

**Isabella Martins Passos**

**AUTONOMIA EM ÉTICA BIOMÉDICA**

**QUAL AUTONOMIA É RESPEITADA NO PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA  
DE TOM L. BEAUCHAMP E JAMES F. CHILDRESS?**

Dissertação de Mestrado em Filosofia

Orientador: Prof. Dr. Elton Vitoriano Ribeiro

Apoio: CAPES

Belo Horizonte  
Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia – FAJE  
2021

**Isabella Martins Passos**

**AUTONOMIA EM ÉTICA BIOMÉDICA**

**QUAL AUTONOMIA É RESPEITADA NO PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA  
DE TOM L. BEAUCHAMP E JAMES F. CHILDRESS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia – FAJE, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Filosofia.

Linha de Pesquisa: Ética

Orientador: Prof. Dr. Elton Vitoriano Ribeiro

Belo Horizonte  
Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia – FAJE  
2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia

Passos, Isabella Martins

P289a Autonomia em ética biomédica: qual autonomia é respeitada no princípio de respeito à autonomia de Tom L. Beauchamp e James F. Childress? / Isabella Martins Passos. - Belo Horizonte, 2021.

246 p.

Orientador: Prof. Dr. Elton Vitoriano Ribeiro

Dissertação (Mestrado) – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Departamento de Filosofia.

1. Ética. 2. Ética biomédica. 3. Autonomia. 4. Beauchamp, Tom L. 5. Childress, James F. I. Ribeiro, Elton Ribeiro. II. Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia. Departamento de Filosofia. III. Título.

CDU 230.1

Dissertação de **Isabella Martins Passos** defendida e aprovada, com a nota 9,5  
( NOVE E MEIO ) atribuída pela Banca Examinadora constituída pelos  
Professores:

*Elton Vitoriano Ribeiro*

Prof. Dr. Elton Vitoriano Ribeiro / FAJE (Orientador)

*pf Elton Vitoriano Ribeiro*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel Virginia Rocha Vilela / UFMG e Michigan State University (Visitante)

*pf Elton Vitoriano Ribeiro*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Telma de Souza Birchal / UFMG (Visitante)

Departamento de Filosofia – Pós-Graduação (Mestrado)

FAJE – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia

Belo Horizonte, 28 de maio de 2021.

## AGRADECIMENTOS

Ao *Logos*, feito pessoa, a quem toda verdade e ciência pertencem desde sempre.

Ao prof. dr. Alcino Bonella, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pela leitura crítica do projeto que propiciou que o texto obtivesse a maior nota em processo seletivo de uma importante universidade do país. Este fato me conferiu mais segurança e motivação no percurso intencionado para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos profs. drs. Telma Birchal e Leonardo Ribeiro, pelo gentil acolhimento no grupo de Estudo de Ética (FIL/UFMG), onde tive a oportunidade de estudar a obra de Beauchamp e Childress, o que despertou em mim o interesse pela bioética e pelo tema da autonomia. A participação no Núcleo de Estudos do Pensamento Contemporâneo (NEPC/UFMG) também se mostrou valiosa, uma vez que me colocou em contato com diferentes vozes relacionadas às mais distintas abordagens éticas em nosso tempo. Do ponto de vista especulativo, foi um tempo indispensável para minha reflexão ética.

Ao prof. dr. Darlei Dall’Agnol, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), referência brasileira nos estudos bioéticos, agradeço a disposição nos momentos que busquei por uma direção.

Aos amigos de curso, Francisco Alvarenga, Rafael Leopoldo e Álisson Almeida, sou grata pela aprendizagem diária, por meio de nossos diferentes interesses e preferências filosóficas. Vocês se tornaram interlocutores valiosos na aventura da Filosofia e nossas tardes de café deixaram um cheirinho bom em minha memória.

Às amigas do Grupo de Estudos Movimento das Mulheres (GEMM) que pacientemente aguardaram minha disponibilidade para o grupo de estudos. Em especial, agradeço à entusiasmada Stace Liz, à sábia Sâmara Carla, à perspicaz Myrian Goulart, à sonhadora Marcelle Salles e à corajosa Mariana Lourenço. Contra a estridência de nossos tempos, carrego a certeza de que aprendemos muito nos últimos 5 anos, os quais foram preenchidos com inúmeros momentos de leituras e diálogos. Obrigada por não desistirem de nosso projeto.

À minha família, especialmente minha mãe, Alice Passos, e minha irmã, Juliana Passos. Ao meu marido, Lucas Parisi, que sofreu comigo as “dores do parto desta dissertação”. Amo vocês.

A todos aqueles que, não prescindindo do apreço pela comunidade, são capazes de respeitar os indivíduos com suas diferentes crenças e capacidades de autodeterminação. O espírito democrático não se reduz a uma ideia ou a um regime político. Aprendi com John Dewey que a democracia é um modo de vida baseado nas possibilidades da pessoa comum e

que ela é vivida nas atitudes que revelamos, em nossas mútuas relações e nos acontecimentos cotidianos, por meio da participação voluntária e da prática cooperativa propiciadas pelo mútuo respeito. O respeito pelo outro é ponto de partida para toda e qualquer relação que se pretenda eticamente reconhecida.

A toda equipe da Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia (FAJE), pelo acolhimento durante o tempo de estudos. Entendi que seria um período de singular desafios, no momento em que, ainda diante da banca de seleção, me perguntaram se eu não deveria estar em outro departamento. Sigo defendendo que a Filosofia tem papel fundamental para as áreas práticas e que o seu silêncio/silenciamento prejudica a qualidade do conhecimento, inclusive, do conhecimento prático, o qual tem sido produzido entre nossos contemporâneos.

Agradeço ao prof. dr. Elton Vitoriano não somente pela leitura da dissertação mas também pelo parecer recorrente de que “deve ter dado muito trabalho”. Recebo tal manifestação como elogio à minha intenção de demonstrar um debate rico e cheio de contrastes em torno da autonomia abrigada pela ética biomédica. Também aprendi com Isaiah Berlin que cada conceito pode se tornar uma perversão para a qual ele mesmo foi criado para resistir e que, cabe a nós, os íntimos da Filosofia, auxiliar nossos contemporâneos no reconhecimento destes riscos, mantendo profunda influência sobre suas práticas e sobre o equilíbrio das comunidades.

À CAPES, pelos dois anos de bolsa de estudos. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A todos, o meu eterno obrigado!

[...] nenhum desses médicos [de escravos] dá ou recebe quaisquer explicações sobre as várias doenças dos diversos servos que tratam, limitando-se a prescrever para cada um deles o que julga certo com base na experiência, como se detivesse conhecimento exato, e com a autossuficiência de um monarca despótico; [...]. Mas o médico nascido livre se ocupa principalmente em visitar e tratar das enfermidades das pessoas livres e o faz investigando-as desde o começo e conforme o curso natural; conversa com o próprio paciente e com seus amigos, podendo assim obter conhecimento a partir daquele que padece da doença [e seus amigos] como transmitir a estes as devidas impressões na medida do possível. Ademais, ele não prescreve nada ao paciente enquanto não conquistar o consentimento deste, para só quando consegui-lo, então, mantendo a docilidade do paciente por meio da persuasão, realmente tentar completar a tarefa de devolver-lhe a saúde. Platão, *As Leis*, livro IV, 720A-E.

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. [...] Esse respeito envolve uma *ação respeitosa*, não apenas uma *atitude respeitosa*. Tom L. Beauchamp e James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, p. 107.

## RESUMO

Esta investigação examinou a concepção de autonomia presente na ética biomédica de tradição principialista. Para isso, foi analisado o princípio de Respeito à Autonomia, de T. Beauchamp e J. F. Childress (1979). A importância desta pesquisa se deve ao fato de que o termo autonomia, ao longo da história das ideias, apresenta-se multifacetado e ambíguo conforme cada escola filosófica que o utiliza. No entanto, duas condições básicas persistem: liberdade, concebida como independência de influências controladoras; e agência, concebida como capacidade de ação intencional. Nosso percurso investigativo se desdobra então sobre três momentos: primeiro, apresentando a natureza e a evolução das concepções de liberdade e autonomia; segundo, investigando a autonomia como princípio fundamental na ética biomédica e, finalmente, analisando o princípio do Respeito à autonomia. A pergunta guia nesta dissertação é a seguinte: em que sentido a autonomia é capaz de originar ou compor uma teoria bioética que precisa ser consistente em forma, conteúdo e desempenho prático? Nossa conclusão é a de que o Respeito à autonomia, nos termos da ação autônoma, deve afetar a forma como se constrói teorias da ação e da pessoa autônoma já que este princípio se mostra capaz de se comprometer como a autonomia concreta de cada pessoa que busca pelos bens de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autonomia. Ética Biomédica. Principialismo. Bioética. Ética.

## ABSTRACT

This investigation examined the concept of autonomy present in biomedical ethics of principlalist tradition. For this, the principle of Respect for Autonomy, by T. Beauchamp and J. F. Childress (1979) was analyzed. The importance of this research is due to the fact that the term autonomy, throughout the history of ideas, is multifaceted and ambiguous according to each philosophical school that uses it. However, two basic conditions persist: freedom, conceived as independence from controlling influences; and agency, conceived as the capacity for intentional action. Our investigative path then unfolds into three moments: first, presenting the nature and evolution of the conceptions of freedom and autonomy; second, investigating autonomy as a fundamental principle in biomedical ethics and, finally, analyzing the principle of Respect for autonomy. The guiding question in this dissertation is the following: in what sense is autonomy capable of originating or composing a bioethical theory that needs to be consistent in form, content and practical performance? Our conclusion is that Respect for autonomy, in terms of autonomous action, should affect the way in which theories of action and the autonomous person are built, since this principle is capable of committing itself to the concrete autonomy of each person who seeks for health goods..

**KEYWORDS:** Autonomy. Biomedical Ethics. Principlism. Bioethics. Ethics.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Graus de autonomia de ações intencionais .....	173
<b>Figura 2</b> – O <i>continuum</i> de influências do controlador ao não controlador .....	183
<b>Figura 3</b> – Os elementos do consentimento livre e esclarecido .....	198
<b>Figura 4</b> – Modelo de justificação para julgamentos bioéticos .....	210
<b>Figura 5</b> – Um mapa conceitual da autonomia .....	214

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1 NATUREZA E EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE LIBERDADE E AUTONOMIA .....	22
1.2 Autonomia como liberdade sociopolítica .....	26
1.3 Autonomia como liberdade pessoal e moral .....	39
1.4 Paternalismo: autonomia de um <i>versus</i> autonomia de outro .....	63
1.4.1 Paternalismo médico: a autonomia do médico .....	74
2 AUTONOMIA COMO PRINCÍPIO BIOÉTICO NA ÉTICA BIOMÉDICA .....	84
2.1 O papel dos princípios em teoria ética .....	90
2.1.1 Os princípios não absolutos ou <i>prima facie</i> .....	104
2.2 O princípalismo bioético: a ética aplicada .....	115
2.3 Origem, natureza e força da autonomia como princípio de ética biomédica .....	122
2.3.1 O Princípio de Respeito pelas Pessoas do Relatório Belmont .....	125
2.3.2 O Princípio da Permissão de H. Tristram Engelhardt Jr. ....	137
3 O PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA DE TOM. L. BEAUCHAMP E JAMES F. CHILDRESS .....	152
3.1 Origem e natureza do princípio de Respeito à Autonomia .....	156
3.2 A forma e o conteúdo da ação autônoma: intencionalidade, entendimento e ausência de influências .....	169
3.2.1 O conteúdo e o papel da intencionalidade .....	174
3.2.2 O conteúdo e o papel do entendimento .....	176
3.2.3 O conteúdo e o papel da ausência de influências internas e externas .....	178
3.3 A materialização da autonomia do paciente: o termo de consentimento livre e esclarecido .....	189
3.3.1 Covid-19: um caso brasileiro malsucedido de consentimento livre e esclarecido ...	200
3.4 A autonomia respeitada pelo princípio de Respeito à Autonomia de Tom L. Beauchamp e James F. Childress .....	208
CONCLUSÃO .....	224
BIBLIOGRAFIA .....	230
ANEXO – Termo de Ciência e Consentimento: Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID-19 .....	245

## INTRODUÇÃO

Foi realizada, há alguns anos, uma pesquisa junto a um grupo de médicos brasileiros sobre o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>1</sup>. O TCE é a principal peça normativa para o esclarecimento e para a anuência do paciente aos procedimentos médicos aos quais poderá ser submetido. Por esta razão, o termo é reconhecido como requisito primário do exercício da autonomia do paciente ou do sujeito de pesquisa. O Código de Ética Médica brasileiro é explícito em prescrever que seja “vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”<sup>2</sup>.

A pesquisa citada revelou que 32% dos médicos participantes declararam conhecer a determinação do TCLE, mas que não a colocavam em prática; 29% a colocavam em prática com pouca frequência; 26%, com muita frequência; 11%, com média frequência; e 2% afirmaram não conhecer a peça normativa<sup>3</sup>. Contudo, chama a atenção o fato de que 96% dos pesquisados disseram considerar a autonomia do paciente relevante para a relação médico-paciente demonstrando ser a autonomia um valor reconhecido na rotina da medicina clínica-assistencial e pesquisa.

Mas um dado interessante da pesquisa é que, apesar de se tratar de um valor reconhecido pela área médica, o TCLE não se mostra praticado por aqueles profissionais. Este fato sugere um significado para a intenção desta investigação, a qual aponta uma diferença objetiva entre a *atitude respeitosa* – da ordem do ser e saber; e a *ação respeitosa* – da ordem do agir. Esta segunda considerada com valor imprescindível para a moralidade e para epistemologia moral.

Assim, subjacente à necessária passagem da atitude para a ação respeitosa, a ética aplicada aos domínios das ciências biomédicas tem promovido um expressivo esforço na mitigação das dificuldades relacionadas aos princípios abstratos transformados em normas e regras para o uso do conjunto de profissões associadas ao campo biomédico.

A passagem do prescrever para o agir é, pois, a tarefa própria da bioética que pretende responder aos dilemas que comprometem a atuação dos profissionais biomédicos e que

---

<sup>1</sup> A resolução brasileira nº 466, de 12/12/2012, incorpora o referencial bioético da autonomia como marcador do relacionamento ético entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa no âmbito da experimentação biomédica.

<sup>2</sup> Art. 34 – É vedado ao médico: “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>, Acesso em: 16 dez. 2019.

<sup>3</sup> FILHO; HOSSNE, 2015, p. 304-310.

impactam em bens humanos importantes, neste caso, a saúde física e mental de cada indivíduo da comunidade humana. Isto, por certo, não sem que se enfrentem as dificuldades inerentes à análise crítica que precisa lidar com conceitos ideais utilizados para justificar crenças, políticas e ações no âmbito do fazer e do proceder da medicina moderna.

O necessário trabalho analítico e filosófico que se apresenta neste contexto é inalienável. A especificação conceitual de princípios, ou de teorias abstratas, ou de ideias e, por consequência, a prescritividade são partes essenciais à bioética que entende a necessidade singular de se pensar a saúde e de se debruçar sobre as questões médicas envoltas em muitos dilemas. Tais questões abarcam também a urgência em se pensar a permissibilidade moral de certas condutas, tendo em vista o apoio ao florescimento e à dignidade humana ligada às práticas e aos bens biomédicos.

Quando este trabalho não é realizado adequadamente, cria-se uma série de imprecisões e conseqüente desengajamento por parte daqueles que precisam fazer uso diário dos princípios e das teorias morais transformados em ferramenta operativa por meio de protocolos e leis. Já que, no caso da autonomia do paciente, como salienta Schermer Maartje (2012), os próprios profissionais da saúde reconhecem a dissonância entre a compreensão que têm, neste caso, do respeito à autonomia e a aplicação prática do princípio, quando se encontram diante do paciente concreto.

Uma dissonância verificável quando nos recordamos que, de um lado, há um paciente excepcionalmente vulnerável e dependente da relação que ele estabelece com o profissional e, de outro lado, há o profissional médico que se sente à vontade, confiante em seu treinamento e experiências técnicas para atender às necessidades do paciente. Esta disposição médica é estabelecida desde Hipócrates, pelo paradigma da beneficência e da não maleficência, por meio do exercício do paternalismo quanto ao fazer, ou se abster de fazer, um bem ao paciente. Importa dizer aqui que este paternalismo não foi contestado até o século XX.

É importante ressaltar que a autonomia do paciente, enquanto valor moral, tem aproximadamente quarenta anos e, por se tratar de uma nova prescrição, a tomada de decisão, na prática médica assistencial e na pesquisa, sempre foi realizada por médicos e, por consequência, informada por seus valores e interesses.

Mas, além da novidade, e em vista da crescente exigência de “distinguir a técnica da prática, o agir técnico do agir prático e moral”<sup>4</sup>, aquela dissonância verificada na pesquisa com médicos brasileiros demonstra uma incoerência também epistemológica entre o que se crê e o

---

<sup>4</sup> BELLINO, 1997, p. 110.

que se realiza. Tal dissonância pode ocorrer porque o princípio de autonomia, além de uma novidade, é sublinhado pelos próprios filósofos como um princípio envolto em muitas confusões conceituais e incertezas práticas, principalmente, quando se ligar à conflitividade inerente às áreas que lidam com escolhas de vida e morte como ocorre com o mercado das biomedicinas. A tarefa bioética é a de situar contextualmente os princípios morais de modo que possam auxiliar os profissionais diante da principal marca da medicina moderna: ciência altamente especializada, tecnológica e despersonalizada.

Na busca por respostas práticas, do lado de cá, aqueles que lidam abstratamente com valores tornados princípios instrumentais, não guardam dúvidas de que tais dificuldades decorrem em função da autonomia não se mostrar um termo unívoco e com significado rigorosamente definido e universalmente válido. Mas antes, trata-se de um termo vagamente associado a muitas outras ideias, tais como: soberania; liberdade; autodeterminação; voluntariedade; responsabilidade; privacidade; autenticidade; integridade; competência; autoconhecimento; entre outros. E seus significado mudam conforme o campo especulativo que o tomou como objeto denotando, de pronto, autogoverno, independência e individualidade, isto é, noções com diferentes conteúdos e oriundas de diferentes campos epistemológicos, os quais precisam ser lembrados ao se tomar a autonomia como um termo axiológico. Um valor, na modernidade, largamente apreciado não somente por pessoas comuns mas também pelos principais moralistas contemporâneos.

Para se ter uma ideia da vasta discussão em torno das noções mencionadas, somente o termo liberdade, um dos equivalentes à autonomia, conta “com mais de duzentos sentidos registrados pelos historiadores de ideias”<sup>5</sup>. Liberdade que, na antiguidade, foi usada para caracterizar o *status* desejável às cidades-Estados passando na modernidade a ceder espaço para o termo autonomia mediante novas tematizações sobre uma concepção amadurecida de indivíduo livre e alçado como principal referencial de suas próprias decisões e ações no mundo.

Neste percurso, as discussões sobre liberdade, renovadas pelo termo autonomia e pleiteadas agora como autonomia individual ou pessoal, trazidas do campo da justificação política para o campo da identidade pessoal e da moral, são ditas como tendo um núcleo comum, conforme aponta Gerald Dworkin (1988). Já que, segundo o filósofo, “as únicas características mantidas constantes de um autor para outro são que a autonomia é uma característica das pessoas e que é uma qualidade desejável”<sup>6</sup>, tal qual a liberdade foi uma característica das cidades-Estados e uma condição desejável e perseguida por todas elas.

