; Rizza-R
AD: Department of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Oct 31; 325(18): 1278-83
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 60 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Pretransplantation blood transfusion revisited [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1991 Oct 24;325(17):1240-2. Comment in: N Engl J Med 1992 Apr 9;326(15):1027-8.
Comment in: N Engl J Med 1992 Apr 9;326(15):1027; discussion 1027-8
AU: van-Twuyver-E; Mooijart-RJ; ten-Berge-IJ; van-der-Horst-AR; Wilmink-JM; Kast-WM; Melief-CJ; de-Waal-LP
AD: Central Laboratory of The Netherlands Red Cross Blood Transfusion Service, Amsterdam.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Oct 24; 325(17): 1210-3
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 61 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: The effect of race on access and outcome in transplantation [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1991 Aug 8;325(6):428-9
AU: Kasiske-BL; Neylan-JF 3d; Riggio-RR; Danovitch-GM; Kahana-L; Alexander-SR; White-MG
AD: Hennepin County Medical Center, University of Minnesota, Minneapolis.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Jan 31; 324(5): 302-7
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 62 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Immunogenetic factors in skin cancer [editorial; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1991 Sep 19;325(12):843-8
AU: Streilein-JW
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Sep 19; 325(12): 884-7
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 63 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Relation between skin cancer and HLA antigens in renal-transplant recipients [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1991 Sep 19;325(12):884-7. Comment in: N Engl J Med 1992 Mar 12;326(11):765; discussion 766. Comment in: N Engl J Med 1992 Mar 12;326(11):765-6
AU: Bouwes-Bavinck-JN; Vermeer-BJ; van-der-Woude-FJ; Vandenbroucke-JP; Schreuder-GM; Thorogood-J; Persijn-GG; Claas-FH
AD: Department of Dermatology, University Hospital Leiden, The Netherlands.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Sep 19; 325(12): 843-8
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 64 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Advanced glycosylation end products in patients with diabetic nephropathy [see comments]
CM: Comment in: N Engl J Med 1991 Sep 19;325(12):883-4
AU: Makita-Z; Radoff-S; Rayfield-EJ; Yang-Z; Skolnik-E; Delaney-V; Friedman-EA; Cerami-A; Vlassara-H
AD: Laboratory of Medical Biochemistry, Rockefeller University, New York, NY 10021.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Sep 19; 325(12): 836-42
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 65 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Rapid loss of vertebral mineral density after renal transplantation.

AU: Julian-BA; Laskow-DA; Dubovsky-J; Dubovsky-EV; Curtis-JJ; Quarles-LD
AD: Department of Medicine, University of Alabama, Birmingham 35294.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Aug 22; 325(8): 544-50
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 66 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Organ donation and blacks. A critical frontier.
AU: Callendar-CO; Hall-LE; Yeager-CL; Barber-JB Jr; Dunston-GM; Pinn-Wiggins-VW
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Aug 8; 325(6): 442-4
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 67 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Effect of race on access and outcome in renal transplantation [letter; comment]
CM: Comment on: N Engl J Med 1991 Jan 31;324(5):302-7
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Aug 8; 325(6): 428-9
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 68 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Effect of calcium-channel blockers on renal function in renal-graft recipients treated with cyclosporine [letter]
AU: Hauser-AC; Derfler-K; Stockenhuber-F; Wamser-P; Marosi-L; Balcke-P
SO: N-Engl-J-Med. 1991 May 23; 324(21): 1517
PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 69 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Doppler sonographic imaging of the vascular system. Report of the Ultrasonography Task Force. Council on Scientific Affairs, American Medical Association.
SO: JAMA. 1991 May 8; 265(18): 2382-7
PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 70 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: The Medicare end-stage renal disease program. A report from the Institute of Medicine.
AU: Levinsky-NG; Rettig-RA
AD: Institute of Medicine Study Committee, Boston University Medical Center, MA 02118.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Apr 18; 324(16): 1143-8
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 71 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: National allocation of cadaveric kidneys by HLA matching. Projected effect on outcome and costs.
AU: Gjertson-DW; Terasaki-PI; Takemoto-S; Mickey-MR
AD: UCLA Tissue Typing Laboratory, 90024.
SO: N-Engl-J-Med. 1991 Apr 11; 324(15): 1032-6
PY: 1991
CP: UNITED-STATES

