

COMO A MEDICINA SALVOU A VIDA DA ÉTICA¹

HOW MEDICINE SAVED THE LIFE OF ETHICS

Stephen Toulmin²

Durante os primeiros 60 anos,³ aproximadamente, do século XX, duas coisas caracterizaram a discussão de questões éticas nos Estados Unidos, e, em certa medida, também em outros países de língua inglesa. De um lado, a análise teórica dos filósofos morais se concentrou em questões da assim chamada metaética. A maioria dos filósofos profissionais assumiu que o seu trabalho apropriado não era o de tomar posições sobre questões éticas substantivas, mas sim o de considerar em uma maneira mais formal que *tipos* de questões e juízos são propriamente classificados como morais em primeiro lugar. Do outro lado, em círculos menos acadêmicos, debates éticos repetidamente se deparavam com impasses. O grupo linha-dura dos dogmáticos que recorriam ou a um código de regras universais ou à autoridade de um sistema religioso ou professor, confrontando o grupo rival dos relativistas e dos subjetivistas que encontravam evidências na diversidade antropológica e psicológica das atitudes humanas para justificar uma diversidade correspondente nas convicções e sentimentos morais.⁴

Para aqueles que procuravam alguma forma “racional” de resolver as divergências éticas, desenvolveu-se um período de frustração e perplexidade.⁵ Confrontado com o espetáculo dos campos rivais assumindo posições éticas drasticamente opostas (por exemplo, em relação ao sexo pré-nupcial ou antissemitismo), eles se voltaram em vão aos filósofos por orientação. Esperando por comentários inteligentes e perspicazes sobre a substância real de tais questões, foi oferecido a eles apenas classificações analíticas que procuravam localizar o reino das questões morais, não as decidir.

Dois fatores novos contribuíram para este impasse por fazer a questão da subjetividade uma questão ativa e urgente. Para começar, os desenvolvimentos em psicologia - ao menos, o impacto

¹ [N. do T.] Tradução de Diego Carlos Zanella. Texto publicado originalmente em: How Medicine Saved the Life of Ethics. In: Perspectives in Biology and Medicine. Vol. 25; n. 4; Summer 1982. p. 736-750. The University of Chicago. Texto traduzido e publicado com a autorização da John Hopkins University Press, mediante contato realizado com Shannon A. McCullough, coordenador da seção de direitos e permissões.

² [N. do T.] Stephen Edelston Toulmin (1922-2009) foi um filósofo, autor e educador britânico. O seu pensamento foi influenciado pelo filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein (1889-1951) e seus trabalhos foram dedicados à análise do raciocínio moral. Assim, procurou desenvolver argumentos práticos que podem ser utilizados de forma eficaz para avaliar a ética por trás das questões morais. Uma de suas obras mais famosas é *The Uses of Argument [os usos do argumento]*, de 1958. Toulmin lecionou Filosofia da Ciência na Inglaterra, Austrália e em várias universidades dos Estados Unidos.

³ Esse artigo é resultado de um projeto de pesquisa realizado em colaboração com o Dr. Albert R. Jonsen, da Universidade da Califórnia, em São Francisco, com o apoio de uma bolsa de estudos da *National Endowment for the Humanities*, No. RO-0086-79-1466.

⁴ Para uma maior exploração do impasse, veja-se: TOULMIN, S. “*The Tyranny of Principles*”. In: *The Hasting Center Report*. v. 11; n. 6; 1981. p. 31-39.

⁵ Foi, de fato, exatamente esse problema que se apresentou para mim quando eu escrevi a minha tese de doutorado. Veja-se: TOULMIN, S. *The Place of Reason in Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1949.

público do novo movimento psicanalítico - chamou a atenção para o papel dos sentimentos em nossa experiência e assim reforçou a suspeita de que as opiniões morais têm a ver mais com nossas reações emocionais nessa experiência do que com nossas ações nela.⁶ Então, essas opiniões vieram a parecer menos questões de razão do que questões de gosto, caindo sob o antigo rótulo, *quot homines, tot sententiae* [existem tantas opiniões quanto pessoas para sustentá-las (Terencio. *Phormio*)]. Essa visão da ética foi reforçada pelos argumentos dos etnógrafos e antropólogos que enfatizaram as diferenças a serem encontradas entre as práticas e as atitudes de diferentes povos em vez do núcleo comum dos problemas, instituições e padrões de vida que eles compartilham. Para coroar tudo, o antropólogo Edward Westermarck assumiu o termo “relatividade” da física de Albert Einstein e discutiu as implicações morais da antropologia sob o título *Ethical Relativity* [relatividade ética].⁷

Entre eles, as novas ciências comportamentais e sociais do século XX foram amplamente consideradas como apoiando posições subjetivistas e relativistas em ética; isso, por sua vez, provocou uma contra insistência sobre o caráter universal e incondicional dos princípios morais; e assim o combate começou, o qual não poderia ter nenhum resultado satisfatório. Pois, no caso de desacordo substantivo, os absolutistas não tinham mais motivos para oferecer para as suas posições: tudo que eles podiam fazer era gritar com mais insistência ou construir as armas teológicas mais pesadas. Em troca, os relativistas apenas poderiam recusar e dar as costas. As respostas finais para os problemas éticos vieram, então, de um lado, dos princípios inquestionáveis e comandos autoritários; do outro lado, de desejos variados e diversos, sentimentos ou atitudes; e nenhum procedimento estabelecido para a resolução de desacordos pelo argumento razoável foi aceito por ambos os lados.