---

<sup>5</sup> BERLIN, 2002, p. 229.

<sup>6</sup> DWORKIN, 2008, p. 6.

Agora a discussão é sobre a justificação da autonomia e da liberdade enquanto características e disposição do indivíduo para ser o seu próprio senhor e juiz das escolhas que necessite fazer em identificação direta com suas concepções de bem e de justo. Isto projeta toda uma extensão de significados mediante a inúmeras perguntas que contam ainda com a posição cética de que seria impossível existir um agente autônomo, dadas as fortes idealizações sobre a autonomia e a inquestionável complexidade humana e social dos novos tempos. Afinal, o que seria a autonomia? O que seria uma pessoa autônoma? Por que seria desejável ser autônomo? Qual a relação entre autonomia e moralidade? É possível exercer autonomia de fato vivendo em uma comunidade que experimenta, em todos os âmbitos, a interdependência entre seus agentes e bens? Seria possível viver fora dos agenciamentos sociais instaurados pelas sociedades modernas?

Das muitas respostas possíveis, as quais apontam para uma aparente vagueza do termo, entendemos tal vagueza como o fruto do rigor buscado por cada filósofo que o analisou. Por consequência, cada qual produziu afirmações antagônicas ou complementares, a depender da escola filosófica ou do campo especulativo ao qual esteve e/ou está associado. E como aludido, o desafio é que esta riqueza analítica produz um problema mais geral, quando um dos termos se torna apropriado por campos que precisam transformá-lo em normas objetivas para a ação, bem como providenciar justificativas consistentes para a sua aplicação em práticas diárias, como ocorre com o termo autonomia no campo da bioética.

Afinal, transformada uma noção em princípio, não se pode desconsiderar que ela passe a performar uma ideia regulativa que carece ser compreendida por seu espírito geral na forma de um tipo de “paradigma de aplicabilidade”<sup>7</sup>. Tal paradigma tende a exigir a passagem da ideia regulativa para a norma prática, na forma de um diretriz normativa, diretiva e instrucional para aqueles que agora farão o seu uso. Uma tarefa sempre muito exigente, mas necessária, já que o trabalho de especificação é o que vinculará o princípio abstrato, geral, às diretrizes práticas para os julgamentos das ações concretas e particulares.

A tarefa de especificação, ao longo da história, tem sido o calcanhar de Aquiles para filósofos afeitos aos formalismos especulativos. É uma das tarefas distintivas da filosofia que se importa com a moralidade e que se interessa mais recentemente pela emergência dos desafios impostos pelo grande campo de especulações práticas em torno da Ética Aplicada<sup>8</sup> ou Ética

---

<sup>7</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 47.

<sup>8</sup> “A ética prática trata da aplicação [dos] critérios estabelecidos pela ética normativa [e pela metaética], sejam princípios, procedimentos, valores, ideias ou modos de ser, a casos particulares”. Cf. DALL’AGNOL, 2008, p. 25. Apesar de haver uma discussão sobre as diferenças terminológicas entre Ética Aplicada (por dedução) e Ética

Prática. Como traduzir teorias e princípios concebidos sobre forte apelo de idealização, genérico por natureza, para áreas que precisam de respostas urgentes na forma precisa de normas e regras moralmente justificadas? É certo que toda teoria ou princípio geral sofre de uma importante indeterminabilidade em suas descrições e, por isso, a especificação é uma distinção necessária entre as teorias gerais e as teorias identificadas pela Ética Aplicada.

Tradicionalmente, para atender a tarefa ética de suprir os campos práticos, Will Kymlicka (1993) argumenta que há, pelo menos, duas visões majoritárias sobre o papel do filósofo envolvido com a Ética Aplicada. A primeira defende que o filósofo deveria tentar persuadir os comitês de saúde a que adotem uma teoria moral abrangente. Esta teoria seria, por exemplo, deontológica, utilitarista ou contratualista. Feita a persuasão, somente depois deveriam orientar a aplicação da teoria sobre as questões práticas das rotinas biomédicas.

Isto tradicionalmente criou um duplo problema: de um lado, a reclamação de profissionais biomédicos de que “os requisitos éticos são de outro mundo, que são o resultado da teoria de poltrona, que são gerais e abstratos demais para serem úteis na prática diária”<sup>9</sup> resultando em práticas indiferentes ao moralmente desejável e requerido. De outro lado, filósofos, eticistas e juristas reclamam que profissionais de saúde não agem de acordo com os princípios e leis estipuladas para a normatização de seu campo de produção e atuação. Estas são duas contrariedades que demonstram as dificuldades encontradas em se buscar a ligação da teórica e da prática de modo propositivo.

A segunda visão, segundo Will Kymlicka (1993), é mais modesta e tenta dar conta da dificuldade apresentada pela primeira, buscando evitar a promoção de uma teoria moral particular, já que os méritos relativos das diferentes teorias estão em disputa entre os próprios filósofos. A tarefa filosófica seria, portanto, a de auxiliar a identificação de confusões e inconsistências conceituais. Ambas originadas da aliança entre fatos e valores inerentes às discussões e definições dos comitês e agências de saúde cujos impactos se dão não somente para os profissionais associados, mas também para o conjunto de pacientes e toda a sociedade.

Contudo, é urgente objetar que tal posição tende a transformar a contribuição filosófica em uma mera instrumentalidade técnica. Nada mais diferente de outros interesses em disputa, como aqueles de ordem jurídica, econômica, política e outros. Por isso, há quem defenda, e Will Kymlicka é um deles, que o melhor que um eticista pode fazer nas discussões de Ética

---

Prática (por indução), será usado o termo Ética Aplicada, tendo em vista a predominância deste em dicionários técnicos de Ética e Moral.

<sup>9</sup> SCHERMER, 2012, p. X [arquivo eletrônico].

Aplicada é a introdução de um “ponto de vista moral”<sup>10</sup> aos desafios pautados pelas agências e comitês de saúde. Mas o que seria um ponto de vista moral das relações estabelecidas entre médicos e pacientes, em um cenário de assistência e pesquisa cada vez mais despersonalizado por decisões que ocorrem alheias a esta relação primária que é a que estabelece verdadeiramente o bem para o qual se justifica a existência da disciplina médica?

Antes de propor um resposta e ainda sobre o papel do filósofo, um ponto interessante é introduzido por aqueles que argumentam que, assim como os departamentos de filosofia não estudam física, mas que estudam a filosofia da física, em sentido análogo, os departamentos de filosofia não deveriam estudar nem teoria ética normativa nem Ética Aplicada, da qual a bioética faz parte. Deveriam, antes, se comprometer com a “filosofia da ética”, isto é, com a fundamentação da ética exposta pelas especulações metaéticas. Uma posição razoavelmente defensável, se lembrarmos que “os problemas metaéticos possuem *prioridade* para o filósofo, apesar do fato de que os problemas morais práticos possuam *maior importância*, sob o ponto de vista cotidiano, pessoal e social”<sup>11</sup>. E, dessa forma, é válido considerar que a ética prática nunca se afastou da filosofia e a “razão seria que questões normativas não são inteiramente independentes de questões filosóficas sobre a natureza do valor e da obrigação”<sup>12</sup>. E sobre esta demanda e relação profícua entre a fundamentação e aplicabilidade, a bioética se tornou o esforço mais bem-sucedido de superar a dicotomia entre fatos e valores por meio de uma metaética determinada, podendo se perguntar: qual seria a metaética determinada à Ética Aplicada ou Prática?

Participar efetivamente das discussões oferecidas por este campo de conhecimento oferece um desafio extra aos filósofos para que, diante da multidisciplinariedade presente nas ciências práticas, principalmente nas reivindicações direcionadas para a ética aplicada, os filósofos morais não se omitam diante da necessidade do enriquecimento desses campos. Fazendo isto, estariam promovendo, de um lado, a preocupação real com valores e obrigações e, por outro, uma resposta objetiva, retirando a filosofia da clausura da reflexão meramente acadêmica, a qual se condicionou sobretudo na modernidade. Não se pode reclamar da falta de reflexão em nossos tempos se própria disciplina preocupada com a verdade do ser e do agir se retira da arena pública.

---

<sup>10</sup> Para Will Kymlicka (1993), um ponto de vista moral é “uma perspectiva moral [...], que é distinta de uma perspectiva prudencial, científica ou estética e que é definida por alguma noção de respeito pelas pessoas”. Um valor compartilhado pela maioria das teorias éticas na forma de compromisso moral. Cf. KYMLICKA, 1993, p. 17.

<sup>11</sup> DALL’AGNOL, 2004, p. 18. [grifo do original].

<sup>12</sup> AZEVEDO, 2008, p. 81.

Insistimos, em tal caso, que há uma tarefa que só a filosofia pode desempenhar: cabe a ela, em particular, “o esforço de pensar, de justificar escolhas, da busca de sentido e daquilo que é essencial”<sup>13</sup> à humanidade. E essa sua tarefa é imprescindível, uma vez que a medicina moderna se tornou “uma arena para o conflito de valores”<sup>14</sup>, com dilemas bastantes urgentes a respeito de: melhoramentos biológicos; inteligência artificial; manutenção artificial da vida; seleção genômica; cuidados paliativos no fim da vida; experimentos sem benefício direto aos sujeitos de pesquisa; justiça na distribuição de bens escassos; riscos e benefícios associados a produtos farmacêuticos; ética corporativa de agências, associações e órgãos internacionais de saúde, entre muitos outros dilemas inerentes a uma medicina altamente tecnológica e global. E, portanto, para Francesco Bellino (1997), o filósofo deve assumir “o papel de ‘geógrafo dos valores’, empenhado na difícil tarefa de elaborar geografias não contestadas por relações morais e ajudar, em nossa sociedade pluralista, os médicos, os pacientes e a comunidade a se orientar no complexo mundo moral com a argumentação racional e a reflexão”<sup>15</sup>.

Ao que tudo indica, esta compreensão fez nascer a teoria reconhecida como a mais influente dos últimos quarenta anos no campo da bioética: o princípalismo bioético, de Tom Beauchamp e James Childress (1979). É por esta teoria que resulta o princípio do *Respeito à Autonomia* colocando em discussão o papel do médico e do pesquisador biomédico diante de uma pessoa que agora se percebe como portadora do direito da livre escolha sobre o que entende como uma vida feliz e realizada em relação aos bens de saúde. Daí que este princípio, junto com outros três (beneficência; não maleficência; e justiça), são considerados hoje a principal teoria de ética médica confundindo-se com a própria bioética, tamanha a força e o reconhecimento que recebeu em todo o mundo.

A obra *Principles of Biomedical Ethics* (1979), onde se inaugura o princípio, completou 40 anos em 2019, mantendo-se como a principal referência bioética, sem dirimir por completo as principais críticas direcionadas aos princípios tomados *prima facie*, pelo que se tornou conhecida como princípalismo bioético. E as críticas começam por este aspecto: se o ponto de partida é o princípio concebido em sua universalidade abstrata, como torná-lo realizável por alguém que é tomado de imediato como paciente<sup>16</sup>? Ou seja, alguém reconhecido por algum tipo de rebaixamento de sua autonomia ao carecer do cuidado de um outro que detém o

---

<sup>13</sup> BELLINO, 1997, p. 22.

<sup>14</sup> BELLINO, 1997, p. 19.

<sup>15</sup> BELLINO, 1997, p. 19.

<sup>16</sup> Paciente do lat. *patiente*, que sofre. Cf. NASCENTES, Antenor. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, 1955, p. 272 (sem indicação de editora). Na gramática geral, o sentido do que sofre está na voz passiva, portanto, o vocábulo tem duplo sentido: indica um indivíduo que espera enquanto está sob o tratamento de outro que pode ser um médico, um psicólogo ou qualquer outro tipo de cuidador.

conhecimento para tanto? Em que medida é razoável defender a autonomia de um indivíduo que busca pela reabilitação de sua saúde, um dos principais componentes capaz de retirar, em algumas circunstâncias, a autonomia de uma pessoa?

Diante da complexidade das questões, talvez esta pesquisa não consiga responder àqueles que cheguem até ela em busca da operacionalização do princípio de autonomia no contexto das diferentes preocupações do acesso das pessoas aos bens de saúde. Contudo, esta pesquisa terá cumprido seu papel fundamental, caso possa deixar claro o que está sendo normatizado quando se defende a autonomia do paciente como valor a ser inegociável pela assistência e pesquisa médica. De modo mais objetivo, deixando explícita a interpretação da autonomia sugerida como valor moral do princípio de Respeito à Autonomia. Evidenciando, assim, um ponto de vista moral que posteriormente será especificado em normas por aqueles que se encontram na prática biomédica.

E como se trata de uma demanda da ordem do dia, é importante frisar que os postulados aqui discutidos envelhecem e renascem todos os dias, em virtude de um conflito inédito, ou um novo protocolo ou ainda por uma recente especificação colocada em prática em algum serviço de saúde. Portanto, a discussão ora apresentada não se esgota aqui, já que o princípio de autonomia bioético é relativamente novo tendo suas especificações contextualizadas diariamente, em vista de exigências advindas do avanço rápido das práticas médicas, sobretudo, aquelas relacionadas e dependentes das novas tecnologias biomédicas e dos saberes a elas associados.

Explanado este escopo, a partir da ênfase do papel da filosofia na discussão que ora se apresenta, além desta introdução e da conclusão final, a dissertação está estruturada por três capítulos. O primeiro apresenta as bases conceituais pelas quais a tese geral desta pesquisa será analisada. Há, portanto, um breve relato histórico-filosófico dos conceitos de liberdade e autonomia prestando especial atenção ao modo como esses conceitos viajarão até serem abarcados pela matriz teórica comum aos autores do princípio de autonomia na bioética de tradição principialista.

É válido ressaltar que não há de nossa parte a pretensão de fornecer uma visão exaustiva a respeito dessa transformação e nem será necessário tal feito. Mesmo que haja várias concepções com diferentes apontamentos e suas conseqüentes limitações, parte das análises é derivada de um mesmo núcleo nocional mantendo, portanto, uma parte de seus conteúdos de forma mais ou menos constante e regular.

O foco, portanto, será mantido sobre a taxonomia que alimenta diretamente a autonomia bioética, inclusive, sobre as teorias com críticas rivais. Por isso, nos parece que a dificuldade maior desta discussão está em esclarecer que a autonomia desempenha muito mais um vórtice

em discussões que aparecem justapostas, ao entrelaçar tanto teorias substantivas quanto processuais, teorias que se alegam neutras da autonomia, se é que esta última possibilidade seja possível. O desafio será percorrer os principais conceitos levantando uma mostra consistente do que seja a base desse vórtice, de um modo não fatigoso para a melhor interpretação do princípio assumido em teorias de ética biomédica. Ao final do capítulo, haverá uma apresentação breve da natureza do paternalismo, inclusive, indicando algumas reivindicações para o paternalismo médico. As três avaliações se constituirão como os primeiros elementos para a análise do princípio de Respeito à Autonomia quanto à real correspondência com as inspirações teóricas e outros conteúdos que auxiliem em seu entendimento e na especificação das normas e regras de ética biomédica.

O segundo capítulo percorrerá a influência dos modelos de autonomia sobre a ética biomédica principialista que, por seu tamanho vigor teórico, passou a formar uma área autônoma no campo bioético. Para a melhor compreensão do capítulo subsequente, será explorada a natureza do principialismo e dos princípios *prima facie* reivindicados por alguns dos autores identificados com o principialismo.

Essa avaliação será necessária porque o principialismo se tornou o principal sistema ético ensinado nos programas de graduação de medicina significando um monopólio no seu uso que, por vezes, foi tomado sem qualquer escrutínio ou avaliação crítica quanto à correção prática dos valores prescritos. Isto impacta diretamente nas compreensões, expectativas, reivindicações e práticas do princípio de autonomia. Ao fim do capítulo, será avaliada a origem e a natureza do princípio de autonomia, o qual foi inaugurado pelo Relatório Belmont, pelo princípio Respeito às Pessoas, e pela teoria de H. Tristram Engelhardt, por meio do Princípio da Permissão. A intenção é contrastar dois princípios que têm a autonomia como conteúdo axiológico, mas que acabam se apresentando completamente diferentes em conteúdo e operação, se comparadas àquela do princípio de Respeito à Autonomia, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress. Tal ação traz, por óbvio, diferentes compreensões e práticas da autonomia como valor bioético.

O terceiro capítulo abordará especificamente o princípio *Respeito à Autonomia*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, tratando da questão crucial que fomenta a investigação apresentada até aqui: o que se respeita quando se reivindica o princípio *Respeito à Autonomia*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress? Perguntado de outra forma: qual autonomia é esta alçada como marcador eticamente justificado nas relações entre médicos, pesquisadores, pacientes e sujeitos de pesquisa? O objetivo principal é fornecer uma análise conceitual e normativa do princípio de Respeito à Autonomia, talvez precária, por óbvio, antecipando a

suspeita de que o princípio compõe na verdade uma teoria da ação preocupada, sobretudo, com a autonomia que se apresenta no contexto da assistência e da pesquisa médica e não aquela idealmente estabelecidas por teorias da pessoa autônoma ou moralmente autônoma.

Em linha geral, a hipótese desta pesquisa é que a autonomia concebida fora das determinações ideais do que seja a pessoa autônoma fornece alguns ganhos, uma vez que retira parte das dificuldades inerentes aos ideais de autonomia, deixando um espaço real que permita a indivíduos comuns algum tipo de escolha, mesmo estando circunstancialmente em condições de rebaixamento de suas autonomias funcionais ou executivas. Realidade da maioria daqueles que buscam pelos serviços médico-assistenciais.

Este desafio ético se faz urgente na bioética, uma vez que todos os indivíduos, independentemente de sua situação médica, desejam ser respeitados, ao fazer planos relativos à saúde física e mental. Reconhecemos, no entanto, o perigo real de uma concepção frágil de autonomia quando se dá ocasião para a prática da indiferença sobre o que seja uma escolha verdadeira moral em saúde médica. Uma crítica que, inclusive, está presente naqueles que denunciam o TCL como uma ferramenta *pro forma* utilizada exclusivamente para isentar o corpo médico de disponibilizar e de garantir os verdadeiros bens morais aos seus pacientes<sup>17</sup>.

Em vista desta investigação, os capítulos serão tratados por uma pesquisa de perfil qualitativo, de natureza teórica, centrando-se no referencial de autonomia, a qual seja articulada pela ética biomédica reivindicada por princípios. Esta investigação está orientada fundamentalmente pela pesquisa bibliográfica por meio da leitura crítica de perfil analítico-compreensivo das questões teóricas anteriormente delimitadas.