Record 72 of 87 - MEDLINE (R) 1991

TI: Diagnostic and therapeutic technology assessment. Pancreatic transplantations.
SO: JAMA. 1991 Jan 23-30; 265(4): 510-4
PY: 1991
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 73 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Kidney transplantation under FK 506.
AU: Starzl-TE; Fung-J; Jordan-M; Shapiro-R; Tzakis-A; McCauley-J; Johnston-J; Iwaki-Y; Jain-A; Alessiani-M; et-al
AD: Department of Surgery, University Health Center of Pittsburgh, PA 15213.
SO: JAMA. 1990 Jul 4; 264(1): 63-7
PY: 1990
LA: ENGLISH
CP: UNITED-STATES

Record 74 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Effects of theophylline on erythropoietin production in normal subjects and in patients with erythrocytosis after renal transplantation [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1990 Dec 6;323(23):1635

AU: Bakris-GL; Sauter-ER; Hussey-JL; Fisher-JW; Gaber-AO; Winsett-R

AD: Department of Medicine, Ochsner Medical Institutions, New Orleans, LA.

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Jul 12; 323(2): 86-90

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 75 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Randomized controlled trial of a monoclonal antibody against the interleukin-2 receptor (33B3.1) as compared with rabbit antithymocyte globulin for prophylaxis against rejection of renal allografts [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1990 Apr 26;322(17):1224-6

AU: Souillou-JP; Cantarovich-D; Le-Mauff-B; Giral-M; Robillard-N; Hourmant-M; Hirn-M; Jacques-Y

AD: Service de Nephrologie et d'Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Regional Universitaire, Nantes, France.

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Apr 26; 322(17): 1175-82

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 76 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Central nervous system side effects of ganciclovir [letter]

AU: Davis-CL; Springmeyer-S; Gmerek-BJ

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Mar 29; 322(13): 933-4

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 77 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Role of prostaglandin E1 analogue in the prevention of acute graft rejection by cyclosporine [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1990 Apr 26;322(17):1183-8

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Sep 20; 323(12): 831-3

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 78 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Prevention of acute graft rejection by the prostaglandin E1 analogue misoprostol in renal-transplant recipients treated with cyclosporine and prednisone [see comments]

CM: Comment in: N Engl J Med 1990 Apr 26;322(17):1224-6. Comment in: N Engl J Med 1990 Sep 20;323(12):831-3

AU: Moran-M; Mozes-MF; Maddux-MS; Veremis-S; Bartkus-C; Ketel-B; Pollak-R; Wallemark-C; Jonasson-O

AD: University of Illinois, Division of Transplantation, Chicago.

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Apr 26; 322(17): 1183-8

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 79 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Late renal-artery thrombosis after transplantation associated with intraoperative abdominopelvic compression [letter]

AU: McCarthy-JM; Yeung-CK; Keown-PA

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Dec 27; 323(26): 1845

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 80 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Theophylline for erythrocytosis after renal transplantation [letter; comment]

CM: Comment on: N Engl J Med 1990 Jul 12;323(2):86-90

AU: Beach-RS; Donlon-D; Escoto-D; McCarthy-J; Napolitano-A; Sosa-R

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Dec 6; 323(23): 1635

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 81 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: HLA-A11-associated resistance to skin cancer in renal-transplant patients [letter]

AU: Bavinck-JN; Kootte-AM; van-der-Woude-FJ; Vandenbroucke-JP; Vermeer-BJ; Claas-FH

SO: N-Engl-J-Med. 1990 Nov 8; 323(19): 1350

PY: 1990

CP: UNITED-STATES

Record 82 of 87 - MEDLINE (R) 1990

TI: Interventional radiology in the chest and abdomen [published erratum appears in N Engl J Med 1990 Jul 5;323(1):70]

AU: Mueller-PR; vanSonnenberg-E

AD: Department of Radiology, Harvard Medical School, Boston.

SO: N-Engl-J-Med. 1990 May 10; 322(19): 1364-74