Como é que a nova atenção que os filósofos começaram a dar à ética da medicina, que iniciou por volta de 1960, movimentou o debate ético para além desse impasse? Ela o fez de quatro maneiras diferentes. No lugar da preocupação anterior com as atitudes, sentimentos e desejos, ela substituiu por nova preocupação com situações, necessidades e interesses; exigiu que escritores sobre ética aplicada fossem além da discussão de princípios gerais e regras para uma análise mais minuciosa dos tipos particulares de “casos” em que se encontra a sua aplicação; redirecionou essa análise para os empreendimentos profissionais no âmbito dos quais tantas tarefas e deveres humanos normalmente surgem; e, por fim, reorientou os filósofos às ideias de “equidade”, “razoabilidade” e “relações humanas” que desempenham um papel central na Ética de Aristóteles, mas, posteriormente, saiu de cena.⁸ Aqui, esses quatro pontos podem ser considerados um de cada vez.

A OBJETIVIDADE DOS INTERESSES

Os tópicos que preocupavam tanto os psicólogos quanto os antropólogos na primeira metade do século XX eram estranhos às preocupações dos médicos e eles tendiam a desviar a atenção dessas características compartilhadas da natureza humana que definem os aspectos psicológicos da medicina humana e assim a ajudar a determinar as exigências éticas associadas. Para começar, as novas

⁶ Cf. STEVENSON, C. L. *Ethics and Language*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1944.

⁷ Cf. WESTERMARCK, E. *Ethical Relativity*. New York: Harcourt Brace, 1932.

⁸ Cf. ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics*. Especialmente Livro V, 1136b-1137b.

descobertas antropológicas que exerceram mais charme sobre o público geral foram esses costumes ou modos de comportamento que parecem estranhos, inesperados ou mesmo bizarros, em comparação com os padrões normais da vida familiar nas sociedades industriais modernas. As características distintivas das culturas desconhecidas (dança da chuva, feiticeiros, cerimônias de iniciação, tabus e semelhantes) capturaram a imaginação dos leitores em geral muito mais poderosamente do que essas que manifestavam uma herança comum da humanidade: a necessidade universal de comer e beber, o interesse comum em cuidar de feridas e lesões, e assim por diante. Teoricamente, do mesmo modo, antropólogos focaram primariamente sobre as diferenças entre culturas, deixando os universais da estrutura social para a ciência irmã da sociologia. Aos seus olhos, a coisa essencial era explicar os modos de vida e a atividade típica de qualquer cultura em condições adequadas para essa cultura particular, não em condições trazidas de fora com a própria bagagem cultural do antropólogo.

Como resultado, o campo todo da medicina era uma espécie de obstáculo para a antropologia. Se alguém estudava os procedimentos empregados no tratamento de casos de tuberculose entre, digamos, os pigmeus do deserto de Kalahari, pode bem acontecer que eles não reconhecem essa aflição como sendo, para os padrões ocidentais, uma verdadeira “doença”. Nesse caso, pode - antropologicamente falando - não ser apropriado comentar sobre os procedimentos deles em termos médicos. Pelo contrário, o curandeirismo deve ser apreciado em termos “etnomédicos”, pelos padrões adaptados à atual concepção de curandeirismo dentro da cultura em questão.

Para esses que estavam preocupados com a sistematicidade interna de uma determinada cultura, isso pode ser um método aceitável. Ao se adotá-lo, no entanto, se é obrigado a deixar de lado alguns dos pressupostos básicos da moderna profissão ocidental (e internacional) da medicina: notavelmente, o pressuposto de que os seres humanos, em todas as culturas, partilham, na maioria dos aspectos, estruturas corporais comuns e funções fisiológicas. Enquanto que a epidemiologia da, digamos, doença cardíaca pode, em alguns aspectos, ser significativamente afetada por fatores culturais como a dieta, os males da doença cardíaca não falam nenhuma língua particular, e, nessa medida, a eficácia de diferentes procedimentos para lidar com essa condição pode ser avaliada em termos transculturais.

Assim, o estudo da epidemiologia *multicultural* e disciplinas afins - o que pode ser chamado de “medicina comparativa” - tem de ser distinguido claramente do estudo *intercultural* da “etnomedicina”. Este último se preocupa com as atitudes, costumes e sentimentos presentes nas culturas exóticas em face a essas aflições que nós mesmos sabemos serem doenças, se as pessoas envolvidas as percebem ou não. O primeiro, em contrapartida, se preocupa com os tratamentos disponíveis em diferentes países ou culturas, independentemente das atitudes especiais, costumes ou sentimentos que podem se aglomerar em torno dessas condições locais, em um ou outro lugar. Os pesquisadores de campo da Organização Mundial de Saúde, por exemplo, estão preocupados com a medicina comparativa e não são dissuadidos de investigar as relações entre, digamos, doença ocular e fontes de água poluída só porque os membros da comunidade afetada não reconhecem essas relações. O tema central da medicina compreende as condições objetivas e universais, aflições e necessidades que podem afetar os seres humanos em *todas* as culturas, em contraste com as condições relativas e subjetivas, reclamações e desejos que são tópicos para o estudo antropológico em *qualquer* cultura.

Agora, estamos em posição de ver como filósofos morais se empurraram desnecessariamente nos braços dos “relativistas éticos” quando eles adotaram a antropologia como seu exemplo e fundamento. Uma ética construída em torno de diferenças culturais tornou-se rapidamente uma ética de atitudes locais. O mesmo destino sobreveio sobre os filósofos que procuravam seu exemplo e fundamento nas novas ideias da psicologia do início do século XX. Já que eles foram rapidamente levados a ver desacordos éticos entre seres humanos como enraizados em suas respostas pessoais e sentimentos sobre os tópicos em debate; como resultado, questões sobre a solidez das visões morais rivais foram submergidas por questões sobre suas origens.