Espera-se que a discussão sobre autonomia/liberdade em bioética fique mais evidente traduzindo-se em um bem teórico aos que precisam, pela emergência dos atuais conflitos bioéticos (contra uma forte idealização conceitual e uma desrespeitosa anulação cética da autonomia do paciente), especificar o princípio em normas e regras práticas para a atuação no campo médico-assistencial e na pesquisa. Se isso ocorrer, o papel elementar deste trabalho terá sido conquistado, mesmo que nele haja limitações e/ou deficiências relativas ao debate tanto conceitual quanto regulatório do princípio. Porém, ele se mostrará como nova oportunidade de

---

<sup>17</sup> Essa discussão apareceu em torno do protocolo do Ministério da Saúde, de 20/05/2020, que aconselhou o uso das substâncias *cloroquina* e *sulfato de hidroxicloroquina* para o tratamento da COVID-19, mesmo reconhecendo a ineficácia do tratamento. Como o protocolo exigia o TCL para administração das substâncias, entre as críticas, constava uma que discutia a transferência da responsabilidade médica para o paciente, uma vez que as substâncias estariam ligadas a severas contraindicações. O protocolo não foi assinado por nenhuma autoridade médica. Cf. Termo de Ciência e Consentimento Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Termo-de-Cie--ncia-e-Consentimento-Hidroxicloroquina-Cloroquina-COVID-19.pdf>. Acesso em: 20 mai 2020.

avançar reflexivamente sobre o tema, já que uma característica distintiva do fenômeno moral é sua persistente conflitividade.

## 1 NATUREZA E EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE LIBERDADE E AUTONOMIA

Falar de autonomia parece perda de tempo. Mesmo na academia, muitos têm o tema como superado ou vastamente analisado não podendo haver a introdução de quaisquer novos problemas ou de quaisquer novas determinações aos conteúdos já disponíveis. No entanto, parece enganosa a ideia de que, se uma noção foi amplamente avaliada, logo, haverá consenso sobre sua natureza e seu desempenho epistemológico. Ainda mais se tratando de um termo que transita por vários campos especulativos, dos teóricos aos práticos, levando consigo exigências de especificação e ponderação para o seu adequado desempenho prático. O que exige um esforço analítico extraordinário, a fim de, por meio da discriminação da noção teórica, abstrata, verificar a sua resistência e coerência quando colocada a prova sobre as exigências do campo prático. No caso da autonomia, verificar a sua capacidade de responder à conflitividade inerente à moralidade contemporânea.

Se nos períodos pré-modernos o fenômeno moral era reconhecido por sua considerável uniformidade, regido por leis claras, identificadas com uma moral substantiva, a rigor, este reconhecimento não é mais avistado ou mesmo racionalmente requerido atualmente. Em que pese à discussão moral, a modernidade, de modo geral, têm sido identificadas, sobretudo, por seu pluralismo moral na sedimentada ideia de que cada um põe a norma para si mesmo. E, por isso, “estranhos morais”<sup>18</sup> se tornou a nova nomenclatura para agentes morais.

Estranhos morais são pessoas que não compartilham premissas ou regras morais de evidência e inferência suficientes para resolver as controvérsias morais por meio de uma sadia argumentação racional, ou que não têm um compromisso comum com os indivíduos ou instituições dotadas de autoridades para resolvê-las.<sup>19</sup>

Alasdair MacIntyre (2001), diz que “a sociedade moderna costuma ser, de fato, pelo menos superficialmente, nada além de um conjunto de estranhos, cada um à procura de seus próprios interesses sob restrições mínimas”<sup>20</sup>. Uma percepção alcançável a qualquer um que olhe a moralidade cotidiana com mais atenção. E, como não poderia ser diferente, tal realidade tem influenciado dramaticamente o modo como indivíduos têm exercido valores, realizado escolhas e providenciado seus necessários consensos morais.

Na produção de conhecimento, epistemólogos como Thomas Kuhn (1922-1996) e Paul Feyerabend (1924-1994) colocam em evidência a realidade do pluralismo sob a alegação de

---

<sup>18</sup> Termo originalmente concebido pelo biotecnologista H. Tristram Engelhardt Jr. Cf. ENGELHARDT, 2008, p. 32.

<sup>19</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 32.

<sup>20</sup> MACINTYRE, 2001, p. 420.

que, mesmo havendo uma base cognitiva similar entre as pessoas, o conhecimento originado por elas pode abrigar conteúdos distintos, em vista de seus diferentes contextos de vida e capacidades cognitivas. Ou seja, suas “visão de mundo, paradigmas e práticas cognitivas podem muito bem levá-los a um corpo diferente de crenças, apoiado por diferentes padrões de evidências e critérios epistemológicos”<sup>21</sup>. Isso quer dizer não somente a existência de diferentes crenças mas a legitimidade destas junto a outras crenças de mesma natureza. Neste sentido, o pluralismo de crenças está em estreita relação com o pluralismo epistemológico abrindo espaço para diferentes crenças, inclusive, morais. É neste espírito epistemológico e cultural que a autonomia é alçada a valor tanto no campo da sociabilidade quanto da moralidade. Não sem reconhecer em filosofia moral a existência de consideráveis imprecisões teóricas e, por conseguinte, colocar em evidência uma insatisfação prática radical diante da precária capacidade de justificação da ação moral que se faz sobre ela. E por que isso ocorre?

O termo autonomia, por sua apreensão metafísica, normativa ou política, é comumente considerado um conceito “semanticamente multifacetado”<sup>22</sup>, um “conceito esquivo”<sup>23</sup>, um “termo de arte”<sup>24</sup>, uma noção “ambígua”<sup>25</sup> se apresentado, portanto, como um “campo nocional”<sup>26</sup>. Este aspecto denota alguma vagueza conceitual, na forma de uma multiplicidade conceitual, que impõe naturalmente muitas dificuldades para a sua apropriação prática na forma de regras, normas, leis e protocolos em uso nos campos que a elegem como valor prático. Por isso, “as várias propostas para especificação do conceito nos levam a distinguir diferentes concepções que as carregam com diferentes conteúdos e as especificam de várias maneiras”<sup>27</sup> instaurando um sem-número de problemas do tipo: em que sentido se pode reivindicar a autonomia? Quando se pode dizer de um sentido moral? Como especificá-la de modo que possa conjugar tanto interesses individuais quanto interesses de outros e da sociedade em geral? Em qual ou quais sentidos a autonomia torna-se capaz de performar valor moralmente defensável em pesquisa e assistência biomédica? Tendo esta última pergunta valor distintivo para esta pesquisa, já que a autonomia passou a ser também reivindicada em contextos de cuidados médicos fortemente despersonalizados, onde as principais decisões de promoção e de distribuição de bens de saúde são tomadas à revelia da relação existente entre médico, paciente

---

<sup>21</sup> OLIVÉ, 2005, p. 145.

<sup>22</sup> IOSA, 2010, p. 55.

<sup>23</sup> DWORKIN, 2008, p. IX.

<sup>24</sup> DWORKIN, 2008, p. 6.

<sup>25</sup> ENGELHARDT, 2001, p. 286.

<sup>26</sup> COLLOPY, 1998, p. 10.

<sup>27</sup> IOSA, 2010, p. 57.

e sujeito de pesquisa, por meio de um mercado marcado por revoluções tecnológicas e por agências de saúde global, alheias às condições singulares de cada ato médico<sup>28</sup>.

Além da dificuldade de circunscrever o conteúdo teórico e prático da autonomia no contexto da medicina moderna, mesmo que todos saibam relativamente do que se trata a autonomia, as discussões deparam-se ainda com as respostas céticas quanto ao seu *status* ontológico e seu conseqüente valor moral. Há a ocorrência de respostas titubeantes e taxativas quanto à tentativa de conceder algum conteúdo, como ocorre com a descrição de um dicionário técnico que diz sem maiores reservas que:

a injunção para nos comportarmos como seres autônomos é louvável, mas não plenamente viável, porque ninguém é totalmente autossuficiente e livre dos fardos sociais. Seres realmente humanos são parcialmente autônomos em alguns aspectos e parcialmente heterônomos em outros. Nem mesmo os autocratas podem fazer tudo aquilo que gostariam, e nem mesmo os escravos são totalmente desprovidos de iniciativa.<sup>29</sup>

Mesmo que se busquem respostas menos ingênuas, como essas que colocam a autonomia na conta do tudo ou nada, a noção continua a impor uma rigorosa análise teórica diante das muitas intuições sobre o seu conteúdo e a sua real possibilidade de atuação prática. Nesta pesquisa o seu escopo será escrutinado em pelo menos três aspectos: o político, o ontológico e o ético. Afinal, como bem lembra um dos autores do princípio *de Respeito à Autonomia*, “respeito à autonomia” e “direitos da autonomia” são noções morais<sup>30</sup>, isto é, da ordem das reivindicações morais, mas “autonomia” e “pessoa autônoma” não o são e os diferentes projetos conceituais ou as possíveis confusões teóricas e práticas relacionadas a eles alteram radicalmente a capacidade de um projeto ético dar conta da tarefa de esclarecimento dos seus usos na prática médica. Fora o problema relacionado às expectativas inatingíveis reivindicadas por teorias idealmente robustas que acabam por minar a tarefa de respeito prático à autonomia de pessoas não-ideais.

Na filosofia moral, influenciada atualmente pelas especulações do campo da identidade pessoal, não há como não destacar as intuições de Immanuel Kant (1724-1804) que foi quem inaugurou a definição mais ambiciosa de autonomia ao elevá-la ao papel de princípio da moralidade. Kant foi e é considerado um profundo inovador em filosofia moral, inclusive, se lembrarmos que o aporte conceitual da moralidade se encontrava até o seu tempo – salvo

---

<sup>28</sup> “Exame, tratamento ou intervenção realizado para fins de prevenção, diagnóstico, terapia ou reabilitação por médico ou por outro membro da equipe de saúde”. ACOSTA, 2011, p. 2.

<sup>29</sup> BUNGE, 2002, p. 41.

<sup>30</sup> BEAUCHAMP, Tom L., 2010, p. 79.

algumas exceções aqui e ali - fundado sobre a compreensão de busca da felicidade e de obediência a algum agente externo. No entanto, pouco é comentada a fundamentação fornecida por ele à autonomia, que reiterada por J. B. Schneewind (2005), diz que o filósofo “extraiu esse termo do pensamento político dos séculos XVII e XVIII, [pelo qual] foi usado em discussões de ideia dos estados como entidades autogovernadas”<sup>31</sup>. Tal discussão fomentada, sobretudo, pelos contratualistas dos séculos XVI e XVII.

Pode-se afirmar, por isso, sem maiores dificuldades, que as concepções contemporâneas de autonomia se encontram profundamente “ligadas à influência kantiana e ao ideal de *autarkeia*”<sup>32 e 33</sup> grega. Esta última, devidamente reconfigurada pelos modernos no nascimento do Estado e na formulação da concepção de indivíduo enquanto dotado de consciência e soberania sobre a instituição política<sup>34</sup>. Assim, a justaposição destes conteúdos, naturalmente, exige uma verificação também do conteúdo político da autonomia para que haja uma melhor compreensão da riqueza conceitual que, em muitas discussões contemporâneas, parece se confundir ou mesmo se retroalimentar com a discussão ética. Lembrando que, nesta discussão, por vezes, se encontram subjacentes várias concepções do que seja uma pessoa autônoma, visto que alguns autores não consideraram a possibilidade de se separar a discussão moral da discussão ontológica.

Postas tais considerações, será empregada uma breve reconstrução dos principais marcadores políticos do termo, porque, como foi dito e como será visto, não há como dissociar os limites entre a liberdade sociopolítica e a liberdade pessoal, bem como não há maneira de dissociar a autonomia individual da autonomia moral sem que se perca algo da sua compreensão mais rigorosa. Mantivemos esta escolha, mesmo que posteriormente seja necessário o afastamento epistemológico para uma análise mais assertiva de suas relações com a norma moral e com as discussões em bioética. Mas a discussão política é tão importante quanto o é a discussão moral, já que ambas se autodeterminam nas práticas de distribuição de bens de saúde,

---

<sup>31</sup> SCHNEEWIND, 2005, p. 527.

<sup>32</sup> MAY, 2005, p. 304.

<sup>33</sup> *Autarkeia* (αὐτάρκεια): “αὐτάρκεια, suficiência em si mesmo, independência, Plat. De αὐτάρκης. αὐτ-άρκης, ες, (ἀρκέω) suficiente em si mesmo, tendo o suficiente, independente dos outros, Hdt., Plat.; νηδὺς αὐταρκῆς agindo por si mesmo, Aesch.; χώρα αὐτ. um país que se fornece, independente das importações, Thuc.; αὐτ. πρὸς τι forte o suficiente para uma coisa, Id., Xen.; c. inf. capaz de fazer uma coisa, Dem.; αὐτ. βοή, um grito vigoroso e suficiente, Soph.”. Cf. LIDDELL; SCOTT, 1996, p. 279.

<sup>34</sup> A noção de pessoa agindo de acordo com a própria consciência aparece primeiro entre os pensadores da religião. “Ó Adão, não te demos nem um lugar determinado, nem um aspecto que te seja próprio, nem tarefa algum específica, a fim de que obtenhas e possuas aquele lugar, aquele aspecto, aquela tarefa que tu seguramente desejares, tudo segundo o teu parecer e a tua decisão. A natureza bem definida dos outros seres é refreada por leis por nós prescritas. Tu, pelo contrário, não constrangido por nenhuma limitação, determiná-la-ás para ti, segundo o teu arbítrio, a cujo poder te entreguei”. MIRANDOLA, 1989, p. 51.

por seu apelo de justiça, quando tratado pelas decisões protocoladas pelas agências internacionais de saúde e pelas políticas públicas de prestação de serviços de saúde pública ou privada.

Por fim, ao final desta seção, serão analisadas algumas faces do paternalismo, evidente antagonista da autonomia, sem deixar de antecipar uma breve discussão do paternalismo médico, apreendido, de outra forma, como autonomia médica sobre pacientes e sujeitos de pesquisa. Em uma série de conflitos práticos, não há como fugir do dilema moral sobre qual autonomia deve atender, a do paciente ou a do médico, o que adiciona nova dificuldade ao debate sobre o respeito da autonomia no domínio da ética biomédica. No entanto, registra-se de antemão que a preocupação desta pesquisa é com a novidade relacionada à autonomia do paciente e, por isso, a autonomia médica, sob a alegação da beneficência médica, não será analisada em seus pormenores.

## **1.2 Autonomia como liberdade sociopolítica**

Em *Two Concepts of Liberty* (1969), referenciado como um dos artigos de teoria política mais importantes do século XX<sup>35</sup>, Isaiah Berlin decompõe a ideia de liberdade demonstrando que tal concepção abriga pelos menos dois sentidos: um positivo e outro negativo. Para o autor, há dois sistemas de ideias produzindo respostas diferentes e conflitantes ao que, para ele, é a “questão central da política – a questão da obediência e da coerção”<sup>36</sup>. Estas duas respostas se mantêm relacionadas, visto que, também para Berlin, a teoria política se apresenta como um ramo da filosofia moral a partir da “descoberta de ideias morais no campo das relações políticas e com sua aplicação a elas”<sup>37</sup>. Conceitos fundamentais em teoria moral e teoria política que se imbricam e se justapõem nas principais filosofias modernas.

Quanto à caracterização da liberdade, Berlin sinaliza que existe pelo menos duzentas definições diferentes para a liberdade na história das ideias, contudo, “os escritos políticos raramente oferecem definições explícitas de liberdade em termos descritivos”<sup>38</sup>, exigindo, daqueles que as pesquisam, as inferências das definições, conforme os contextos de seus usos e as relações estabelecidas junto a outros significados. No campo valorativo, a raciocínio passa por analogias e é neste primeiro momento que liberdade se identifica com autonomia.

---

<sup>35</sup> COSER, 2019, p. 1.

<sup>36</sup> BERLIN, 2002, p. 228.

<sup>37</sup> BERLIN, 1988, p. 190.

<sup>38</sup> BOBBIO, 1998, p. 708.

O termo liberdade, em sua apropriação semântica, conta com duas palavras diferentes na língua inglesa, as quais traduzem parte das significações possíveis ao seu projeto conceitual e prático, sendo elas: *liberty*, como liberdade de interferências externas, a qual é utilizada, na maioria das vezes, em sentido social e político; e *freedom*, como liberdade expandida em referência à personalidade e à agência moral. A primeira diz respeito às condições para o exercício da liberdade, e a segunda se relaciona às disposições para o seu exercício sobre essas condições primeira. Em apelo voluntarista, estes dois conteúdos são recorrentes nas discussões contemporâneas acerca das condições e das disposições da e para a liberdade, identificadas agora como autonomia e postas, sobretudo, sob o guarda-chuva das possibilidades da ação humana. Berlin usa os dois termos como sinônimo, uma vez que seu interesse está na distinção autoral entre liberdade positiva e liberdade negativa. Mas, antes de passar para esta discussão, é premente considerar um autor que, sob outros aspectos, defendeu a existência de uma confusão no entendimento da liberdade por parte da teoria política moderna: Benjamin Constant (1767-1830).

Para Constant (1985), a liberdade exercida pelos antigos se mostra qualitativamente diferente da liberdade requerida pelos modernos. E a ausência desta distinção foi causa da insatisfação de muitos teóricos que em seu tempo viam o nascimento do Estado moderno sob muitas tensões, sobretudo, aquelas oriundas das crescentes rebeliões e conflitos civis em busca de maior liberdade dos indivíduos em relação aos Estados. Assim, contextualizando a política grega e romana, Constant apontou que os antigos exerciam sua liberdade de forma fundamentalmente coletiva, mas por meio de deliberações diretas que lhes conferiam algum reconhecimento das cidades-Estados. Como é sabido, a praça pública era o lugar privilegiado onde o cidadão se exercitava e recebia um importante reconhecimento de seus concidadãos. E, sem dúvida, era também na praça pública que se manifestava um certo ideal de perfectibilidade do homem, por meio do engajamento único e exclusivo com os problemas públicos da cidade. Contudo, advertiu Constant que

o indivíduo, quase sempre soberano nas questões públicas, é escravo em todos seus assuntos privados. Como cidadão, ele decide sobre a paz e a guerra; como particular, permanece limitado, observado, reprimido em todos seus movimentos; como porção do corpo coletivo, ele interroga, destitui, condena, despoja, exila, atinge mortalmente seus magistrados ou seus superiores; como sujeito ao corpo coletivo, ele pode, por sua vez, ser privado de sua posição, despojado de suas honrarias, banido, condenado, pela vontade arbitrária do todo ao qual pertence.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> CONSTANT, 2019, p. 1.

Isso porque cada cidadão desfrutava de influência real sobre a política de seu feudo, cidade ou república, no entanto, como efeito desta liberdade de agir sobre os fins comuns, permanecia disposto a muitos sacrifícios, em consequência da “autoridade do corpo social [que] interpunha-se e restringia a vontade dos indivíduos”<sup>40</sup>. É fácil vislumbrar tal contexto sociopolítico, ao se lembrar das constantes guerras que envolviam o mundo antigo mantendo, por isso, um profundo sentimento de insegurança sobre o povo que, naturalmente, fazia de tudo para salvaguardar a soberania política de sua cidade-Estado. Por isso, a liberdade promovida na antiguidade está fundamentalmente ligada à autonomia estatal: a liberdade da cidade-Estado de decidir o curso de sua ação, isto é, a sua capacidade de autogoverno e autossuficiência, sob a justificativa vital de garantir a segurança de seus cidadãos, território e bens sociais.

Uma amostra desta subserviência do cidadão à comunidade política apareceu em *Constituição dos Atenienses* (2003), obra atribuída a Aristóteles, onde se registra um longo detalhamento da evolução histórica da constituição ateniense, até o ano de 403, quando ocorre a restauração democrática de Atenas. Uma das passagens faz referência minuciosa ao processo de recenseamento do cidadão que, após dois anos de treinamentos e pagamentos de impostos, passa a poder reivindicar legitimamente “o seu lugar [...] com os restantes cidadãos”<sup>41</sup>. Havia uma regra a ser cumprida e, se durante o recenseamento, os juízes considerassem que alguém não poderia ser recenseado, ou seja, reconhecido como cidadão grego, este indivíduo era então vendido como escravo ou levado ao ostracismo, prática bastante comum no mundo antigo. A soberania do Estado sobre o destino dos indivíduos, sobre sua jurisdição, inclusive, encontrava força e justificativa na educação pública, em oposição à educação privada, a qual era requerida por alguns já naquela época. Argumentou Aristóteles:

tudo que é comum deve ter exercícios comuns. É preciso, ademais, que todo cidadão se convença de que ninguém é de si mesmo, mas todos pertencem ao Estado, de que cada um é parte e que, portanto, o governo de cada parte deve naturalmente ter como modelo o governo do todo<sup>42</sup>.

Por esta *paideia*, não somente o modelo mas o significado da vida do cidadão, enquanto parte natural de uma alegada comunidade de iguais, está ligado ao ordenamento sociopolítico e a um ideal de sociabilidade. A cidade-Estado se mostrava então como uma unidade de uma multiplicidade de cidadãos sob uma concepção de sociabilidade natural muita cara aos antigos, a qual depois foi transformada na concepção de homem cívico, animal político em termos

---

<sup>40</sup> CONSTANT, 1985, p. 1.

<sup>41</sup> ARISTÓTELES, 2003, p. 89.

<sup>42</sup> ARISTÓTELES, 2006, p. 78.

aristotélicos, dado largamente assentado mesmo que o próprio Aristóteles reconhece que “de fato, o homem é naturalmente propenso a acasalar-se, mais ainda do que a constituir cidades, porque o lar preexiste à cidade e é mais necessário que ela ...”<sup>43</sup>. Contudo, como alguns autores sustentam, o *bios politikós*, enquanto finalidade essencial para o homem, “deve ser concebida como uma inclinação que, muito embora seja um destino inelutável, representa um *telos* que porfia pela sua realização. [...] Porém, esta tendência pressupõe, de algum modo, o concurso artificial (*o nomos*), [...] que completa o fazer natural da *physis*”<sup>44</sup>. O que faz com que alguns autores liberais, com soluções diferentes, considerem precisamente os indivíduos e seus interesses como fundamento de legitimação da associação política ou, dito de outra forma, a sociedade civil ou política como instituição artificial de proteção a tudo quanto é de direito do homem, do indivíduo ou do cidadão, sendo este o fundamento e a finalidade da associação política prescrita pela tradição moderna.

De toda sorte, sobre os antigos, não é exagero dizer que “os homens não eram, por assim dizer, mais que máquinas das quais a lei regulava as molas e dirigia as engrenagens. A mesma submissão caracterizava os belos séculos da república romana; o indivíduo estava, de certa forma, perdido na nação, o cidadão, na cidade”<sup>45</sup>, sob o olhar atento de censores que vigiavam “até no interior das famílias. As leis regulamentavam os costumes e, como tudo dependia dos costumes, não havia nada que as leis não regulamentassem”<sup>46</sup>. Tanto na Grécia como em Roma, “a constituição é a alma do Estado. [...] É a constituição que modela o caráter dos cidadãos privados como dos dirigentes políticos e com ela se conforma a sua conduta”<sup>47</sup>, ordenamento lembrado por Thomas Hobbes (2003), ao analisar a liberdade nos Estados constituídos.

A liberdade à qual se encontram tantas e tão honrosas referências nas obras de história e filosofia dos antigos gregos e romanos, assim como nos escritos e discursos dos que deles receberam todo o seu saber em matéria de política, não é a liberdade dos indivíduos, mas a da república, que é idêntica àquela que teria todo homem, se não houvesse leis civis nem nenhuma espécie de república. [...] Os *atenienses* e *romanos* eram livres, quer dizer, repúblicas livres. Isso não significa que qualquer indivíduo tivesse a liberdade de resistir ao seu próprio representante: o seu representante é que tinha a liberdade de resistir a um outro povo, ou de o invadir.<sup>48</sup>

<sup>43</sup> ARISTÓTELES, 1985, p. 168, L. XVII, 1162a. Em outra tradução está dito: “[...] a espécie humana se inclina naturalmente a formar casais – mais do que a formar cidades, já que a família é anterior à cidade e mais necessária do que esta [...]”. Cf. ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1984, p. 192.

<sup>44</sup> RAMOS, 2014, p. 65. [grifo do original].

<sup>45</sup> CONSTANT, 1985, p. 2.

<sup>46</sup> CONSTANT, 1985, p. 1.

<sup>47</sup> JAEGER, 1994, p. 1148.

<sup>48</sup> HOBBS, 2003, p. 183, [grifo do original].

Em suma, “o objetivo dos antigos era a partilha do poder social entre todos os cidadãos de uma mesma pátria. Era isto o que eles denominavam liberdade”<sup>49</sup>. E mesmo “a liberdade descrita pelos autores romanos e seus admiradores ‘não é a liberdade de homens particulares’; mas simplesmente ‘a Liberdade da Comunidade’”<sup>50</sup>, enquanto “o objetivo dos modernos é a segurança dos privilégios privados; e eles chamam liberdade as garantias concedidas pelas instituições a esses privilégios”<sup>51</sup>. Mas em que sentido os direitos privados passaram a ser entendidos como liberdade e o que desencadeou uma virada tão radical em sua concepção moderna?

De um lado, elenca-se a concepção de lei natural e, de outro, a concepção de autoproteção individual, ambas dominantes da política dos séculos XVII e XVIII, ao introduzirem conceitos de natureza humana sob uma perspectiva de racionalidade ordenadora do mundo, sobretudo, uma racionalidade ligada a componentes cognitivos modeladores da psicologia moral de indivíduos e de grupos formadores da sociedade civil e política. Foi o momento dos primeiros *insights* de uma avaliação multifacetada sobre a constituição do homem e tais abordagens se mostraram como os principais desafios para os contratualistas como Thomas Hobbes (1588-1679)<sup>52</sup>, John Locke (1632-1704)<sup>53</sup> e Jean-Jacques Rousseau (1712-78)<sup>54</sup>.

Grosso modo, as discussões contratualistas iniciaram argumentando os termos da legitimidade dos governos, como os problemas relativos ao poder discricionário, terminando por enunciar ou derivar uma comunidade moral subjacente ao Estado civil. Isto está dito anteriormente como a “descoberta de ideias morais no campo das relações políticas e com sua aplicação a elas”<sup>55</sup>, mesmo que suas preocupações primárias fossem a natureza da sociedade política, tematizando antes os limites constitucionais dos soberanos Estados nacionais e a tolerância entre indivíduos, “dois problemas que se situam no plano de fundo de grande parte da filosofia moral desse período”<sup>56</sup>, deixando claro um forte nexo especulativo da natureza e da constituição da moralidade enquanto prerrogativa fundacional do empostamento político.

Dos contratualistas, o mais explícito no estabelecimento destas relações é, sem dúvida alguma, John Locke (1689) que, apesar do trabalho sistemático, formulou não somente uma

---

<sup>49</sup> CONSTANT, 1985, p. 3.

<sup>50</sup> SKINNER, 1999, p. 56.

<sup>51</sup> CONSTANT, 1985, p. 3.

<sup>52</sup> Cf. HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

<sup>53</sup> Cf. LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

<sup>54</sup> Cf. ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

<sup>55</sup> BERLIN, 1988, p. 190.

<sup>56</sup> RAWLS, 2005, p. 10.

teoria política mas também uma teoria moral e uma teoria da pessoa, ambas ligadas à dinâmica do corpo civil e político. E, assim como Isaiah Berlin, esclarece em uma carta íntima: “considero a legítima política parte da filosofia moral, que nada é senão a arte de conduzir os homens na sociedade com acerto e sustentar uma comunidade entre seus vizinhos”<sup>57</sup>. Isto é, torna-se preciso estar atento à filosofia política do autor para extrair dali os seus preceitos relativos à moralidade. Entendido este ponto, é premente perguntar: em que consiste, então, esta nova acepção de liberdade? Qual o significado do ordenamento político? Quais condições fazem os homens verdadeiramente livres no nascente mundo moderno? E como se chega à alegação da autonomia, tal qual está entendida pelos contemporâneos?

Como foi antecipado, tudo que se pode extrair dos assuntos estão diluídos em vários escritos lockianos sendo, dentre estes, os mais importantes para o encargo desta análise: *Ensaio sobre o Entendimento Humano* (1690), onde o autor discorre sobre a natureza do conhecimento humano; *Dois Tratados do Governo* (1689), onde ele caracteriza a natureza da sociedade política; e *Carta sobre a Tolerância* (1689-90-92), onde Locke circunscreve a natureza e função do Estado e da religião. É por meio da análise destas obras que são reconhecidas suas principais concepções políticas, antropológicas e morais. Por isso, assim, começa Locke a esboçar a sua teoria política:

para entender o poder político corretamente, e derivá-lo de sua origem, devemos considerar o estado em que todos os homens naturalmente estão, o qual é um estado de *perfeita liberdade* para regular suas ações e dispor de suas posses e pessoas do modo como julgarem acertado, dentro dos limites da lei da natureza, sem pedir licença ou depender da vontade de qualquer outro homem.<sup>58</sup>

Ao contrário de Thomas Hobbes, John Locke considerava haver, antes da fundação da sociedade civil, uma “lei da natureza, que quer a paz e a *conservação de toda a humanidade*”<sup>59</sup>. Este estado natural a todos os homens seria para ele um estado de igualdade, no sentido de que todos seriam por natureza livres e racionais. Ali não haveria autoridade política, uma vez que a instituição política é criada pelos homens e, portanto, artificial, e criada exclusivamente com a finalidade de salvaguardar a liberdade pertencente a cada indivíduo. Logo, o estado de natureza, enquanto dado anterior à autoridade política, seria um estado em que a lei da natureza agiria de modo a regular as ações do homem sendo que, esta mesma lei seria também aquela que posteriormente legitimaria a ação política realizada pela autoridade política firmada mediante

---

<sup>57</sup> LOCKE, 1998, p. 130. [n.r.].

<sup>58</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 4, p. 381 [grifo do original].

<sup>59</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 7, p. 385 [grifo do original].

o pacto civil entre os homens livres e racionais. Extrai-se desta arrumação ao menos duas características importantes à antropologia lockiana: a liberdade e a racionalidade. Em que

*o estado de natureza* tem para governá-lo uma lei da natureza, que a todos obriga; e a razão, em que essa lei consiste, ensina a todos aqueles que a consultem que, sendo todos iguais e independentes, ninguém deveria prejudicar a outrem em sua vida, saúde, liberdade e posses.<sup>60</sup>

Essa lei da natureza que “quer a paz e a *conservação de toda a humanidade*”<sup>61</sup> impõe, por ser uma lei obrigante, por uma dívida natural, que todo homem promova a sua conservação e a conservação dos demais indivíduos, sendo esta obrigação conhecida pela razão igualmente distribuída entre os homens, visto que a lei da natureza também “é a lei da razão”<sup>62</sup>. E é a razão que faz livres os homens para que protejam seus direitos e formem instituições políticas à proporção que agem em consonância com ela. Por efeito, ao assumir fundamentalmente que “*nascemos livres, assim como nascemos racionais*”<sup>63</sup>, Locke entende que

a liberdade do homem e a liberdade de agir conforme sua própria vontade *baseiam-se* no fato de ser ele possuidor de *razão*, que é capaz de instruí-lo sobre a lei pela qual ele se deverá governar e de fazer com que saiba até que ponto pode dar-se à liberdade de sua própria vontade.<sup>64</sup>

Por esta lógica, de antemão, o homem, no estado de natureza, dispõe das condições racionais de ajuizar o aperfeiçoamento de sua humanidade, bem como de desejar e perseguir racionalmente para a preservação, a manutenção e o desenvolvimento das condições sociais e dos bens para esta finalidade. Porquanto, a lei da natureza não quer somente a conservação do patrimônio de um único indivíduo ou daqueles mais aptos, mas quer igualmente a conservação de todos que são em tudo iguais e livres entre si. Logo, diferentemente da interpretação de alguns, o estado de natureza lockiano é um estado pré-político e não pré-social. Tal constatação é verificável pela análise que se empreende sobre os vários tipos de sociedades, pela qual se extraem diferentes características e benefícios a fim de demonstrar que todos os homens sempre

<sup>60</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 6, p. 384 [grifo do original].

<sup>61</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 7, p. 385 [grifo do original].

<sup>62</sup> “A lei que deveria governar Adão seria a mesma que viria a governar toda a sua descendência, a *lei da razão*. Cf. LOCKE, 1998, L. II, § 57, p. 432 [grifo do autor]. “Pois, implantado que foi nele pelo próprio Deus como um princípio de ação, o desejo, o forte desejo de conservar sua vida e existência, a razão, *que era a voz de Deus nele*, não poderia senão ensiná-lo e assegurá-lo de que, ao perseguir aquela sua inclinação natural para conservar sua existência, seguia ele o desígnio de seu artífice e tinha, portanto, o direito de fazer uso das criaturas que a razão e os sentidos lhe indicavam ser uteis para tal fim”. Cf. LOCKE, 1998, L. I, § 86, p. 293. [grifo do original].

<sup>63</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 61, p. 381 [grifo do original].

<sup>64</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 63, p. 438 [grifo do original].

partilharam de uma mesma “comunidade de natureza”<sup>65</sup>, mesmo antes de haver a intenção de formar uma sociedade civil, isto é, uma sociedade política<sup>66</sup>. Por isso, ao contrário de Hobbes, em que o estado de natureza é feito de guerra permanente, em Locke, de um lado, há a defesa da existência de paz natural e, de outro lado, a defesa de uma sociabilidade natural que contraria aqueles que alegam um individualismo atomístico por parte do filósofo. Como dito por R. W. Grant (1988), “em nenhum dos casos a antropologia de Locke descreve indivíduos isolados cujo comportamento é governado por cálculos racionais de seus interesses”<sup>67</sup>. E de fato, no conjunto da obra, não há qualquer vestígio um tipo de atomismo antropológico, o que depõe contra aqueles que confundem individualidade e individualismo na obra do filósofo.

Mas, por que o homem lockiano é levado a constituir uma sociedade política, já que ele se mostra capaz de viver em comunidade de modo pacífico e desenvolvido? O próprio Locke responde: porque o estado de natureza é “um estado também de *igualdade*, em que é recíproco todo o poder e jurisdição, não tendo ninguém mais que outro qualquer – todas as [criaturas as] mesmas vantagens da natureza e para o uso das mesmas faculdades”<sup>68</sup>. Logo, se a igualdade é uma realidade original e a razão e a liberdade são traços comuns a todos os homens, consequentemente, todos gozam de iguais direitos e condições de ajuizar seus conflitos, o que, de algum modo, anula possíveis impasses e animosidades. Faz-se necessário haver então uma instância com imparcialidade para mediar, executar e garantir o atendimento da lei da natureza com os respectivos direitos de cada um dos homens. Desta forma, o governo civil ou governo político ou ainda

a comunidade, segundo Locke, nada mais é do que sociedade entre homens, constituída tão-somente com o intuito de proporcionar, preservar e avançar os próprios interesses civis, que são a vida, a liberdade e a ociosidade do corpo e a posse de objetos exteriores, tais como dinheiro, casas, terras e outros semelhantes<sup>69</sup>.

E o homem “é induzido a entrar em sociedade por uma certa propensão da natureza e que [deseja] preservá-la pelo dom da palavra e através do intercurso da linguagem, o tanto quanto ele seja obrigado a preservar a si mesmo”<sup>70</sup>. É pela lei da natureza que ele conhece seus

<sup>65</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 6, p. 385.

<sup>66</sup> A obra *Dois Tratados sobre o Governo* é composta por dois textos com pelo menos 10 anos de diferença entre o *Primeiro* e o *Segundo Tratado*. O *Primeiro Tratado* é uma resposta ao argumento de Sir Robert Filmer sobre o direito divino dos reis, *Patriarcha* (1680), através análise antropológica de vários tipos de sociedades, além dos vários tipos de vínculos de parentescos. É somente no *Segundo Tratado* que Locke fornece corpo à sua fundamentação da sociedade política. Cf. LOCKE, 1998, p. 65-96.

<sup>67</sup> GRANT, 1988, p. 42.

<sup>68</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 4, p. 382 [grifo do original].

<sup>69</sup> NADORI, 1998, p. 95.

<sup>70</sup> MÜLLER, 2005, p. 88 [L. IV].

direitos naturais e se dispõe a promover instituições que sejam capazes de salvuardá-los e desenvolvê-los. Desse modo, “o Estado e a ordem política serão pensados a partir dos direitos naturais dos indivíduos, sobretudo, o de conservação e a partir das criações autônomas do homem através do pacto social”<sup>71</sup>, porquanto, o que torna o estado de natureza incapaz de executar esta tarefa é unicamente “a falta de um juiz imparcial para resolver disputas entre os indivíduos. Em outras palavras: o inconveniente do estado da natureza é que, embora existam olhos que o regulem (leis naturais), falta o corpo ideal para aplicá-los”<sup>72</sup>.

Estando, pois, os homens sob a guia da razão, conformados pela luz da lei da natureza, formam então o corpo civil político ou corpo ideal, a fim de, mediante a promulgação da lei civil, terem seus direitos naturais salvuardados por uma instância mediadora de consensos cotidianos entre cada um dos pactuados. Por isso, a “sociedade política, efeito da sociabilidade, é uma realização da lei da natureza”<sup>73</sup> em que o pacto ou contrato social se constitui ele mesmo um instrumento promovido pela lei, por intermédio da razão dos homens. Portanto, a diferença entre a sociedade natural e sociedade civil se coloca nos seguintes termos:

[...] é fácil distinguir quem está e quem não está em *sociedade política*. Aqueles que estão unidos em um corpo único e têm uma lei estabelecida comum e uma judicatura à qual apelar, com autoridade para decidir sobre as controvérsias entre eles e punir os infratores, *estão em sociedade civil* uns com os outros. Aqueles, porém, que não têm em comum uma tal possibilidade de apelo, explico-me, na Terra, vivem ainda em estado de natureza, sendo cada qual, onde não houver outro, juiz por si mesmo e executor – o que, como antes demonstrei, constitui o perfeito *estado de natureza*.<sup>74</sup>

Somente homens livres para pensar, julgar e agir são capazes de descobrir a lei segundo a qual se governam livremente. Esta lei, como enfatizado, dá aos homens a livre capacidade e o desejo de, pelo mútuo consentimento, promoverem um estado político que contribua com a manutenção, o avanço e o desenvolvimento da comunidade natural. A paz e a liberdade do estado de natureza são levadas para o estado político por meio da lei civil que nada mais é do que a “regra estabelecida pela comunidade”<sup>75</sup> por um rigoroso espelhamento da lei da natureza. A lei civil se constitui, portanto, como prescritividade daquilo que está enunciado pela lei natural, a saber: o direito à vida, à liberdade e às posses. Não podendo o homem abrir de quaisquer desses direitos sob o risco de perder sua própria humanidade.

---

<sup>71</sup> NADORI, 1998, p. 89.

<sup>72</sup> SANTILLÁN, 1992, p. 22.