Contraste, por exemplo, a declaração: “ela considera o sexo pré-nupcial errado *porque* sua própria educação rígida a deixou com ciúmes e reprovadora da juventude menos puritana de hoje” - que nos oferece uma explicação psicológica das causas pelas quais o ponto de vista ético em questão foi supostamente gerado - com a afirmação: “ela o considera errado *por causa da* infelicidade que a atual onda de gravidez na adolescência está criando para as mães e de igual modo para os filhos” - que afirma o interesse com o qual o ponto de vista está preocupado e as razões pelas quais é apoiado. Modelar a ética sobre a psicologia desvia novamente a atenção dos verdadeiros interesses e os incide sobre sentimentos instáveis, pessoais.

A nova atenção à ética aplicada (em particular, à ética médica) tem feito muito para dissipar o miasma da subjetividade que foi moldado em torno da ética como resultado de sua associação com a antropologia e psicologia. Pelo menos, dentro de amplos limites, uma ética de “necessidades” e “interesses” é objetiva e generalizável de um modo que uma ética de “desejos” e “atitudes” não pode ser. Dito de forma grosseira, a questão de se as ações de uma pessoa colocam a saúde de outra pessoa em risco é normalmente uma questão de fato verificável, para a qual há uma resposta direta “sim” ou “não”, não uma questão de moda, costume ou gosto sobre a qual (como diz o ditado) “não há discussão”. Sendo assim, as objeções às ações dessa pessoa podem ser apresentadas e discutidas em termos “objetivos”. Assim, a devida atenção ao exemplo da medicina tem ajudado a pavimentar o caminho para uma reintrodução de padrões “objetivos” de bom e mal e para o retorno aos métodos de raciocínio prático sobre questões morais que não estão disponíveis nem para os dogmáticos nem para os relativistas.

A IMPORTÂNCIA DOS CASOS

Um escritor que já estava contribuindo para a renovada discussão da ética aplicada no início da década de 1950 era Joseph Fletcher da Universidade de Virgínia, que tem recentemente sido objeto de duras críticas por parte de pensadores mais dogmáticos por introduzir a frase “ética situacional”.⁹ Julgar a partir do tom de seus críticos [poderia levar] você a pensar que ele era o porta-voz da negligência e da amoralidade, ao passo que ele pertence, de fato, a uma linha muito respeitável

⁹ Quanto do pioneiro Joseph Fletcher estava [presente] na abertura do debate moderno sobre a ética da medicina fica claro a partir da data inicial de publicação (1954) de suas primeiras publicações sobre o assunto. Veja-se: FLETCHER, J. *Morals and Medicine*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1954; FLETCHER, J. *Situation Ethics*. Philadelphia: Westminster, 1966; FLETCHER, J. *Humanhood*. Buffalo, N.Y.: Prometheus, 1979.

de teólogos morais protestantes (especificamente, episcopais). A principal influência sobre ele, em sua juventude, foi do bispo Kenneth Kirk, cujo livro sobre *Conscience and Its Problems [a consciência e os seus problemas]*, publicada em 1927,¹⁰ foi um dos poucos trabalhos sistemáticos [realizado] por um teólogo protestante do início do século XX a empregar o “método do caso” normalmente associado com os casuístas católicos. Via Kirk, Fletcher tornou-se, assim, um herdeiro da antiga tradição evangélica de Frederick Dennison Maurice.¹¹

Tal como os seus antecessores na consideração de “casos de consciência”, Kirk estava menos preocupado em discutir a conduta em termos de regras e princípios abstratos do que estava [preocupado] em abordar em detalhe concreto os dilemas morais em que pessoas reais realmente se encontram. Tal como antecessores ilustres - de Aristóteles e Hermagoras a Boécio, Tomás de Aquino e os jesuítas do século XVII - ele entendeu muito bem a força de uma velha máxima, “as circunstâncias alteram os casos”. Como essa máxima indica, podemos entender plenamente o que está em jogo em qualquer situação humana e como ela cria problemas morais para os agentes envolvidos nela apenas e conhecemos as circunstâncias precisas “tanto do agente quanto do ato”: se carecemos desse conhecimento, não estamos em posição de dizer nada de substancial sobre a situação e todos os nossos apelos às regras e princípios gerais serão meras promessas vãs. Assim, em retrospecto, a introdução de Joseph Fletcher da frase “ética situacional” pode ser vista como um capítulo adicional na história da “ética dos casos”, em contraste com “a ética de regras e princípios”; essa é outra área em que a ética da medicina tem recentemente dado aos filósofos algumas dicas úteis para a análise de questões morais.

Permita-me mencionar aqui uma delas que resultou de minha própria experiência. De 1975 a 1978, trabalhei como consultor e membro da equipe com o *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research [comissão nacional para a proteção de sujeitos humanos da pesquisa biomédica e comportamental]*, com sede em Washington, D.C.; estava impressionado pela extensão, à qual os comissários eram capazes de chegar a um acordo em fazer recomendações sobre questões éticas de grande complexidade e delicadeza.¹² Se os teóricos anteriores estavam corretos e considerações éticas dependem de atitudes culturais variáveis ou sentimentos pessoais instáveis, se teria que esperar que 11 pessoas de contextos tão diferentes, como os membros da comissão, fossem muito mais divididos sobre tais questões morais do que jamais provou ser de fato. Mesmo sobre tais assuntos espinhosos, como pesquisas envolvendo prisioneiros, doentes mentais e fetos humanos, não demorou muito para os comissários identificarem as questões cruciais que eles

¹⁰ Cf. KIRK, K. *Conscience and Its Problems*. 1927.

¹¹ Foi Albert Jonsen que chamou minha atenção para a obra de Kenneth Kirk e seu grande precursor, o professor protestante de meados do século XIX, F.D. Maurice (veja-se: MAURICE, F. *Conscience. Lectures on Casuistry Delivered in the University of Cambridge*. London, 1982). Para uma discussão mais aprofundada, veja-se: JONSEN, A.R. “Can an ethicist be a consultant?” In: *Frontiers in Medical Ethics*. Edited by A. Abernathy. Cambridge: Bollingen, 1980.