<sup>73</sup> CHÂTELET, 2009, p. 47

<sup>74</sup> LOCKE, 1999, p. 135.

<sup>75</sup> LOCKE, 2012, p. 17.

[...] sendo esta lei promulgada e dada a conhecer apenas pela razão, [...]. Pois a lei, em sua verdadeira concepção, não é tanto uma limitação quanto *a direção de um agente livre e inteligente* rumo a seu interesse adequado, e não prescreve além daquilo que é para o bem geral de todos quantos lhe estão sujeitos. [...] por mais que possa ser mal interpretado, o *fim da lei* não é abolir ou restringir, mas *conservar e ampliar a liberdade*, pois onde não há lei, não há liberdade.<sup>76</sup>

A lei natural “se constitui no importante pilar de sustentação da moral e da política lockianas”<sup>77</sup>, tornando evidente que não somente mas também “a premissa do argumento político de Locke – de que os homens nascem livres – não seja uma reivindicação sociológica, mas moral”<sup>78</sup> – antes de tudo, moral, enquanto alicerce da instituição política. Assim, a partir desta compreensão, deriva-se que “o individualismo de Locke é um individualismo político no nível da teoria normativa”<sup>79</sup> e não no nível da fundamentação da comunidade moral que tem pelo consentimento mútuo a condição exclusiva do nascimento do Estado político. Em Locke, o estado social é condição para o Estado político.

Por ser o indivíduo o fundamento e a origem da instituição política, ele pode a qualquer momento se insurgir contra este Estado, caso a instituição perca a capacidade de realizar a sua tarefa precípua: a conservação e a ampliação da liberdade do indivíduo, já que, “*o fim maior e principal para os homens se unirem em sociedades políticas e submeterem-se a um governo é, portanto, a conservação de sua propriedade*”<sup>80</sup>, propriedade aqui tomada como um termo genérico para as suas posses naturais: “vidas, liberdades e bens”<sup>81</sup>. E, de novo, contra uma leitura atomista do indivíduo, Locke reforça que a resistência ao Estado tirano pertence exclusivamente à comunidade civil e não ao indivíduo, ou seja, “pertence ao povo soberano que é o corpo político dotado de uma vontade única”<sup>82</sup>, circunstância em que a razão delibera sob a guia da lei natural. Contestando novamente a leitura de um individualismo operando sobre o invariavelmente gerará impactos comuns.

É razoável interpretar que a insistência na salvaguarda da liberdade dos indivíduos não está sugerindo que os governos evitem qualquer concepção de vida boa para os seus consensuados. Não há nesses autores qualquer doutrina que reflita um antiperfeccionismo, afinal, a maioria deles se esforçou em delinear tratados de educação<sup>83</sup> para a formação deste

<sup>76</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 57, p. 433, [grifo do original].

<sup>77</sup> NADORI, 1998, p. 116.

<sup>78</sup> GRANT, 1988, p. 42.

<sup>79</sup> GRANT, 1988, p. 50.

<sup>80</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 124, p. 495, [grifo do original].

<sup>81</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 123, p. 495.

<sup>82</sup> NODARI, 1998, p. 154.

<sup>83</sup> “Parece-me evidente que o princípio da virtude e de toda excelência moral consiste no poder de nos recusarmos à satisfação dos nossos próprios desejos quando a razão não os autoriza”. Cf. LOCKE, John. **Alguns pensamentos sobre a educação**. Coimbra: Edições Almedina, 2012, p. 99. Em Locke, “a virtude, a racionalidade, a liberdade

indivíduo que é o fundamento moral da sociedade política. O que há muito distinto nas teorias modernas é o fundamento da liberdade sobre o princípio do dano que “afirma que o único objetivo para o qual a lei pode usar seu poder coercitivo é evitar danos”<sup>84</sup> aos indivíduos. Ou seja, o que há é uma preocupação original em limitar a força dos Estados, uma preocupação, sobretudo, contra a força do poder tirano sobre os indivíduos que se submetem ao Estado político.

Nesses termos, “o sujeito e a substância do direito é o indivíduo natural”<sup>85</sup> enquanto parte de uma sociedade natural e a liberdade para a sua condição de usufruto de tudo que pode ser estimado como sua propriedade, a começar, a sua própria pessoa. O que se está caracterizado por Locke da seguinte maneira:

A liberdade consiste em estar livre de restrições e de violência por parte de outros, o que não pode existir onde não existe lei. [...] mas uma *liberdade* para dispor e ordenar como quiser a própria pessoa, ações, posses e toda a sua propriedade dentro dos limites das leis às quais se está submetido; é, portanto, não estar sujeito à vontade arbitrária de outrem, mas seguir livremente a sua própria.<sup>86</sup>

O limite da lei, a qual é sustentada pela tríade liberdade, razão e igualdade, é a obrigação moral de pensar e agir segundo a lei da razão respeitando a sua própria propriedade e a propriedade dos outros, bem como fortalecendo as instâncias responsáveis por castigar os delitos infringidos ao ordenamento prescrito pela lei da natureza. Em suma, lei da natureza enquanto um tipo de princípio de ação ao homem que, por meio da liberdade, se mostra capaz de ordenar a natureza, a qual, de forma alguma, pode ser tomada como um tipo de licenciosidade, já que o homem “não tem liberdade para destruir-se ou a qualquer criatura em sua posse”<sup>87</sup>. A ausência de imposições externas é o que mais distintamente caracteriza a liberdade e se encontra também reivindicada em uma das três formulações hobbesianas presentes no *Leviatã* (1651):

LIBERDADE, ou INDEPENDÊNCIA significa, em sentido próprio, a ausência de oposição (entendendo por oposição os impedimentos externos do movimento), e não se aplica menos às criaturas irracionais e inanimadas do que às racionais. [...] *Um*

---

começam no autodomínio. Esse é um objeto central da educação”, LOCKE, 2012, p. 37. Assim, desenvolvido o autodomínio, “as ideias morais são construídas a partir da experiência, ou mais rigorosamente resultam do *trabalho* do entendimento sobre os materiais da experiência” [...] “agir por si sem atender à razão não é liberdade, mas licença imoral. [...] agir virtuosamente é sinônimo de agir em obediência à razão”. LOCKE, 2012, p. 18

<sup>84</sup> RAZ, 1986, p. 400.

<sup>85</sup> CHÂTELET, p. 46.

<sup>86</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 57, p. 433, [grifo do original].

<sup>87</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 6, p. 384.

HOMEM LIVRE *é aquele que, naquelas coisas que graças à sua força e engenho é capaz de fazer, não é impedido de fazer o que tem vontade de fazer.*<sup>88</sup>

É importante notar uma primeira correlação entre liberdade e independência em Hobbes (2003). Outro ponto a se considerar é que o filósofo liga, de modo explícito, a liberdade ao livre-arbítrio, contudo, ressalta não ser possível inferir destes termos “nenhuma liberdade da vontade, do desejo ou da inclinação, mas apenas a liberdade do homem”<sup>89</sup>, liberdade entendida por ele como movimento físico já que considera a ação humana como resposta mecânica à sua vida contingencial. E continua Hobbes, “esta [liberdade] consiste no fato de ele não deparar com entraves ao fazer aquilo que tem vontade, desejo ou inclinação de fazer”<sup>90</sup> reconhecendo vontade, desejo e inclinação como uma mesma disposição, o que mudará com filósofos subsequentes.

Estando então a liberdade postulada como a ausência de restrições externas, manipulação e coerção de outros, ela passa a ser circunscrita pela tradição posterior como liberdade negativa. Esta liberdade “consiste na meta negativa de evitar interferência”<sup>91</sup> e, neste sentido, preocupa-se originalmente com a área de controle e não com a sua fonte de controle, uma vez que

qualquer que seja o princípio que norteia a área de não interferência a ser traçada – seja o da lei natural, o dos direitos naturais, da utilidade, das manifestações do imperativo categórico, da santidade do contrato social ou o de qualquer outro conceito com que os homens têm procurado esclarecer e justificar as suas convicções -, a liberdade nesse sentido significa *livrar-se de*; ausência de interferência além da fronteira mutável, mas sempre reconhecível.<sup>92</sup>

Trata-se então da autonomia individual em relação às influências externas entendendo que, quanto maior for a área de não-interferência, maior e mais ampla será a liberdade humana, o que posteriormente recebeu uma fenda, quando Stuart Mill (1859) passou a argumentar que a “única liberdade que merece o nome, é a de procurar o próprio bem pelo método próprio, enquanto não tentamos desapossar os outros do que é seu, ou impedir seus esforços para obtê-lo”<sup>93</sup>. Stuart Mil (1991) claramente passou a falar não somente de se evitar a coerção dos outros mas de buscar ativamente os próprios métodos para o bem próprio. Nesse sentido, a tradição

<sup>88</sup> HOBBS, 2003, p. 112, [grifo do original]. Ver outras duas definições na página 112 da mesma obra.

<sup>89</sup> HOBBS, 2003, p. 180.

<sup>90</sup> HOBBS, 2003, p. 180. Ao contrário de Locke, Hobbes entende a lei instituída pela sociedade política como um dos grilhões que tira do homem a sua liberdade. Para ele, só há liberdade no estado de natureza.

<sup>91</sup> BERLIN, 2002, p. 234.

<sup>92</sup> BERLIN, 2002, p. 233 [grifo do original].

<sup>93</sup> MILL, 1991, P. 56.

passou a dar lugar a perguntas sobre o que ou quem poderia ser a fonte de controle e de interferência sobre os indivíduos. Uma pergunta que, se bem avaliada, produz respostas que tanto identificam um agente limitador externo quanto um agente interno na pessoa do próprio indivíduo. A pergunta que nasce é: em qual ocasião o próprio indivíduo se mostra incapaz ou optante por não exercer a liberdade, mesmo quando está livre dos limitadores externos? A capacidade individual para o exercício da liberdade é descoberta por intermédio do afastamento dos foros impeditivos de sua ação e passa a caracterizar um leque de disputas que ficou conhecida como liberdade positiva.

O que está subentendido na liberdade positiva é o entendimento de que a liberdade individual depende de algo mais do que as possibilidades de escolher entre duas ou mais alternativas. A mera existência de alternativas não se configura uma escolha livre ou feita por uma pessoa livre, uma vez que, “na busca de meus objetivos livremente escolhidos (liberdade negativa) posso enfrentar barreiras internas (por exemplo, o meu desejo de viajar pode chocar-se com a minha preguiça)”<sup>94</sup>. Por isso, esta dimensão da liberdade instaura outras preocupações, tais como: a existência de opções genuínas de escolha; a consistência das escolhas realizadas, dada a facilidade ou a dificuldade de concretizá-la; a importância que, dado o caráter e as circunstâncias do indivíduo, as opções se mostrem desejáveis ao plano de sua vida; as novas possibilidades originadas dos atos deliberados pelo indivíduo e o valor que ele e a sociedade conferem a estas opções colocadas para escolha.

Em nova modelação, o valor central da liberdade se fia à escolha concreta enquanto esta deriva da autorrealização daquele que escolhe sobre os conteúdos de seus próprios desejos e preferências. O indivíduo moderno quer não somente ter espaço para uma atuação desimpedida mas também quer ser ele próprio o autor e legitimador de suas escolhas, visto que “a natureza desse desejo implica a recusa ao papel de um ser passivo: o sujeito, individual ou coletivo, requer o direito de escolher seus fins e os meios para atingi-los”<sup>95</sup>. O indivíduo quer experimentar e receber a satisfação derivada da ação pretendida por escolhas que se identificam com ele que agora se vê como um desejante singular no mundo. A liberdade negativa, a partir disso, forma sua legitimidade, uma vez que abre espaço para a liberdade positiva.

acredito que a principal justificativa para favorecer uma grande esfera de liberdade negativa é que ela pode ser essencial para a promoção da autonomia, que é um valor mais fundamental. Se as pessoas fossem incapazes de controlar suas próprias vidas ou

---

<sup>94</sup> RAZ, 1986, p. 411.

<sup>95</sup> COSER, 2019, p. 2.

não tivessem tanta autodeterminação, teriam muito menos se a esfera de influência do Estado fosse muito ampliada.<sup>96</sup>

Em linhas gerais, “a concepção ‘positiva’ de liberdade, não a libertação de, mas a libertação para levar uma forma prescritiva de vida”<sup>97</sup>, onde a pessoa se torna referência e principal responsável por seus atos no mundo. E, no encontro das duas liberdades, positiva e negativa, separadas a título de análise, mas reunidas em sua realização no mundo, Isaiah Berlin caracteriza a liberdade como “a ideia de autonomia, a realização de desejos, de fins almejados pelo sujeito, com uma área desobstruída”<sup>98</sup>, nesse sentido, um escopo fundido entre a liberdade (*liberty*), enquanto independência de restrições externas, e a liberdade (*freedom*), enquanto autonomia, disposição pessoal, originando uma linguagem de autodeterminação individual. Um espírito conceitual que ele atribui a Rousseau e Kant<sup>99</sup>.

Em suma, a “autonomia é, portanto, estar livre de *coerção*: [o que] implica que os outros não impeçam o curso de ação que escolhermos”<sup>100</sup>, em consequência, materializado ao menos quatro novas reivindicações: autonomia como liberdade de participar da administração dos negócios da cidade; autonomia como liberdade de opressão pela interferência arbitrária dos outros; autonomia como liberdade de consciência e crença, e; autonomia como liberdade de viver escolhendo o curso de sua própria vida. Das quatro reivindicações que naturalmente se inter-relacionam, será analisada, a partir deste ponto, a liberdade que abre espaço para a defesa da consciência individual, entendida gradativamente como “liberdade é um controle que se exerce sobre si mesmo, [e que] quando se exerce sobre os outros é poder”<sup>101</sup>. Esta nova apreensão descola progressivamente da liberdade, enquanto fundamento político-moral, para ser introduzida ao uso exclusivo da matéria moral, ao ser ligada ao conceito de pessoa e à ação individual, adiantada, assim, nos seguintes termos:

Ser autônomo exige, antes de tudo, que se tenha um eu desenvolvido, ao qual se possa atribuir suas ações. Por sua vez, isso requer uma consciência de si mesmo como um ser que age por razões, cujo comportamento pode ser explicado por referência aos próprios objetivos e propósitos.<sup>102</sup>

### 1.3 Autonomia como liberdade pessoal e moral

<sup>96</sup> LINDLEY, 1986, p. 8.

<sup>97</sup> BERLIN, 2002, p. 236.

<sup>98</sup> COSER, 2019, p. 2.

<sup>99</sup> BERLIN, 2002, p. 242.

<sup>100</sup> MERQUIOR, 1991, p. 22.

<sup>101</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 86.

<sup>102</sup> LINDLEY, 1986, p. 6.

Como antecipado, ao caracterizar o homem moderno e o âmbito do domínio de sua ação, a liberdade passa a ser compreendida como autonomia pessoal e

a esfera política emerge historicamente como englobante último da existência social do indivíduo, reivindicando para si as prerrogativas de auto fundamentação e autolegitimação, entendidas como extensão institucionalizada das mesmas prerrogativas que são atribuídas ao indivíduo, o qual deve encontrar na sociedade política a própria imagem ampliada.<sup>103</sup>

Por isso, como foi dito, a liberdade significa “ora a faculdade de cumprir ou não certas ações, sem o impedimento dos outros que comigo convivem, ou da sociedade, como complexo orgânico ou, mais simplesmente, do poder estatal; ora o poder de não obedecer a outras normas além daquelas que eu mesmo me impus”<sup>104</sup>. É Immanuel Kant quem introduz definitivamente o indivíduo no lugar daquele sobre qual todo o mais será determinado introduzindo na discussão moral a suposição da existência de uma competência moral aos indivíduos. O que não ocorria antes já que a moralidade dizia respeito à obediência sobre a suposição, inclusive, de uma desigualdade moral entre os homens. Contudo, antes de analisar a autonomia concebida por Kant, faz-se necessário repassar a influência que Jean-Jacques Rousseau exerce sobre suas elaborações<sup>105</sup>.

Para começo de análise, Rousseau também argumentou que era “preciso estudar a sociedade pelos homens, e os homens pela sociedade: [e que] os que quiserem tratar separadamente da política e da moral nunca entenderão nada de nenhuma das duas”<sup>106</sup>. Em termos da gênese da sociedade política, Rousseau também reconheceu no pacto social a criação de uma instituição de preservação da força e da liberdade dos pactuados contra o dano de outros indivíduos. Diz ele:

Encontrar uma forma de associação que defenda e proteja com toda a força comum a pessoas e os bens de cada associado, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedeça, contudo, assim mesmo e permaneça tão livre quanto antes. Este é o problema fundamental cuja solução é fornecida pelo contrato social.<sup>107</sup>

Em Rousseau, a liberdade também se encontra configurada sob o escopo da prevenção do dano e o poder político é justificado sobre o consenso entre indivíduos livres e iguais. Este

<sup>103</sup> LIMA VAZ, 2002, p. 25.

<sup>104</sup> BOBBIO, 2000, p. 101.

<sup>105</sup> Cf. SCHNEEWIND, 2005, p. 531-536.

<sup>106</sup> ROUSSEAU, 1995, p. 266. É dito também que “a política é em primeiro lugar uma moral, realiza o homem, que é vontade, razão, consciência, sentimento e não simplesmente necessidade e paixão”. Cf. ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social**. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. XI.

<sup>107</sup> ROUSSEAU, 1996, L. I, Cap. VI, § 4, p. 20.

pacto os faz perder a liberdade natural e o direito ilimitado a tudo quanto podem alcançar pela força individual; mas, em contrapartida, por meio desta aliança social, ganham a “liberdade civil e a propriedade de tudo o que possui”<sup>108</sup>. Uma liberdade limitada pela vontade geral na forma de uma consciência produzida a partir da formação de um conjunto de homens que passam a se considerar um só corpo, uma só vontade, em direção à conservação e ao bem-estar de todos.

A vontade geral é racional. Sua preocupação se direciona a um objeto geral chamado de bem-comum, ou seja, um valor moral que estabelece um princípio de justiça consciente de seus fins e dos meios ligados ao benefício da comunidade política. Por consequência, a lei que deriva desta vontade comum, como alega o filósofo, é ela mesma justa e, portanto, um princípio de aplicação ao benefício a todos. A vontade geral, formada pelo pacto social, fornece outro benefício aos pactuados: “poder-se-ia acrescer à aquisição do estado civil a liberdade moral, a única que torna o homem verdadeiramente senhor de si, porquanto o impulso do mero apetite é escravidão, e a obediência à lei que se prescreveu a si mesmo a liberdade”<sup>109</sup>. Então, a lei prescrita a cada indivíduo a si mesmo é a lei derivada da vontade geral, que nasce por ele e volta a ele, constituindo o norte moral para os agregados na sociedade política. No estado natural, a liberdade é imperfeita já que o homem age somente para si sem ter consciência da humanidade. Logo, somente a liberdade originada da vontade comum, geral, pode ser chamada de liberdade, pois aquilo que os homens experimentam no estado de natureza é puro voluntarismo da ação, um motivador natural em prol de suas necessidades, o que, inclusive, faz com que o filósofo manifeste-se claramente em prol da diferença entre voluntariedade e liberdade.

Outro marca do homem rousseaniano revela-se na condição de ser um corpo cingido, dotado de razão e emoção. Uma dicotomia para justificar, por exemplo, que “a consciência é a voz da alma e as paixões são a voz do corpo”<sup>110</sup>, dado que a consciência é “o verdadeiro guia do homem”<sup>111</sup>. Contudo, as emoções não se mostram necessariamente um mal, mas antes, como “os principais instrumentos de nossa conservação: é portanto empresa tão vã quanto ridícula querer destruí-las”<sup>112</sup>. A diferença é que, por meio da moral pública, racional, formada pelo

---

<sup>108</sup> ROUSSEAU, 1996, L. I, Cap. VIII, § 2, p. 26

<sup>109</sup> ROUSSEAU, 1996, p. L. I, Cap. VIII, § 3, p. 26. Diz também em outro trecho: “a passagem do estado de natureza ao estado civil produz no homem uma mudança considerável, substituindo em sua conduta o instinto pela justiça e conferindo às suas ações a moralidade que antes lhes faltava”. Cf. ROUSSEAU, 1996, Cap. VIII, § 1, p. 25.

<sup>110</sup> ROUSSEAU, 1995, p. 332.

<sup>111</sup> ROUSSEAU, 1995, p. 332.

<sup>112</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 234.

pacto social, o homem, agora civil, ganha oportunidade de ampliação de suas faculdades intelectuais e sentimentais e, por consequência, ganha o progresso de sua alma, ao ver a transformação do amor de si, natural, em amor pela humanidade, por meio da afirmação prática da vontade comum, agora também feita a sua. É por este caminho que princípios virtuosos são desenvolvidos e passam a sustentar as várias esferas (política, moral e educacional) constituintes da sociedade civil. Apesar de igualmente considerar haver “no fundo das almas um princípio inato de justiça e virtude de acordo com o qual, apesar de nossas próprias máximas, julgamos boas ou más nossas ações e as alheias e é esse princípio que chamo consciência”.<sup>113</sup>

Entende-se que a consciência é a consciência natural aguardando educação para se desenvolver em virtude, enquanto resultado do sentimento aplicado aos fins que devem ser desenvolvidos em e por cada homem, por meio da educação para a liberdade. Porque, ao final das contas, não são “os atos da consciência julgamentos [...] e sim sentimentos”<sup>114</sup>, dependendo, por isso, do trabalho da razão para que a virtude nasça ao dar lugar ao desejo do bem universal por meio da lei. A razão, na lógica rousseaneana, se alia aos sentimentos de duas formas: “1º. Sentir as verdadeiras relações do homem tanto na espécie como no indivíduo; 2º. Ordenar todas as afeições da alma, segundo essas relações”<sup>115</sup>. E a questão que se coloca é: se o homem é capaz de alinhar afeições e razões, como se daria tal alinhamento? Responde Rousseau que o homem “sem dúvida ele é senhor de dirigir sua imaginação para tal ou qual objeto, ou de lhe dar tal ou qual hábito”<sup>116</sup>, hábito este facilitado pelo contrato entre os indivíduos, pela mútua união dos sentimentos e pelas razões individuais na forma da vontade geral.

É importante ter em mente que Rousseau não caracteriza filosoficamente a liberdade<sup>117</sup>, apenas a relaciona com a aquisição da moralidade, a qual é comum, originada pela formação da sociedade política, já que, em estado de natureza, o homem não é nem bom nem mau. Há, do mesmo modo, a defesa de um amoralismo original. Mas, por outro lado, o filósofo enfatiza que “a liberdade não está em nenhuma forma de governo, está no coração do homem livre; ele a carrega por toda parte consigo”<sup>118</sup> dando a entender que a liberdade natural, uma disposição *para*, escrita “no coração pela natureza em caracteres indelévels”<sup>119</sup> não é a liberdade fruto da

<sup>113</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 335.

<sup>114</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 337.

<sup>115</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 244.

<sup>116</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 244.

<sup>117</sup> O filósofo registra expressamente que o sentido filosófico da palavra *liberdade* não será por ele tratado. Cf. ROUSSEAU, 1996, L. I, Cap. VIII, § 3, p. 26.

<sup>118</sup> ROUSSEAU, 1995, L. V, p. 571.

<sup>119</sup> ROUSSEAU, 1995, L. IV, p. 332.

moralidade cultivada pela razão. Argumenta, antes, que “o povo, por si, quer sempre o bem, mas nem sempre o reconhece por si só. A vontade geral é sempre reta, mas o julgamento que a guia nem sempre é esclarecido”<sup>120</sup>. Lembrando que quem julga são os sentimentos e que cabe à razão auxiliar no conhecimento do bem comum imputando ao homem uma lei a ser seguida, pois, “somente a razão nos ensina a conhecer o bem e o mal”<sup>121</sup>. Há, em vista disso, uma sugestão de perfectibilidade humana, dado que o homem se expõe à razão, entre iguais, permanecendo tal exercício racional diretamente ligado à liberdade.

É preciso obrigar uns a conformar suas vontades à razão e ensinar o outro a conhecer o que deseja. Então das luzes públicas resulta a união do entendimento e da vontade no corpo social, daí exato concurso das partes e, enfim, a maior força do todo. Eis de onde nasce a necessidade de um legislador.<sup>122</sup>

O homem natural pelo pacto se torna homem civil e os seus interesses particulares passam a estar ligados pela alteridade ao conjunto de homens aderentes ao contrato e, desta forma, “toda ação livre tem duas causas que concorrem para produzi-la, uma moral, a saber, a vontade que determina o ato, e outra física, ou seja, o poder que a executa”<sup>123</sup>. Desse pacto, nasce o poder absoluto que, conformado e dirigido pela vontade geral, torna-se soberano sobre todos os pactuados. A lei, como ato da vontade geral, legitima o Estado, um poder central, sobre o qual todos estarão submetidos por livre e consensual escolha. Portanto, esta é a lei que cada um estabelece para si, ajustada por uma convenção deliberada entre homens livres conscientes do bem comum e da necessidade de promovê-la por amor da humanidade. Firmada a lei, pelas razões e consentimentos mútuos, diz Rousseau que “por certo não tenha a liberdade de não querer meu próprio bem, nem de querer meu mal; mas minha liberdade consiste nisto, mesmo que só posso querer o que me é conveniente ou o que julgo conveniente, sem que nada de estranho a mim o determine”<sup>124</sup>, já que a lei civil deriva daqueles que formaram consensualmente o corpo social.

o homem natural é tudo para ele; é a unidade numérica, é o absoluto total, que não tem relação senão consigo mesmo ou com seu semelhante. O homem civil não passa, de uma unidade fracionária presa ao denominador e cujo valor está em relação com o todo, que é o corpo social. As boas instituições sociais são as que mais bem sabem desnaturar o homem, tirar-lhe sua existência absoluta para dar-lhe outra relativa e

<sup>120</sup> ROUSSEAU, 1996, L. II, Cap. VI, § 10, p. 48.

<sup>121</sup> ROUSSEAU, 1995, L. I, p. 48.

<sup>122</sup> ROUSSEAU, 1996, L. II, Cap. VI, § 10, p. 49.

<sup>123</sup> ROUSSEAU, 1996, L. III, Cap. I, § 2, p. 71.

<sup>124</sup> ROUSSEAU, 1995, L. I, p. 324.

colocar o *eu* na unidade comum, de modo que cada particular não se acredite mais ser um, que se sinta uma parte da unidade, e não seja mais sensível senão no todo.<sup>125</sup>

É esta passagem, da unidade para o todo, que garante ao homem a legítima liberdade e, então, “para Rousseau, se somos autônomos, é apenas como membros de um tipo especial de sociedade. Não somos individualmente autônomos por natureza”<sup>126</sup>.

Tratado desta forma, o que antes era uma disposição natural confirmada por um contrato a fim de limitar as desigualdades produzidas pelos vícios comuns, mesmo que com alguma aparente contradição o homem seja tomado como amoral, a liberdade se converte em um dever, assim, o filósofo aduz que “renunciar à liberdade é renunciar à qualidade de homem, aos direitos da humanidade, e até aos próprios deveres”<sup>127</sup>. Logo, a submissão do homem individual, consciente do bem comum, à vontade geral o conduz à liberdade ao resguardá-lo dos vícios que, no exercício da moralidade, o eleva pela virtude, pois negar a liberdade seria negar a própria humanidade presente em cada um. Portanto, ao fim e ao cabo,

o único indivíduo que faz o que quer é aquele que não tem necessidade, para fazê-lo, de pôr os braços de outro na ponta dos seus; do que depreende que o maior de todos os bens não é a autoridade e sim a liberdade. O homem realmente livre só quer o que pode e faz o que lhe apraz. Eis minha máxima fundamental.<sup>128</sup>

Kant deve ter ficado especialmente impressionado com a suposição de Rousseau que o homem estabeleça uma lei para si, universal e de reciprocidade, se obrigando individual e livremente a cumpri-la, em razão de se identificar com ela e com o corpo político, ou o reino do fins, da qual ela emerge. Contudo, alguns pesquisadores alegam que o filósofo foi atraído especialmente pela valorização do entendimento moral do homem comum que Rousseau defendia ao aliar afeições naturais ao exercício da razão<sup>129</sup>. Em alternativa, outros pesquisadores sugerem que a maior influência sobre Kant foi a concepção de vontade geral ligada à defesa da educação moral voltada à independência e à autodeterminação individual<sup>130</sup>. Uma noção pilar à teoria política rousseauiana e, por isso, a compreensão de que Kant tenha sido influenciado primariamente pela teoria política. Seja como for, o que muitos concordam é que Kant inaugurou a concepção da moralidade como autonomia<sup>131</sup>, visto que, até o seu tempo, ela era

<sup>125</sup> ROUSSEAU, 1995, p. 13.

<sup>126</sup> SCHNEEWIND, 2005, p. 559.

<sup>127</sup> ROUSSEAU, 1996, L. I, Cap. IV, § 6, p. 15.

<sup>128</sup> ROUSSEAU, 1995, L. II, p. 67.

<sup>129</sup> SCHNEEWIND, 2005, p. 532.

<sup>130</sup> TREVISAN, 2017, p. 136.

<sup>131</sup> Cf. SCHNEEWIND, 2005, p. 29.

chamada de liberdade e com conteúdos relacionados à experiência individual limitada ao âmbito das contingências sociopolíticas.

Mas o que Kant quer dizer com moralidade como autonomia? Segundo Onora O’Neill (2004), uma das originalidades do filósofo está no fato de que “os escritores anteriores caminharam na direção de uma moral de auto governança, mas não articularam totalmente a ideia; eles ainda viam Deus e a obediência à lei de Deus como indispensáveis à moralidade”<sup>132</sup>. Quanto à moralidade como autonomia, ela aponta uma influência direta de Rousseau sobre o que ela descreveu como “Fórmula da Autonomia”<sup>133</sup>, a qual é análoga à equação que, embora abstrata, dá corpo ao pacto descrita por Rousseau, estabelecendo um procedimento para identificar conteúdos práticos defendidos pelo contrato social<sup>134</sup>. Prescrevendo, assim, um tipo de organização moral e social entre os pactuados. A chave para entender essa fórmula está em “reconhecer que, ao exigir legislação universal (por todos, para todos), ela estabelece uma restrição ao conteúdo de tal legislação”<sup>135</sup>.

Mas o que isso quer dizer? De modo geral, que os legisladores universais, cada um dos indivíduos, só poderiam legislar aqueles princípios que poderiam ser igualmente adotados individualmente por todos e com prescrição a todos. Para O’Neill, tal compreensão é esboçada mediante a conexão que Kant no uso da razão nas “Fórmula da Autonomia” e a “Fórmula do Reino dos Fins”, ao dizer:

Chamarei, pois, a este princípio, princípio da **Autonomia** da vontade, por oposição a qualquer outro que por isso atribuo à **Heteronomia**. O conceito segundo o qual todo o ser racional deve considerar-se como legislador universal por todas as máximas da sua vontade para, deste ponto de vista, se julgar a si mesmo e às suas ações, leva a um outro conceito muito fecundo que lhe anda aderente e que é o de *um Reino dos Fins*. Por esta palavra *reino* entendo eu a ligação sistemática de vários seres racionais por meio de leis comuns.<sup>136</sup>

Ou seja, o reino dos fins é o lugar onde cada agente é legislador e sujeito à lei. E como ocorre em Rousseau, esta fórmula exige uma dupla universalidade, performada na relação entre o indivíduo racional (princípio subjetivo da ação humana) e os demais indivíduos racionais na

<sup>132</sup> O’NEILL, 2004b, p. 181. Sem entrar no mérito da natureza de Deus em Rousseau, diz ele seguindo a ideia de obediência: “Mas a justiça dos homens é de devolver a cada um o que lhe pertence e a justiça de Deus é de pedir a cada um que preste contas do que ele lhe deu”. Cf. ROUSSEAU, 1995, P. 331.

<sup>133</sup> O’NEILL, 2004b, p. 184.

<sup>134</sup> “Encontrar uma forma de associação que defenda e proteja com toda a força comum a pessoas e os bens de cada associado, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedeça, contudo, assim mesmo e permaneça tão livre quanto antes. Este é o problema fundamental cuja solução é fornecida pelo contrato social.” Cf. ROUSSEAU, 1996, L. I, Cap. VI, § 4, p. 20.

<sup>135</sup> O’NEILL, 2004b, p. 185.

<sup>136</sup> KANT, 2007, p. 75. [grifo do original].

forma do reino dos fins (origem do princípio objetivo da ação humana). Esta seria “a chave da concepção de autonomia de Kant”<sup>137</sup>, já que, segundo O’Neill, Kant “nunca fala de um *self autônomo* ou *pessoas autônomas* ou *indivíduos autônomos*, mas sim da *autonomia da razão*, da *autonomia da ética*, da *autonomia dos princípios* e da *autonomia da vontade*”<sup>138</sup>. Mas como entender esta universalidade dupla, já que, na maioria das vezes, o agente kantiano foi interpretado como um indivíduo egocêntrico, isolado, não influenciado pelo contato empírico e, por isso, sem apelo a valores comunitários, tais como empatia, solidariedade e beneficência, inclusive, valores estes condicionantes da manutenção da comunidade moral?

Para entender será necessário dar um passo atrás e lembrar o papel capital que o filósofo fornece à razão na produção do conhecimento possível do e no mundo, inclusive, a produção do conhecimento moral, pois, como ele mesmo diz “a razão por si mesma e independente de todos os fenômenos ordena o que deve acontecer, de forma que as ações, [...] de cuja possibilidade poderá duvidar até aquele que tudo funda na experiência, podem ser irremittentemente ordenadas pela razão”<sup>139</sup>. A autonomia, enquanto fundamento do pensar e do agir humano, não poderá ser uma autonomia prescindida de sua ligação com a razão. E, já que é assim, a moralidade, como obediência a outro, deve se retirar para dar lugar a uma obediência à razão, apesar de haver aqueles que argumentem em prol do fim da moralidade como obediência. Parece haver o deslocamento da obediência enquanto submissão a outro ente.

Se ligada à razão, então, a concepção da moralidade como autonomia está relacionada a todo um sistema teórico de natureza metafísica – e não empírico, que põe em tese a natureza, o conteúdo e as ações da razão, conforme esboçado pelo criticismo kantiano. Este trabalho proporciona um espelhamento direto tanto dos fundamentos da moralidade quanto dos fundamentos, por seu curso, do sistema juspolítico do filósofo onde estas modulações estão esclarecidas da seguinte forma: “o direito positivo (público) existe apenas quando o Estado é constituído; o direito natural (privado) é anterior ao Estado. A lei positiva surge da vontade de um legislador; a lei natural se baseia em princípios *a priori*”<sup>140</sup>. Isto quer dizer que a norma política surge pela vontade do legislador formado pelo corpo do reino dos fins, enquanto a lei natural se constitui um *a priori* da razão presente disponível a cada agente formador deste mesmo reino<sup>141</sup>. Um *a priori*, enquanto regra e exigência da razão pura, e um *a posteriori*,

<sup>137</sup> O’NEILL, 2004b, p. 185.

<sup>138</sup> O’NEILL, 2004a, p. 83. [grifo do original].

<sup>139</sup> KANT, 2007, p. 41.

<sup>140</sup> SANTILLÁN, 1992, p. 61.

<sup>141</sup> A relação sistêmica entre metafísica, moral e política kantianas pode ser revista pela pesquisa de Daniel Tourinho Peres em *Kant: metafísica e política*, publicada por EDUFBA – UNESP, em 2004.

enquanto norma derivada pela razão prática, o que sugere, salvo o conteúdo transcendental, ser a lei natural muito parecida com a ideia da natureza formativa da vontade geral, a qual é encontrada em Rousseau. E, por estas e outras, realizado o ponto de contato com a teoria política, não cabe aqui desenvolver em detalhes o pensamento político de Kant, já que, havendo tal espelhamento, o filósofo também se preocupou em dar corpo teórico a sua teoria moral em separado da teoria política.

Passa-se, assim, para a teoria moral, sem qualquer perda de conteúdo para o entendimento da liberdade e da autonomia, no âmbito do seu sistema e derivações práticas, tendo presente que “os únicos objetos de uma razão prática são, portanto, constituídos pelo *Bem* e pelo *Mal*”<sup>142</sup>, o que também influenciará a teoria política por ele postulada. Mas, como pensar liberdade e a autonomia em Kant? Primeiro, observando que a liberdade aparece tanto como fundamento de suas teorias jurídica e política<sup>143</sup> quanto de sua teoria moral. Na teoria moral, Kant a caracteriza tanto como liberdade negativa quanto como liberdade positiva. E estas duas caracterizações são conceitos-chave para a explicação da autonomia da vontade, parte fundamental da moralidade explicitada pelo filósofo. Mas antes, o que seria esta vontade?

A vontade é uma espécie de causalidade dos seres vivos racionais em que a liberdade se constitui como propriedade desta causalidade, o que significa dizer que a liberdade é um *a priori* constitutivo da vontade e, portanto, constitutivo da razão prática que, para o filósofo, é uma e mesma coisa. Essa liberdade, de ordem causal, é classificada por Kant como negativa, por trazer consigo as leis imutáveis, segundo as quais o entendimento moral receberá suas determinações e, por consequência, o conhecimento e a avaliação de seus objetos, o Bem e o Mal. A liberdade positiva é o produto dessas leis imutáveis que, legislando sobre os objetos práticos, por meio da razão pura prática, é capaz de produzir as representações da moralidade, na forma de seus princípios, imperativos, leis e normas, isto é, os juízos morais. Dito de outra forma, as ações da liberdade são determinadas, então: (1) pela lei natural; e (2) pela razão. Entendendo como lei da natureza precisamente aquela que nada pode acontecer sem “uma causa suficiente determinada *a priori*”<sup>144</sup>, ou seja, concebe-se a razão e a causalidade como condições operantes do conhecimento concernentes à razão prática.

Portanto, a vontade que tem como causa a liberdade é “a faculdade de *escolher só aquilo* que a razão, independentemente da inclinação, reconhece como praticamente necessário, quer

---

<sup>142</sup> KANT, [S/D], L. I, Cap.II, §2, p. 72. [grifo do original].

<sup>143</sup> KANT, 2003, p. 83.