¹² O trabalho da comissão nacional gerou toda uma série de publicações do governo - principalmente relatórios e recomendações sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo sujeitos de pesquisa, especialmente de grupos “vulneráveis”, tendo autonomia diminuída, tais como crianças e prisioneiros. Escrevi uma discussão mais completa do trabalho da comissão para o próximo livro do *Hasting Center* sobre o “fechamento” de disputas sobre questões de política técnica. Como um membro da comissão, A.R. Jonsen também estava impressionado pelo caráter casuístico de seu trabalho e isso levou ao projeto de pesquisa do qual esse artigo é um produto.

necessitavam enfrentar, e, após perseverante análise dessas questões, quaisquer diferenças residuais de opinião eram raramente mais do que marginal, com diferentes comissários inclinados a ser um pouco mais conservador, ou um pouco mais liberal, em suas recomendações. Nunca, se bem me lembro, fizeram com que suas deliberações terminassem em impasse, com os defensores dos princípios rivais se enfrentando e se recusando a ceder. Os problemas que tinham de ser argumentados longamente surgiram não no nível dos próprios princípios, mas ponto de aplicá-los: quando equilíbrios morais difíceis tinham de ser atingidos entre, por exemplo, reivindicações gerais da descoberta médica e seus beneficiários futuros e bem-estar presente ou autonomia de sujeitos de pesquisa individuais.

Como foi possível o consenso da comissão? Restava precisamente nessa última característica de sua agenda: a saber, sua estreita concentração em tipos específicos de casos problemáticos. Confrontado com “casos difíceis”, eles perguntaram que conflitos particulares de reivindicação ou interesse eram exemplificados neles e normalmente terminavam por equilibrar essas reivindicações de formas muito semelhantes. Apenas quando membros individuais da comissão queriam explicar suas próprias “razões” para apoiar o consenso geral é que eles começaram a seguir caminhos seriamente diferentes. Pois, então, os comissários de diferentes contextos e fés “justificaram” os seus votos por recorrer a visões gerais e princípios abstratos que diferiam muito mais profundamente do que as suas opiniões sobre determinadas questões substantivas. Em vez de “deduzir” as suas opiniões sobre casos particulares de princípios gerais que poderiam dar força e convicção para essas opiniões específicas, eles mostraram uma certeza muito maior sobre casos particulares do que jamais teriam alcançado sobre assuntos gerais.

Este resultado do trabalho da comissão não deveria vir como qualquer grande surpresa aos médicos que têm refletido profundamente sobre a natureza do julgamento clínico em medicina. No caso da moral tradicional, assim como na prática médica, o primeiro passo indispensável é reunir um “histórico de casos” suficientemente ricos. Até que isso seja feito, o médico sábio suspenderá o julgamento. Se ele é demasiado rápido para permitir que considerações teóricas influenciem sua análise clínica, elas podem prejudicar sua coleção do registro total e acurado do caso, e, assim, distraí-lo do que mais tarde se verificaria ter sido pistas cruciais. Este resultado não teria sido nenhuma surpresa para Aristóteles. A ética e a medicina clínica são dois excelentes exemplos de campos concretos de pensamento e raciocínio em que (como ele insistiu) o rigor teórico do argumento geométrico é inatingível: campos em que deveríamos, acima de tudo, nos esforçar por ser *razoável*, em vez de insistir em uma espécie de *exatidão* que “a natureza do caso” não permite.¹³

Essa mesma compreensão das diferenças entre o raciocínio prático e teórico foi tomada por Tomás de Aquino que a elaborou em sua própria explicação da “lei natural” e “moralidade casuística”, e, por isso, se tornou parte do ensino estabelecido pelos teólogos morais católicos. Como tal, isso estava em harmonia com as práticas pastorais do confessorário.¹⁴ Assim, a própria versão de Tomás de Aquino da máxima fundamental foi estruturada como uma injunção ao confessor - “como um médico prudente” - a ter em conta *peccatoris circumstantiae atque peccati*, isto é, “as circunstâncias tanto do pecador quanto do pecado”. Mais tarde, porém, a suposta disponibilidade de confessores para suavi-

¹³ Cf. ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics*. Livro I, 1094b.

¹⁴ Cf. AQUINAS, Thomas. *Commentarium Libro Tertio Sententiarum*. D.3; Q.5, A.2, Solutio.

zar as suas decisões à luz de “circunstâncias” irrelevantes os expôs a críticas. Em particular, os jesuítas franceses do século XVII foram atacados por seus correligionários jansenistas sob o fundamento de que eles haviam “feito concessões” em favor de penitentes ricos e nobres e que negaram para esses que eram menos favorecidos. E, quando o jansenista Arnauld foi levado perante o tribunal eclesiástico sob a acusação de heterodoxia, seu amigo Pascal lançou um contra-ataque vigoroso sobre o casuismo jesuíta de sua época com a publicação de uma série de *Lettres provinciales* anônimas, que, a partir daquele momento, deram à “casuística” a sua reputação de desagradável.¹⁵

Olhando de volta, no entanto, podemos nos perguntar quão distante essa reputação estava realmente justificada. Sem dúvida, um padre venal poderia corromper o confessor por mostrar favorecimento indevido aos penitentes da riqueza ou do poder: por exemplo, por fabricar “circunstâncias atenuantes” ilusórias para desculpar a conduta que basicamente era imperdoável. Mas, não temos nenhuma maneira confiável de saber com que frequência isso realmente ocorria e a simples possibilidade de tal corrupção não faz nada para mudar o ponto original - a saber, que as decisões práticas na ética podem ser feitas por recorrer a “princípios auto evidentes” apenas e basear-se preferencialmente sob apreciação clínica de detalhes significantes característicos de casos particulares. Sem dúvida, estamos livres para usar a palavra “casuística” - assim como as palavras paralelas “feitiçaria” e “sofisma” - para se referir ao “uso *desonesto* da arte da casuística (ou do clínico)”,¹⁶ mas isso não faz mais desacreditar do uso honesto da “moralidade casuística” do que faz o uso honesto de métodos casuísticos na medicina clínica.

Ao se dar um passo adiante, de fato, podemos ver o problema da medicina clínica e o problema da ética aplicada como duas variedades de uma espécie comum. Definida em termos puramente gerais, tais categorias éticas, como, “crueldade” e “gentileza”, “preguiça” e “consciência”, têm certa qualidade abstrata, truista: antes que eles possam adquirir qualquer relevância específica, temos de identificar alguma pessoa *real*, ou peça de conduta, como “gentil” ou “cruel”, “consciente” ou “preguiçosa”, e muitas vezes há desacordo sobre até mesmo esse passo preliminar. Da mesma forma, na medicina: se descrito apenas em termos gerais, as doenças são “entidades abstratas” e adquirem relevância prática apenas para esses que aprenderam a arte diagnóstica de identificar casos de vida real, como sendo casos de uma doença, em vez de outra.

Em sua forma (se não totalmente em seu ponto), a *arte* do julgamento prático em ética se assemelha a arte do diagnóstico clínico e prescrição. Em ambos os campos, generalidades são úteis para nós apenas até certo ponto e sua real aplicação a casos particulares exige também uma capacidade

¹⁵ As *Lettres provinciales* foram publicadas periodicamente e de forma anônima em 1656-1657, mas não muito tempo para que a sua autoria fosse descoberta e elas se mantiveram, talvez, como os documentos mais conhecidos sobre o tema do “raciocínio casuístico” em ética. A relação intelectual entre o ataque vigoroso contra a negligência da moralidade casuística dos jesuítas contida nas *Lettres* e o largo programa da filosofia do século XVII merece um estudo ainda mais profundo do que ele já recebeu.

¹⁶ Para a palavra “casuística” [*casuistry*], veja a entrada na versão completa do *Oxford English Dictionary*, que reveladoramente salienta quantos substantivos ingleses terminam em “ry” (por exemplo, “sofisma” [*sophistry*], “feitiçaria” [*wizardry*] e “papado” [*popery*]) são prejudiciais. Parece ser por acaso que o primeiro uso da palavra “casuística”, citado no *Oxford English Dictionary*, data apenas de 1725, ou seja, após o ataque de Pascal sobre a casuística jesuíta. Isso ajuda a explicar e a confirmar o atual tom depreciativo da palavra.

humana para reconhecer características tênues, mas significantes que delimitam, digamos, um “caso” de tensão muscular menor de uma doença perigosa ou um “caso” de reticência decente de alguém de silêncio covarde. Uma vez trazida à beira do leito, por assim dizer, a ética aplicada e a medicina clínica usam exatamente os mesmos tipos aristotélicos de “raciocínio prático” e uma escolha correta de procedimento terapêutico em medicina é o tratamento *certo* a ser perseguido, não apenas como uma questão de técnica médica, mas também de razões éticas.

“MEU POSTO E SEUS DEVERES”

Nas últimas décadas do século XIX, F.H. Bradley, da Universidade de Oxford, expôs uma posição ética que colocou os “deveres” no centro do cenário filosófico e a recente preocupação dos filósofos morais com a ética aplicada (mais especificamente, a ética médica) deu-lhes também uma nova percepção sobre seus argumentos. Foi um erro (argumentou Bradley) discutir as obrigações morais em termos puramente universalistas, como se ninguém estivesse sujeito a exigências morais, a menos que elas se aplicassem a todos - a menos que pudéssemos, de acordo com a fórmula kantiana, “elas se tornarão leis universais”. Do contrário, pessoas diferentes estão sujeitas a exigências morais diferentes, dependendo de onde elas “se encontram” em relação a outras pessoas com quem têm que lidar, por exemplo, seus familiares, colegas e concidadãos.¹⁷

Para Bradley, ou seja, a consideração central na ética prática estava na posição, no status ou no posto do agente. Ele mesmo preferiu usar a última dessas três palavras (isto é, posto) e isso levou seus contemporâneos liberais a subestimar seus argumentos. Eles suspeitavam de que ele estivesse subscritendo os sentimentos conservadores da velha máxima, “Deus abençoe o Senhor e suas relações, e nos mantenha em nossos postos apropriados” - isto é, os postos aos quais “*têm agradado* [em vez de *deve agradecer*] Deus nos chamar”. No entanto, essa foi uma resposta infeliz, pois, como agora percebemos, Bradley estava chamando atenção para os pontos de importância real. Como a moderna discussão da ética médica tem nos ensinado, afiliações profissionais e preocupações desempenham uma parte significativa na formação das obrigações e compromissos de um médico e essa percepção tem estimulado discussões detalhadas tanto sobre o profissionalismo em geral, e, mais especificamente, quanto sobre a relevância da “relação médico/paciente” aos deveres e obrigações do profissional médico.¹⁸

Uma vez que se tenha iniciado, o tema do profissionalismo tem provado ser rico e fecundo. Isso, por exemplo, conduziu a um renovado interesse na análise sociológica de Max Weber da vocação (*Beruf*) e burocracia, e isso, por sua vez, tem implicações de dois tipos para a ética das profissões. Pois, por um lado, a maneira pela qual os profissionais percebem sua posição como fornecedores de serviços influencia tanto seu sentido de chamar quanto também as obrigações que reconhecem por conta disso. E, por outro lado, a profissionalização da medicina, do direito e de atividades similares expôs os profissionais a novos conflitos de interesse entre, por exemplo, os deveres do médico individual

¹⁷ Cf. BRADLEY, F. *Ethical Studies*. London, 1876.