<sup>144</sup> KANT, 2008, p. 406 (A 446 B 474). [grifo do original].

dizer, como bom”<sup>145</sup>. Essa “vontade não se dá a si a lei, mas apenas o preceito de observar racionalmente leis patológicas”<sup>146</sup>, isto é, aquelas leis de substrato empírico, enquanto “a lei moral nada mais exprime do que a *autonomia* da razão pura prática, isto é, a liberdade e esta é mesmo a condição formal de todas as máximas, sob a qual unicamente elas podem harmonizar-se com a lei prática suprema”<sup>147</sup>. Logo, se a vontade é a faculdade de escolher somente aquilo que a razão orienta, “*resulta* daí a heteronomia do livre-arbítrio, a saber, uma dependência quanto à lei natural”<sup>148</sup>, introduzindo uma dependência da razão individual à lei moral por excelência. Isso é, neste ponto, a vontade individual coincide com a razão prática, ao se submeter à razão pura prática que opera em pura liberdade. É neste sentido que se fala de uma liberdade ou autonomia da vontade, pela compreensão de que suas determinações se operam por um *a priori* da experiência empírica. Mas, por que ela não fornece objetivamente o conteúdo da lei moral?

Este é um ponto o qual Kant deixou muito bem-assentado em seu trabalho crítico da razão pura ao mostrar uma relação entre a razão pura prática e a razão prática. O ponto é a necessidade de que a razão se submeta à crítica para que não seja usada de forma dogmática ou fora de suas disciplinas. E, assim, defende Kant que “sobre esta liberdade repousa a existência da razão; esta não tem autoridade ditatorial alguma, mas a sua decisão outra coisa não é que o acordo de cidadãos livres, cada um dos quais deve poder exprimir as suas reservas e mesmo exercer o seu *veto* sem impedimentos”<sup>149</sup>. Dito por O’Neill da seguinte forma:

A autonomia no pensamento não é mais – nem menos – do que a tentativa de conduzir o pensamento (fala, escrita) por princípios pelos quais. (consideramos que) todos os outros a que nos dirigimos também possam conduzir seu pensamento (fala, escrita). A autonomia na ação não é mais – e também nem menos – do que a tentativa de nos conduzirmos com base em princípios pelos quais (consideramos que) todos os outros poderiam conduzir suas vidas. Assim, antes de tudo, a razão nada mais é do que uma questão de esforçar-se pela autonomia nas esferas do pensamento e da ação.<sup>150</sup>

Autonomia que pode ser alienada pelo uso sem lei da razão visto que Kant preocupou-se em registrar o que significaria liberdade de pensamento. Diz o filósofo:

A liberdade de pensamento significa que a razão não se submete a qualquer outra lei senão *aquela que dá a si própria*. E seu contrário é a máxima de um uso *sem lei* da razão (para desse modo, como sonha o gênio, ver mais longe do que conservando-se

<sup>145</sup> KANT, 2007, p. 47.

<sup>146</sup> KANT, [S/D], L. I, §8, p. 45.

<sup>147</sup> KANT, [S/D], L. I, §8, p. 45. [grifo do original].

<sup>148</sup> KANT, [S/D], L. I, §8, p. 45. [grifo do original].

<sup>149</sup> KANT, 2008, A 739 B 767, p. 596. [grifo do original].

<sup>150</sup> O’NEILL, 2004b, p. 187.

limitada por leis). A consequência desse fato é naturalmente a seguinte: se a razão não quer se submeter à lei que ela se dá a si própria, tem de se curvar ao jugo das leis que um outro lhe dá; pois sem nenhuma lei nada, nem mesmo o maior absurdo, pode exercer-se por muito tempo.<sup>151</sup>

Logo, a liberdade do pensamento não significa um pensamento arbitrário e livre de regras, mas, antes, um pensamento subordinado à lei da razão. Uma lei que se distingue de qualquer coisa empírica por se assentar completamente na razão pura e por ser fornecida como um *a priori* ao qual a vontade do ser racional deve se submeter. Kant formaliza esta lei (ou mandamento) na representação de um imperativo da razão que diz: “age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”<sup>152</sup>, tornado por seu conhecimento, um dever para a vontade. E é uma representação do mandamento porque toda tentativa que o entendimento humano faz de alcançar o *a priori* esbarra na limitação da razão humana, uma vez que “toda a razão humana é absolutamente incapaz; e todo o esforço e todo o trabalho que se empreguem para buscar a explicação disto serão perdidos”<sup>153</sup>. E todo “pensar é conhecer por conceitos”<sup>154</sup>. Então, tal mandamento é uma representação da lei universal, um obrigante da faculdade da vontade, enquanto a fórmula desse mandamento chama-se imperativo, conforme exposto pelo trabalho de fundamentação da moralidade.

A razão, como faculdade dos princípios, determina o interesse de todas as forças do ânimo, mas ela própria determina o seu. O interesse do seu uso especulativo consiste no *conhecimento* do objeto (*objekt*) até aos mais elevados princípios *a priori*, o do uso prático na determinação da *vontade*, em relação ao fim último e completo.<sup>155</sup>

É por tais encadeamentos que os princípios e as afirmativas da razão não podem se contradizer, afinal, em nada participam ou são determinados pelo interesse da faculdade da vontade ou raciocínios privados. Esses princípios são apenas condições gerais para a vontade ter razão sobre seus objetos, na forma de um dever para si, a fim de não se tornar arbitrária. A razão então se mostra concernente à instância das ideias regulativas ao passo que “tudo na natureza age segundo leis. Só um ser racional tem a capacidade de agir *segundo a representação* das leis, isto é, segundo princípios, ou: só ele tem uma *vontade*. Como, para derivar as ações das leis, é necessária a *razão*, a vontade não é outra coisa senão *razão prática*”<sup>156</sup>. Por isso, é dito:

---

<sup>151</sup> KANT, 1985, p. 94.

<sup>152</sup> KANT, 2007, p. 59.

<sup>153</sup> KANT, 2007, p. 114.

<sup>154</sup> KANT, 2008, A 70 B 95, p.103.

<sup>155</sup> KANT, [S/D], L. I, Cap. II, A 216, p. 139. [grifo do original].

<sup>156</sup> KANT, 2007, p. 47. [grifo do original].

Como ser racional e, portanto, pertencente ao mundo inteligível, o homem não pode pensar nunca a causalidade da sua própria vontade senão sob a ideia da liberdade, pois que independência das causas determinantes do mundo sensível (independência que a razão tem sempre de atribuir-se) é liberdade. Ora à ideia da liberdade está inseparavelmente ligado o conceito de *autonomia*, e a este o princípio universal da moralidade, o qual na ideia está na base de todas as ações de seres *racionais* como a lei natural está na base de todos os fenómenos.<sup>157</sup>

Kant liga a razão humana ao dado transcendental, inteligência (*homo noumenon*), não pertencente ao mundo empírico, feito por leis que, independentemente do mundo contingencial, é presente ao homem por meio da liberdade da razão pura. Por outro lado, é preciso considerar que essa razão humana também participa de um mundo empírico, onde estão localizados os objetos de seu conhecimento e ação e, neste caso, a razão humana se mostra dependente das leis naturais, leis da razão, se mantendo heteronômica ou submissa à lei moral que goza ela sim de autonomia. Por participação, a autonomia da vontade é então um

o conceito segundo o qual todo o ser racional deve considerar-se como legislador universal por todas as máximas da sua vontade para, deste ponto de vista, se julgar a si mesmo e às suas ações, [o que] leva a um outro conceito muito fecundo que lhe anda aderente e que é o de um *Reino dos Fins*.<sup>158</sup>

Portanto, a autonomia da vontade, que possibilita ao agente racional a julgar a si mesmo e a suas ações, se mostra aqui ligada ao Reino dos Fins, o nome empregado a uma “ligação sistemática de vários seres racionais por meio de leis comuns”<sup>159</sup> e, para que não seja necessário demonstrar novamente as conhecidas representações do princípio supremo da moral, demonstra-se aqui a tal “Fórmula da Autonomia” em sua representação no princípio do direito que prescreve que “toda ação é justa se pode coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal, ou se, de acordo com sua máxima, a liberdade do arbítrio de cada um pode coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal”<sup>160</sup>. Ou representada de forma imperativa: “age externamente de modo que o livre uso de teu arbítrio possa coexistir com a liberdade de todos de acordo com uma lei universal”.<sup>161</sup> A lei suprema do direito, assim como a lei suprema (mandamento) da moralidade, é então “a soma das condições sob as quais a

<sup>157</sup> KANT, 2007, p. 102. [grifo do original].

<sup>158</sup> KANT, 2007, p. 75. [grifo do original].

<sup>159</sup> KANT, 2007, p. 75.

<sup>160</sup> KANT, 2003, p. 76.

<sup>161</sup> KANT, 2003, p. 77.

escolha de alguém possa ser unida à escolha de outrem de acordo com uma lei universal de liberdade”<sup>162</sup>.

E, se ainda não ficou claro o que todas as informações deste sistema estão afirmando, salientamos que o princípio da autonomia, enquanto uma necessidade moral, é ele mesmo autônomo, já que tem em si e por si mesmo a validade e a regra da ação humana independente da razão humana que pode sofrer as patologias próprias do mundo empírico. Assim, a razão humana e o agir que dela derivada por conhecimento estão condicionados a um princípio que é independente dela e que a condiciona em uma relação com os outros pela ideia do Reino dos Fins, a qual está determinada no caráter de universalidade presente na representação do princípio supremo: age conforme os outros. O arbítrio de um tem relação direta com o arbítrio do outro e ambos se encontram subordinados à lei universal, isto é, ao princípio supremo ligado à liberdade que, por estar livre de toda condição e determinantes empíricos, se confirma como uma liberdade apriorística. Por isso, ao final de tudo, é dito que a “*autonomia* é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”<sup>163</sup>, ou seja, a lei assumida em liberdade elementar é o fundamento da dignidade da natureza humana e de natureza racional. E, portanto, só se pode falar em livre-arbítrio, de um “autônomo”, a partir do momento em que este se coloca como um heterônimo à lei suprema, por meio do dever de cumpri-la, dinâmica que ocorre com a participação dos demais livres-arbítrios, devidamente condicionados e unificados sobre a mesma lei suprema da moralidade, através do Reino dos Fins.

Por Onora O'Neill, a autonomia se fia, em vista do que foi exposto, à razão, à vontade e não ao indivíduo concreto, pois “na opinião de Kant, nada obriga os agentes livres a fazer uso legal de sua liberdade: não somos forçados a ser autônomos em pensamentos ou em ações. Mas, se formos autônomos, nossas escolhas serão realmente autolegisadas”<sup>164</sup>, porque permanecerão conforme o cumprimento do dever. E, insistindo uma vez mais contra aqueles que identificam a autonomia kantiana com pessoalidade, a autora é categórica, ao dizer:

Aqueles que invocam o legado e a autoridade de Kant quase invariavelmente esquecem o fato de que Kant usou o termo *autonomia* para se referir não a uma característica dos indivíduos, mas às propriedades formais dos princípios de ação que podem servir para todos e, em particular, à combinação de forma semelhante à lei e ao âmbito universal.<sup>165</sup>

---

<sup>162</sup> KANT, 2003, p. 76.

<sup>163</sup> KANT, 2007, p. 79.

<sup>164</sup> O'NEILL, 2004, p. 190.

<sup>165</sup> MANSON, 2007, p. 17. [grifo do original]

Esta seria uma liberdade de agir que factualmente nem todos desejam. E, sabendo disto, o ensaio *Resposta à pergunta: que é “Esclarecimento”?* (1783) se inclina à tentativa kantiana de convocar a todos para que usem suas razões reconhecendo que o “esclarecimento, porém, nada mais exige senão a LIBERDADE. E a mais inofensiva entre tudo aquilo que se possa chamar liberdade, a saber: a de fazer um uso público de sua razão em todas as questões”<sup>166</sup>. “[...] Só o uso público de sua razão pode realizar o esclarecimento entre os homens”<sup>167</sup>, demonstrando mais uma vez a importância da “comunidade total”<sup>168</sup> entendida como unidade dos cidadãos, representada pelo Reino dos fins, no usufruto e concretização da autonomia da razão.

Para constar, não cabe aqui uma atenção detida às fragilidades presentes nas teses que evoluíram o conceito de liberdade e liberdade como autonomia. O importante para argumento geral é acompanhar a evolução do binômio liberdade-autonomia e sua posterior apreensão pela bioética contemporânea, embora, na explicitação do conceito kantiano, já se possa depreender algumas dificuldades para aqueles que assumem a autonomia bioética como um conceito ligado à autonomia pessoal apoiado sobre filosofia kantiana. Este é um dos pontos sobre o porquê se considera o conceito autonomia tão mal analisado quanto assumido por teorias bioéticas<sup>169</sup>.

Registrada tal marcação, dois exemplares serão abordados, a partir da discussão aberta pela tradição kantiana e tida como fundadora de concepções singulares da autonomia como vontade, enquanto requisito ontológico e moral, com implicações para a autonomia bioética, a qual é observada em autores que consideram “que um certo ideal de pessoa é a pedra angular de seu edifício moral”<sup>170</sup>, mas o que está em conta a partir de tais discussões ratifica:

Como noção moral - compartilhada por filósofos tão divergentes quanto Kant, Kierkegaard, Nietzsche, Royce, Hare e Popper - o argumento é sobre a necessidade ou desejo de os indivíduos escolherem, desejarem ou aceitarem seu próprio código moral. Todos somos responsáveis por desenvolver e criticar nossos princípios morais, e a consciência individual deve ter precedência sobre autoridade e tradição.<sup>171</sup>

Mas então como a moral se liga, como foi dito, à noção de pessoa autônoma? Perguntas como esta foram levadas para os campos da filosofia da mente, da metafísica da pessoa

---

<sup>166</sup> KANT, 1985, p. 104.

<sup>167</sup> KANT, 1985, p. 104.

<sup>168</sup> KANT, 1985, p. 106.

<sup>169</sup> Esta pesquisa dedicou-se a fornecer maior espaço à avaliação da autonomia na moral kantiana porque na elaboração do princípio de Respeito à Autonomia, seus autores, Tom L. Beauchamp e James F. Childress, dizem sofrer influências da proposta de Kant. O que não deve ser confirmado pelo que será visto no capítulo 3 desta dissertação.

<sup>170</sup> DWORKIN, 2008, p. 3.

<sup>171</sup> DWORKIN, 2008, p. 10.

(identificação de um conjunto de propriedades psicológicas), da filosofia da ação (livre-arbítrio) e correlatas. Todos desejando responder que tipo de pessoa é capaz se engajar com atos autônomos, ao caracterizar também em quais aspectos poderia se reconhecer um ato autônomo. Solucionados tais problemas, deriva-se de forma geral o *status* moral da autonomia e sua afirmação em valores práticos, o que tem sido temerário para muitos moralistas que introduzem uma radical diferença entre a pessoa autônoma e o ato autônomo, em vista do emaranhado de forças (internas e externas) que se colocam em torno do ato, o que não era pensado pelos autores anteriores.

A compreensão comum, da qual partem as novas especulações, é a de que as tradicionais noções de liberdade e autonomia sempre trouxeram implícitas a si uma concepção de eu autodeterminante, independente, não manipulado e, por isso mesmo, respeitado na defesa de sua ação livre e autônoma. Isto origina várias tensões e paradoxos, se tivermos em vista que a defesa de uma autodeterminação forte torna a autonomia um valor impossível de se concretizar, dado que indivíduos têm uma história desenvolvida social e psicologicamente em um ambiente determinado por contingências alheias a ele, bem como por um conjunto de traços biológicos herdados de família. Pessoas “amadurecem lentamente e, portanto, são fortemente influenciadas pelos pais, colegas e cultura. Como, então, podemos falar de autodeterminação?”<sup>172</sup>.

Estes são desafios que os contemporâneos enfrentam, a saber, as tensões inerentes às concepções substantivas de autonomia, idealmente robustas, que limitam respostas praticáveis pelas experiências dos eus concretos. Estas são críticas, por exemplo, realizadas por aqueles que defendem uma inalcançável autonomia nos moldes kantianos. Por isso, parte dos autores seguiram pelo caminho de avaliação da autonomia sobre a fundamentação dos atos autônomos no mundo. Dois autores amplamente discutidos são: Harry Frankfurt (2006), com sua teoria de hierarquia de desejos; e Gerald Dworkin (2008), bastante influenciado pelo primeiro, com sua formulação de independência processual sobre vontades e desejos.

As discussões agora introduzem um olhar sobre os estados psicológicos daquele que almeja ser reconhecido como autônomo, já que “os proponentes das concepções da moralidade como autogoverno assumem que os agentes morais devem possuir algumas qualidades psicológicas específicas. Questões sobre a epistemologia da crença moral e da psicologia moral desempenham papel fundamental”<sup>173</sup> nas novas abordagens da autonomia pessoal e moral.

---

<sup>172</sup> DWORKIN, 2008, p. 12.

<sup>173</sup> SCHNEEWIND, 2005, p. 35.

Em *A liberdade da vontade e a concepção de pessoa* (1971), Harry Frankfurt pretende responder por que a mera existência da vontade não torna ninguém realmente uma pessoa e, quanto mais, um agente livre. E o autor anuncia a sua resposta realizando outra pergunta: o que faz pessoas diferentes dos animais não humanos? Ele sugere que a principal diferença entre um e outro não diz respeito a atributos conceituais específicos de espécie, mas a algo que opera em sua estrutura de vontade: “os seres humanos não são os únicos com desejos e motivações, nem os únicos que podem escolher. [...] No entanto, parece ser peculiarmente característico dos seres humanos que eles possam formar o que chamarei de ‘desejos de segunda ordem’”<sup>174</sup>. Sobre este caminho, o autor elenca a primeira caracterização do modo que entende à vontade antecipando-a como “desejo efetivo”<sup>175</sup> e não como um desejo ou uma inclinação simples para o agir em certa direção.

Frankfurt também afasta a ideia de que, porque um indivíduo é racional, ele é prontamente consciente de seus desejos. Antes, nomeia o indivíduo que realiza ações sobre desejos negligenciados como agente “inconsciente”<sup>176</sup>. Argumenta que indivíduos, por vários motivos, podem agir sobre desejos arbitrários, não questionados, o que, por consequência, não os exige preocupar com o que deveria ser a sua vontade. Isso ocorre, por exemplo, quando estão preocupados somente com a conveniência imediata de um desejo efetivado. Quando sua preocupação não diz respeito a encontrar necessariamente uma base convincente para a preferência, mas somente realizar o ganho imediato de sua realização. O contraste a seguir é um esboço do que está em jogo no argumento da configuração de uma hierarquia de desejos para a conceituação da personalidade:

A distinção entre uma pessoa e um agente inconsciente pode ser ilustrada pela diferença entre dois viciados em drogas. Suponha que a condição fisiológica responsável pelo vício seja a mesma em ambos os homens e que ambos inevitavelmente sucumbam aos seus desejos periódicos de consumir a droga à qual são viciados. Um dos viciados odeia seu vício e sempre luta desesperadamente, embora em vão, contra o seu ataque. Tenta tudo o que acha que pode permitir que supere seu desejo de usar a droga. No entanto, esses desejos são poderosos demais para ele e, no final, invariavelmente o conquistam. Ele é um viciado contra sua vontade, indefeso contra seus próprios desejos.<sup>177</sup>

---

<sup>174</sup> FRANKFURT, 2006, p. 27.

<sup>175</sup> FRANKFURT, 2006, p. 29.