¹⁸ Veja-se a discussão de Bledstein (p. 107) sobre a confusão do século XIX entre códigos de ética e códigos de etiqueta dentro dessas sociedades profissionais, como a *American Medical Association* (cf. BLEDDSTEIN, B. *The Culture of Professionalism*. New York: Norton, 1976).

para com um paciente e sua lealdade para com a profissão, como quando sua conduta é criticada como “pouco profissional” por prejudicar, não seus clientes, mas sim seus colegas.

Nos últimos anos, como resultado, os filósofos morais começaram a olhar especificamente e com maior detalhe as situações em que problemas éticos normalmente surgem e a prestar mais atenção às relações que são incorporadas nessas situações. Na ética, como em outros lugares, a tradição do individualismo radical encorajou por muito tempo as pessoas a negligenciar as “estruturas de mediação” e as “instituições intermediárias” (família, profissão, associações voluntárias, etc.) que se encontram entre o agente individual e o contexto amplo de suas ações. Assim, em teoria política, a obrigação do indivíduo para com o Estado era vista como o único problema sobre o qual valia a pena se concentrar; enquanto isso, em teoria moral, as diferenças de status (ou posto) que na prática nos expõem a diferentes conjuntos de obrigações (ou deveres) eram ignoradas em favor de uma teoria da justiça (ou dos direitos) que deliberadamente ocultava essas diferenças atrás de um “véu da ignorância”.¹⁹

Nessa visão alternativa, as únicas obrigações - mesmo, propriamente falando, as únicas obrigações morais - são essas que se aplicam a todos nós de forma igual, independentemente de nossa posição. Ao se realizar as tarefas de uma profissão, um agente aceitarás, sem dúvida, certos deveres especiais, mas isso será para todos nós. A obrigação para realizar esses deveres é “justa” ou “moral” apenas porque ela exemplifica obrigações mais gerais e universalizáveis de confiança que nos obrigam a fazer o que nos comprometemos a fazer. Assim, qualquer ênfase exclusiva sobre aspectos universais da moralidade pode acabar desviando a atenção dessas coisas que o estudante de ética aplicada acha mais cativantes - a saber, as tarefas e obrigações específicas que qualquer profissão deposita em seus profissionais.

Mais recentemente, Alasdair MacIntyre tem procurado essas considerações em seu novo livro, *After Virtue [depois da virtude]*.²⁰ MacIntyre argumenta que a discussão pública de questões éticas caiu em um tipo de torre de Babel, que em grande parte surge de nosso fracassado sentido dos modos em que a *comunidade* cria obrigações para nós. Uma coisa que pode ajudar a restaurar o sentido perdido da comunidade é o reconhecimento de que, no momento atual, os nossos compromissos profissionais assumiram muitas funções que nossos compromissos comuns costumavam desempenhar. Mesmo as pessoas que acham a filosofia moral geralmente ininteligível reconhecem e respeitam as exigências éticas específicas associadas com suas próprias profissões e empregos e isso nos oferece algum tipo de fundamento sob o qual iniciar a reconstrução de nossa visão da ética. Pois, isso nos lembra que não estamos em posição de modelar vidas individuais por nós mesmos, simplesmente *como indivíduos*. Em vez disso, nos encontramos nascidos em comunidades em que as formas disponíveis de ação estão, em grande medida, estabelecidas com antecedência: nas que a atividade humana assume diferentes *Lebensformen*, ou “formas de vida” (das quais as profissões são um caso especial), e nossas obrigações são formadas pelas exigências dessas formas.

¹⁹ Tomo essa frase emprestada, um tanto injustamente, de John Rawls [cf. RAWLS, J. *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971], mas tenho argumentado profundamente [cf. TOULMIN, S. “*The Tyranny of Principles*”. In: *The Hasting Center Report*. v. 11; n. 6; 1981] que *qualquer* ênfase desproporcionada sobre a “universalidade” separada da “equidade” é uma receita para a ética das relações entre estrangeiros e deixa intocadas as questões importantes que surgem entre as pessoas que estão conectadas por relações mais complexas.

²⁰ Cf. MACINTYRE, A. *After Virtue*. South Bend, Ind.: Notre Dame University Press, 1981.

Neste aspecto, as vidas e as obrigações dos profissionais não são diferentes das dos seus irmãos leigos. Obrigações profissionais surgem das empresas das profissões exatamente da mesma maneira em que surgem as outras obrigações morais de nossas formas comuns de vida; se estamos em desacordo sobre a *teoria* da ética, isso é porque compreendemos mal a base que a ética tem em nossa *prática* atual. Mais uma vez, em outras palavras, foi a medicina - como a primeira profissão à qual os filósofos deram atenção especial durante a nova fase da “ética aplicada” que se iniciou nos anos de 1960 - que deu o exemplo que era necessário a fim de reviver algumas linhas de argumento importantes e negligenciadas na filosofia moral.

EQUIDADE E INTIMIDADE

Dois temas finais também têm atraído atenção especial, como um resultado da nova interação entre a medicina e a filosofia. Ambos os temas foram apresentados em termos bastante claros por Aristóteles na *Ética a Nicômaco*. Mas, como tantas vezes acontece, o pleno vigor dos conceitos e argumentos de Aristóteles foi ignorado pelas gerações posteriores de filósofos que vieram à ética com preocupações muito diferentes. Os próprios termos gregos de Aristóteles para essas noções são *epieikeia* e *philia*, comumente traduzidos como “razoabilidade” e “amizade”, mas vou discutir aqui que eles correspondem mais intimamente aos termos modernos de “equidade” e “relacionamento pessoal”.²¹

Às vezes, leitores modernos têm dificuldade com o estilo da *Ética* de Aristóteles e perdem a paciência com o livro porque suspeitam que o autor evita questões filosóficas que eles têm suas próprias razões para considerá-las como centrais. Suponha, por exemplo, que vamos ao texto de Aristóteles na esperança de encontrar alguma explicação das coisas que distinguem o “certo” do “errado”: se tentarmos pressionar essa questão, Aristóteles sempre escapará de nosso domínio. O que torna um curso de ação melhor do que o outro? Podemos responder essa questão, ele responde, apenas se primeiro considerarmos que tipo de pessoa o agente é e que tipo de relações ele sustenta em relação a outras pessoas que estão envolvidas em sua ação; ele se concentra em explicar por que os tipos de relações e os tipos de conduta que são possíveis entre “seres humanos espirituosos” que compartilham a mesma posição social, simplesmente não são possíveis entre, digamos, senhor e servo, ou pais e filhos.²²

O vínculo de *philia* entre amigos livres e iguais é de um tipo, aquele entre pai e filho é de outro tipo, aquele entre senhor e escravo de um terceiro tipo, e não há escala comum em que possamos medir os tipos correspondentes de conduta. Ao enfatizar esse ponto, Aristóteles chama nossa atenção para um ponto importante sobre a maneira em que as “ações” são classificadas, mesmo antes de dizer qualquer coisa sobre elas. Dentro de duas relações diferentes, os mesmos atos ou as mesmas palavras podem - de um ponto de vista ético - representar *atos* ou *ações* bastante diferentes. Palavras que seriam perfeitamente o comando apropriado de um oficial ao seu soldado, ou uma ordem simples de um mestre ao seu servo, poderia ser uma humilhação se proferidas por um pai ao filho, ou um insulto se trocadas entre amigos. Um juiz pode, do mesmo modo, ter um dever positivo para dizer, do tribunal, coisas que ele nunca sonharia dizer em uma situação onde ele não mais estivesse agindo *ex officio*, ao

²¹ Cf. ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics*.

²² Cf. ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics*.

passo que um médico pode ter ocasião, e mesmo ser obrigado, a dizer coisas a um paciente no curso de uma consulta médica que ele nunca seria permitido a dizer em nenhum outro contexto.

É fácil deixar-se distrair com o uso de Aristóteles da “relação mestre-escravo” para ilustrar as diferenças entre os diferentes tipos de *philia*. Mas, os pontos que ele deseja enfatizar não têm nada a ver com a escravidão como tal, e eles valem igualmente bem se aplicados em vez de a nosso velho amigo, à “relação médico-paciente”. Pois, certamente, na ação ou na declaração do Doutor A para o Senhor B que seria uma investigação de rotina ou exame dentro de uma “relação médico-paciente” estritamente profissional - por exemplo, durante uma consulta ginecológica - pode haver motivos para uma agressão se realizada fora do contexto protegido. A *philia* (ou relação) entre eles será bastante diferente nas duas situações, e, nessa descrição, as “circunstâncias”, de fato, “alteram os casos” de maneira que são diretamente refletidas nas exigências da ética profissional.

Com esse pano de fundo, podemos voltar às ideias de Aristóteles sobre *epieikeia* (“razoabilidade” ou “equidade”). Sobre essa noção, Aristóteles foi pioneiro na doutrina geral de que princípios nunca solucionam questões éticas por si mesmo, isto é, que podem compreender a força moral dos princípios apenas por estudar as maneiras em que eles são aplicados a, e dentro de, situações particulares. A necessidade de tal abordagem prática é mais evidente, na prática jurídica, no exercício da “jurisdição equitativa”, onde os tribunais são obrigados a decidir os casos por recurso não aos estatutos ou leis específicas e bem definidas, mas a considerações gerais de equidade, de “máximas de equidade”. Nas situações, os tribunais não têm o benefício de regras cuidadosamente projetadas, que foram formuladas com o objetivo específico de que elas deveriam ser precisas e autoexplicativas: ao contrário, elas são guiadas por lemas proverbiais ásperos - frases sobre “mãos limpas” e semelhantes. As questões em causa em tais casos são, em outras palavras, questões muito amplas - por exemplo, sobre o que seria *justo* ou *razoável* entre dois ou mais indivíduos, quando todos os fatos disponíveis sobre as respectivas situações deles tivessem sido levados em consideração.²³ Padrões semelhantes de situações e argumentos também devem, é claro, ser encontrados na ética diária, e a ideia aristotélica de *epieikeia* é um ancestral intelectual direto de uma noção central (ainda referida como “epikeia”) nas tradições católicas da teologia moral e cuidado pastoral.²⁴

Na ética e no direito, do mesmo modo, as duas ideias *philia* (“amizade” ou “relação”) e *epieikeia* (“equidade”) estão intimamente conectadas. As expectativas que colocamos nas linhas de conduta das pessoas diferirá consideravelmente, dependendo de quem é afetado e que relações as partes sustentam uma em relação à outra. Longe de considerá-las como “equitativas” ou “justas” para lidar com todos de uma forma precisamente *igual*, como o “véu da ignorância” sugere, as consideramos perfeitamente *equitativas*, ou *razoáveis*, para mostrar algum grau de parcialidade, ou favor, ao lidar com amigos e parentes próximos, cujas necessidades e preocupações especiais compreendemos. Que pai, por exemplo, não presta atenção personalidades e gostos individuais de seus filhos? E, além desse “fa-

²³ Cf. DAVIS, K. *Discretionary Justice*. Urbana: University of Illinois Press, 1969. Cf. NEWMAN, R. *Equity and Law*. Dobbs Ferry, N.Y.: Oceana, 1961. Cf. HAMBURGER, M. *Morals and Law: The Growth of Aristotle's Legal Theory*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1951.

²⁴ Cf. JONSEN, A.R. “Can an ethicist be a consultant?” In: *Frontiers in Medical Ethics*. Edited by A. Abernathy. Cambridge: Bollingen, 1980.

voritismo” flagrante, quem consideraria tais diferenças de tratamento como injustas? Certamente, nem pode ser moralmente ofensivo discriminar, dentro do razoável, entre amigos próximos e conhecidos distantes, colegas e rivais de negócios, vizinhos e estranhos? Nós somos o que somos: nos encontramos em relações humanas que fazemos e nossos deveres e obrigações morais específicas podem ser discutidas na prática, *apenas* no ponto em que essas questões de posição pessoal e relação tenham sido reconhecidas e levadas em consideração.

CONCLUSÃO

A partir de meados do século XIX em diante, então, filósofos morais britânicos e americanos trataram a ética como um campo para investigações teóricas gerais e deram pouca atenção às questões de aplicação ou tipos particulares de casos. O filósofo que mais fez para inaugurar essa nova fase foi Henry Sidgwick, e, de uma nota autobiográfica, sabemos que ele estava reagindo contra a obra de seu contemporâneo, William Whewell.²⁵ Whewell tinha escrito um livro didático para uso de seus alunos de graduação da Universidade de Cambridge que se assemelha em muitos aspectos ao manual tradicional de casuística, que contém seções separadas sobre a ética das promessas ou dos contratos, da família e da comunidade, da benevolência, e assim por diante.²⁶ Por sua parte, Sidgwick encontrou a discussão de Whewell muito confusa: deve haver alguma maneira de se introduzir no assunto os tipos de rigor, ordem e certeza associados com, por exemplo, o raciocínio matemático. Então, ignorando todas as precauções de Aristóteles sobre as diferenças entre os modos práticos de raciocínio apropriados à ética e os modos formais apropriados à matemática, ele começou a expor os princípios teóricos (ou “métodos”) da ética em uma forma sistemática.

No início do século XX, o novo programa para a filosofia moral foi reduzido ainda mais, iniciando, assim, a era da “metaética”. A tarefa do filósofo não era mais a de organizar nossas crenças morais em sistemas abrangentes: isso significaria *tomar posição* sobre questões substantivas. Do contrário, era seu dever afastar-se do conflito e moderar, enquanto partidários de diferentes pontos de vista argumentam sobre suas diferenças de acordo com as regras gerais para a conduta de um “debate racional”, ou a expressão de “atitudes morais”, como definido em termos *metaéticos*. E esse ainda foi o estado geral das coisas na filosofia moral anglo-americana no final dos anos de 1950 e no início dos anos de 1960, quando a atenção pública começou a se voltar às questões da ética médica. A essa altura, as preocupações centrais dos filósofos haviam se tornado tão abstratas e gerais - acima de tudo, tão definitórias e analíticas - que eles tinham, de fato, perdido todo o contato com as questões concretas e particulares que surgiam na prática corrente, quer na medicina ou em outro lugar.

Uma vez que essa exigência por discussão inteligente dos problemas éticos da prática médica e pesquisa os obrigou a prestar nova atenção à ética aplicada, no entanto, os filósofos encontraram sua disciplina “ganhando vida novamente” sob suas mãos. Mas, agora ela não era mais um campo apenas para a investigação acadêmica, teórica e mesmo intelectual. Em vez disso, tinha que ser debatida em

²⁵ Cf. SIDGWICK, H. *The Methods of Ethics*. Introduction to 6. ed. London and New York: Macmillan, 1901. Cf. SCHNEEWIND, J. *Sidgwick's Ethics and Victorian Moral Philosophy*. Oxford and New York: Oxford University Press, 1977.

²⁶ Cf. WHEWELL, W. *The Elements of Morality*. 4. ed. Cambridge: Bell, 1864.

termos práticos, concretos e mesmo políticos, e logo os filósofos morais (ou como eles barbaramente começaram a ser chamados, “eticistas”) descobriram que eles eram tão responsáveis quanto os economistas de ser chamados a escrever artigos Op-Ed²⁷ para o *The New York Times*, ou para testemunhar perante comissões parlamentares.

Os filósofos ascenderam totalmente para essa nova ocasião? Eles fizeram o suficiente para modificar seus métodos anteriores de análise para atender a essas novas necessidades práticas? Sobre essas questões, ainda pode haver muitas opiniões. Certamente, seria imprudente reivindicar que a discussão sobre “bioética” chegou a uma forma definitiva, ou descartar a possibilidade de que novos métodos mereçam um lugar na área nos próximos anos. Nesse exato momento, de fato, o estilo da atual discussão parece estar se deslocando das tentativas de se relacionar casos problemáticos a teorias gerais - se as de Kant, Rawls ou dos utilitaristas - para uma análise mais direta dos próprios casos práticos, utilizando métodos mais como os da tradicional “moralidade casuística”. (Veja-se, por exemplo, a discussão em um número recente de *Hasting Center Report* sobre questões morais que são suscetíveis de surgir no caso de cirurgia de mudança de sexo).²⁸

O que quer que o futuro possa trazer, no entanto, esses 20 anos de interação com a medicina, o direito e outras profissões têm tido efeitos espetaculares e irreversíveis sobre os métodos e o conteúdo da ética filosófica. Ao reintroduzir no debate ético temas controversos levantados por *casos particulares*, eles têm obrigado os filósofos a se voltarem novamente aos problemas aristotélicos do *raciocínio prático* que tinha estado nos bastidores por muito tempo. Nesse sentido, podemos, de fato, dizer que, durante os últimos 20 anos, a medicina “salvou a vida da ética” e que devolveu à ética a seriedade e a relevância humana que pareciam - ao menos, nos escritos dos anos do entre guerras - ter se perdido para sempre.

²⁷ [N. do T.] Artigos Op-Ed (no original: *opposite the editorial page*, ou seja, oposto à página editorial) são textos de jornal nos quais são expressas as opiniões de autores não filiados à opinião editorial de um determinado jornal.

²⁸ Casamento, moralidade e cirurgia de mudança de sexo: quatro tradições na ética casuística. *Hasting Center Report*. Agosto de 1981. (Veja-se, especialmente, p. 8-13, desse número).