<sup>176</sup> Traduzida da palavra em inglês *wanton*. “Em espanhol, não há equivalente exato de *wanton*, pois em inglês essa palavra também inclui as diferentes nuances de “licencioso”, “libertino”, “desenfreado”, “desagradável”, “indisciplinado” e até “caprichoso” [N. de T.]”. Cf. FRANKFURT, 2006, p. 32, [n.r].

<sup>177</sup> FRANKFURT, 2006, p. 34.

Este viciado, apesar de sucumbir ao vício, lida com a percepção clara da presença de dois desejos conflitantes: ele quer tomar a droga, mas também quer se abster usá-la. Há, portanto, além do desejo de primeira ordem, tomar a droga, um desejo de segunda ordem, consciente e observado, fazendo oposição ao primeiro. Este indivíduo não é neutro ao embate que o toma, contudo, é “este último desejo e não o primeiro, o que ele quer que se constitua a sua vontade; é o último desejo e não o primeiro que ele quer que seja efetivo e que lhe dê o propósito que tentará alcançar no que realmente faz”<sup>178</sup> ao escolher. O indivíduo inconsciente, por outro lado, não experimenta este tipo de desacordo. Sua ação reflete a realização de seus desejos de primeira ordem e, dado o cumprimento desta motivação primária, ele não se preocupa com o que o influencia a agir ou sob quais desejos gostaria realmente de manter-se influenciado. Em última instância, inexistente a sua identificação como pessoa com os seus desejos, já que, segundo Frankfurt “o gozo de um livre-arbítrio significa a satisfação de certos desejos - desejos de segunda ordem ou desejos de ordens mais elevadas – ao passo que sua ausência significa frustração”<sup>179</sup>. E o inconsciente parece não tolerar bem as frustrações.

O livre-arbítrio, tematizado pelo filósofo, se mostra como condição de liberdade, quando ligado ao que ele chama de desejo de segunda ordem ou desejo de ordens mais elevadas. Isto faz com que outros autores reconheçam que “ter livre-arbítrio no sentido de Frankfurt é uma condição distintivamente necessária para a autonomia”<sup>180</sup>, pois, não basta para a autonomia ter desejos, mas desejos qualificados sobre desejos primários, estes últimos, desejos que até os animais têm. Neste ponto vale considerar a diferença que o autor introduz entre desejos e vontade:

Mas a noção de *vontade*, como a estou usando, não é coextensiva com a noção de desejos de primeira ordem. [...] Em vez disso, é a noção de um desejo efetivo, de modo que induz (ou induzirá ou induza) uma pessoa a realizar a ação. Portanto, a noção de vontade não é coextensiva com a noção do que um agente pretende fazer, uma vez que, embora alguém possa ter uma intenção firme de fazer X, ele tem a possibilidade de fazer outra coisa em vez de fazer X porque, apesar de sua intenção, seu desejo de fazer X acaba sendo mais fraco ou menos eficaz do que outro em conflito com o primeiro.<sup>181</sup>

Caracterizada dessa forma, a vontade não coincide com um desejo qualquer do indivíduo, mas antes com o desejo que ele intenciona que seja o seu desejo efetivo, transformado em ação ou seja, aquele que o forneça a motivação para o que ele conscientemente

<sup>178</sup> FRANKFURT, 2006, p. 34.

<sup>179</sup> FRANKFURT, 2006, p. 41.

<sup>180</sup> LINDLEY, 1986, p. 64.

<sup>181</sup> FRANKFURT, 2006, p. 29. [grifo do original].

deseja fazer. Não é o desejo de desejar algo, porque “somente se ele realmente quer fazer X pode querer de forma coerente que o desejo de fazer X não seja apenas um de seus desejos, mas seja mais decididamente a sua vontade”<sup>182</sup>. A partir também deste sentido, o eu frankfurtiano se apresenta como um eu cingido entre desejos, mas então do que se trataria os desejos de ordens mais elevadas, o que pode mesmo caracterizar a pessoa livre, o autônomo?

Frankfurt elabora uma resposta, fraca para alguns como Charles Taylor <sup>183</sup>, os relaciona a operação da autorreflexão deixando aberto o aspecto axiológico para uma teoria consistente da vontade, vontade moral, pois, não é exagero pensar que a autorreflexão, como ratificador de desejos, sem uma rigorosa circunscrição, pode muito bem dar lugar a operações de falsa consciência, o que irremediavelmente está longe de caracterizar uma pessoa livre e autônoma. Contudo, o ganho de tal arquitetura de desejos serve para Frankfurt sustentar que a liberdade não pode ser entendida como uma questão simples de fazer tudo aquilo que se quer fazer, como alega estar erroneamente defendido pela tradição filosófica. Acertadamente argumenta que “ter a liberdade de fazer o que se quer fazer não é uma condição suficiente de ter uma vontade livre”<sup>184</sup>, de modo que a questão da liberdade, da vontade conforme seus próprios termos, não se refere diretamente à relação entre o que a pessoa faz com o que a pessoa quer fazer pura e simplesmente.

Assim, a questão posta é: apesar da teoria de Frankfurt não se apresentar como uma teoria da autonomia (ele, inclusive, não usa o termo autonomia) em sentido robusto, o autor sustenta que a liberdade, a liberdade da vontade, é o que caracteriza um indivíduo como pessoa livre. Há, então, uma teoria da pessoa fundamentada pela liberdade de ela assumir desejos de ordens mais elevadas. Tal liberdade da vontade é concernente à capacidade pessoal de se identificar pessoalmente com seus desejos e preferências, alterando-os, conforme os desejos de ordem superior, os quais são reconhecidos em sua estrutura de preferências, por meio da autorreflexão. A questão é pela dificuldade de fornecer um conteúdo para a autorreflexão, esta fica sujeita a acusação de um ato mental ensimesmado levantando outras três fragilidades com implicações para a moral e para a ação autônoma. São elas: a) a primeira diz respeito a um hábito adquirido. Um hábito pode se tornar uma preferência de segundo nível, se houver comprometimentos prévios e, conseqüente, aceitação direta por parte da pessoa; b) a segunda fragilidade diz que, estando a preferência identificada com a própria pessoa, sua ação pode, de

---

<sup>182</sup> FRANKFURT, 2006, p. 31.

<sup>183</sup> Uma das melhores críticas a este aspecto da teoria está proferida por Charles Taylor no artigo *O que é agência humana* (1985). Cf. TAYLOR, Charles. O que é agência humana?. In. **Teoria Crítica no Século XXI**. Trad. Roberto Torres e Fabrício Maciel. São Paulo: Annablume, p. 9-39, 2007.

<sup>184</sup> FRANKFURT, 2006, p. 37.

fato, não ser autônoma, já que a autonomia pressupõe independência deliberativa que pode exigir, inclusive, atos que vão contra um ganho imediato fazendo surgir naturalmente algum grau de frustração pessoal; c) por fim, a exemplo do caso do drogadito, uma pessoa pode refletir sobre níveis cada vez mais excelentes sem, contudo, alcançar níveis de autonomia prática, o que, para a teoria moral, traria prejuízos a caracterização da ação moral autêntica. Em moral, não basta pensar bem. É preciso realizar bem.

À parte dessas fragilidades, Frankfurt é meritório ao introduzir a vontade psicológica como um dos aspectos importantes da concepção do indivíduo autônomo. E um dos teóricos mais profícuos na tarefa de tentar dirimir as inconsistências deixadas por ele é Gerald Dworkin. Sua obra *The Theory and Practice of Autonomy* (1988) é uma teoria da autonomia individual que, assumindo a estrutura motivacional de Frankfurt, considera a existência de componentes que interferem no chama de “independência processual”. Nota-se que a palavra processual tem valor categórico em sua elaboração, ao ser defendida, sobre uma importante distinção entre liberdade e autonomia. Para o autor, a autonomia seria algo mais do que liberdade, ao afirmar que a autonomia de uma pessoa pode ser limitada de várias maneiras, sem que haja interferência em sua liberdade, quando, por exemplo, e uma situação prática, ela não dispõe das condições relevantes ao processo deliberativo que porventura precise realizar. Assim argumenta Dworkin:

A liberdade não é necessária nem suficiente para a autonomia. Não são apenas conceitos diferentes, seu escopo é diferente. Liberdade é um conceito local; autonomia global. A questão da liberdade é decidida em momentos específicos. Ele estava livre para fazer isso e aquilo em um determinado momento. Mais tarde, ele não estava livre para fazer isso. Considerando que a questão da autonomia é uma questão que só pode ser avaliada ao longo de partes prolongadas da vida de uma pessoa. É uma dimensão da avaliação que avalia todo um modo de viver a vida.<sup>185</sup>

Isso poderia ser traduzido da seguinte forma: uma pessoa pode ser livre, sem ser autônoma em uma escolha. A ausência de informações relevantes ao seu processo deliberativo, por exemplo, pode influenciar na sua autonomia prática, mesmo que esta ausência de informação não seja intencional ou songadas por outros. Caso fosse, talvez o dano poderia se caracterizar como ato de minar a liberdade do primeiro, mas não a falta de informação que independe da intencionalidade de alguém. E este será um requisito importante a se discutir nos processos de consentimento estabelecidos pelas disciplinas bioéticas que serão abordadas mais adiante.

---

<sup>185</sup> DWORKIN, 1981, p. 211.

Ao analisar termos introduzidos por Dworkin na caracterização da autonomia, observamos uma progressiva complexificação na caracterização mais rigorosa neste plano intuitivo de como uma pessoa deve agir. E o ganho efetivo de conceber a autonomia como independência processual é o afastamento de concepções essencialistas de independência que tiram espaço das experiências concretas formadas primordialmente por e em alteridade. É contraintuitivo pensar que somente pessoas com altos níveis de independência reflexiva podem factualmente ser caracterizadas como autônomas.

Seja o sistema legal, a autoridade moral ou Deus que está em questão, a autonomia, nessa visão, exige que o agente mantenha o controle sobre suas decisões e ações. Nesta visão, promessas, cultos, obediência às normas, conformidade com a lei são vistas como inconsistentes com a autonomia.<sup>186</sup>

Pois outras pessoas podem subsidiar o agente daquelas condições necessárias a realização de sua autonomia. Afinal, é razoável pensar que o fato de se compartilhar um conjunto comum de princípios com outras pessoas não evidencia que estes não sejam da própria pessoa que os escolhe, pois, ao fim, é ela quem os escolhe e, nesse sentido, o autor acredita que prescindir dos componentes emocionais e de valores, tais como lealdade, amor, promessa e outras formas de compromissos não torna uma teoria da autonomia capaz de dar conta do modo como as pessoas empiricamente exercem sua autonomia no mundo. Há também um problema lógico naquele tipo de concepção, já que a característica central dos princípios morais é o seu caráter convencional, ao depender da convergência mútua dos indivíduos a padrões de comportamento que indicam concordância mínima acerca do que seja bom ou justo para uma comunidade. Um dado importante, inclusive, ao impedir invenções individuais, o que por outro lado, também não impede as recorrentes reformas morais, uma vez que elas também exigem contextos de entendimentos entre as pessoas envolvidas. Então, permanece a ideia de que

um agente moral deve manter a autonomia, deve fazer suas próprias escolhas morais. O problema é dar conteúdo a essa ideia de tal maneira que ela evite ser trivial (quem mais poderia tomar minhas decisões?) ou falsa (negação de autoridade, tradição e comunidade)<sup>187</sup>.

Mais um desafio para as teorias contemporâneas da autonomia que pretendem alimentar em justaposição consiste as teorias morais, da pessoa e das ações autônomas. Contudo, ao dar ênfase ao componente procedimental, Dworkin tem presente o risco de que seja esvaziada a

---

<sup>186</sup> DWORKIN, 2008, p. 22.

<sup>187</sup> DWORKIN, 2008, p. 38.

concepção substantiva de autonomia, ao se enfatizar um caráter demasiadamente esquemático desta autonomia fazendo, assim, a teoria perder a capacidade de comunicar algum conteúdo específico sobre a moralidade. Mesmo assim, afirma o autor que

não há conteúdo específico para as decisões que uma pessoa autônoma pode tomar. Uma pessoa autônoma pode ser um santo ou pecador, um individualista áspero ou um conformista, um líder ou um seguidor. Isso levanta a questão de por que é desejável o desenvolvimento, preservação e incentivo à autonomia.<sup>188</sup>

Por que então seria desejável a autonomia e, no segundo momento, a autonomia moral, se neste caso ela não se mostra capaz de comunicar critérios valorativos (e de correção), sempre tão perseguidos pelas normas morais?

O que é valioso na autonomia é que compromissos e promessas que uma pessoa faz são aqueles que ela vê como dela, como parte da pessoa que quer ser, então ela se define através desses compromissos. Mas seja de longo prazo ou curto, *prima facie* ou absoluto, permanente ou temporário, não é o que contribui para o seu valor.<sup>189</sup>

Críticas como essas são capitais para os debates porque expõem o núcleo especulativo das pesquisas contemporâneas, as quais seguem pelo caminho de dizer que a autonomia de uma pessoa não precisa passar necessariamente por um processo de autorreflexão crítica, já que a maioria das escolhas e ações são habituais e rotineiras quando dizem, por exemplo, que “para ser autônomo, não é necessário deliberar e refletir criticamente sobre cada escolha e ação, mas é preciso ser e agir com base em uma ‘identidade desenvolvida’”<sup>190</sup>. Assim, o que se constitui requisito essencial para a autonomia concebida como autenticidade é que os valores e os princípios de uma pessoa sejam vividos de forma coerente com sua própria personalidade.

Outro problema é que esse tipo de teoria exige uma noção muito carregada de identidade desenvolvida, afinal, como reconhecer uma identidade desenvolvida em processos decisórios em que o agente se mostra uma pessoa insegura acerca da melhor escolha a se fazer? Se há insegurança e inconsistência, valores e princípios pessoais podem se encontrar em conflito demonstrando tanto um problema de identidade não formada quanto de uma realidade totalmente nova ao processo decisório. Como ou quem define a patologia moral de tal circunstância?

Neste debate, é preciso introduzir critérios para que o conteúdo da ação não se perca em pura subjetividade ou arbitrariedade, as quais são confundidas com o exercício autêntico da

---

<sup>188</sup> DWORKIN, 1981, p. 213.

<sup>189</sup> DWORKIN, 2008, p. 26.

<sup>190</sup> SCHERMER, 2012, p. 7.

autonomia. E o que pode conferir alguma consistência à autonomia moral, no sentido em que a autonomia não seja engolida pela subjetividade individual, é a objetividade ligada não somente ao processo racional mas ao modo como se encontra as melhores respostas aos conflitos experimentados em cadeia comum. Ou seja, um padrão com o qual se possa julgar, ordenar e comparar o que está em jogo nas controvérsias morais que ocorrem em uma determinada comunidade de agentes.

Gerald Dworkin alterou sua teoria introduzindo a influência que recebeu da concepção rawlsiana de objetividade de princípios, a qual se liga às escolhas realizadas por indivíduos livres, iguais e racionais. Essa objetividade pressupõe que, uma vez que o indivíduo se vê como parte de uma sociedade, ele se vê também exigido a adotar um ponto de vista comum a respeito do que seja bom e justo a fazer. Assim, aludindo à posição original<sup>191</sup>, diz John Rawls que

nossos princípios e convicções morais são objetivos, na medida em que foram atingidos e testados através da adoção desse ponto de vista geral e através da avaliação dos argumentos a ser favor mediante as restrições expressas na concepção da posição original. As virtudes de julgamento, tais como imparcialidade e a ponderação, são as qualidades máximas do intelecto e da sensibilidade que nos possibilitam o bom desempenho dessas tarefas.<sup>192</sup>

É a universalidade, assumida como imparcialidade e ponderação, requeridas pela posição original, que confere os vínculos de amizade cívicas, as quais são capazes de estabelecer a base da civilidade em meio as muitas disparidades conflitos persistentes ao fenômeno moral. E, apesar de Rawls estar propondo um modelo para enquadrar os consensos em sociedade, Dworkin estabelece parâmetro similar, ao propor sobre a hierarquia das vontades a capacidade individual de mudar e ajustar a sua estrutura motivacional, com base em autorreflexão e reflexão compartilhada entre outras pessoas.

Delimitando um pouco mais a independência processual que defende, a objetividade introduzida envolve distinguir as maneiras pelas quais as faculdades reflexivas e críticas das pessoas podem influenciá-las de modo a melhorá-las e melhorar sua cultura e sociedade. E atento aos avanços da psicológica e seus usos, Dworkin exemplificou alguns tipos de influência que deveriam despertar a prudência de todos, tais como: as sugestões hipnóticas; a manipulação;

---

<sup>191</sup> Assumindo o contratualismo de John Locke, Jean-Jacques Rousseau e Immanuel Kant, Rawls argumenta que a posição original (um tipo de estado de natureza) proporciona pelo consenso original a estrutura básica de formação e operação da sociedade política. Liberdade e igualdade: “são esses princípios que pessoas livres e racionais, preocupadas em promover seus próprios interesses, aceitariam num posição inicial de igualdade como definidores dos termos fundamentais de sua associação. Esses princípios devem regular todos os acordos subsequentes.”. RAWLS, 1997, p.12.

<sup>192</sup> RAWLS, 1997, p. 575.

a persuasão coercitiva; as influências subliminares; as influências ligadas aos campos da educação, da doutrinação, da propaganda, do comportamento do consumidor; e aquelas relacionadas ao controle de comportamentos sociais, o qual é feito pelas ciências políticas, jurídicas e correlatas.

A independência processual ocorre de tal modo que envolve encontrar as maneiras de fazer distinções de princípios entre as diferentes formas com que as pessoas são influenciadas em seus processos reflexivos. Por isso, sua concepção de autonomia é elaborada como “uma teoria sobre a presença ou ausência de certos estados psicológicos. Como tal, está sujeito a restrições empíricas. Eu acredito que é verdade que, para alguns agentes, e para algumas motivações, há uma reflexão de terceiro nível”<sup>193</sup>. No entanto, Dworkin não é claro sobre do que se trata a avaliação de terceiro nível e, contra as críticas de que a suposição desta hierarquia de avaliações levaria ao círculo infinito de reexames, o teórico se defende dizendo que não está “tentando analisar a noção de atos autônomos, mas o que significa ser uma pessoa autônoma, ter uma certa capacidade de exercê-la”<sup>194</sup>. Ponderando, portanto, que, se as reflexões individuais estiverem livres de manipulação, coação e assim por diante e, “se a pessoa tiver a identificação necessária, esta será, na minha opinião, vista como autônoma”<sup>195</sup>. E, portanto, uma pessoa que age livremente é aquela capaz de se identificar com seus arbítrios sem impedimentos para a realização da ação assim configurada.

Portanto, o que se está garantindo com esta teoria é que, somente quando a pessoa se identifica com as influências que a motiva, assimilando-as a si mesma, refletindo sobre elas, com objetividade, é que ela está em posição de ser reconhecida como autônoma. Logo, “ser autônomo parece apontar para um equilíbrio ideal entre ser completamente influenciado (por mecanismos psicológicos internos, por outros ou pela sociedade ou cultura) e ser totalmente influenciado por e independente de qualquer um deles”<sup>196</sup>, por meio de um processo racional, de independência processual, capaz de demonstrar que há maneiras piores e melhores de encontrar respostas para o que deveria ser escolhido e feito pelo avaliador. Tal processo racional é provocado, segundo Dworkin, pelo desejo das pessoas de justificar o que elas querem fazer e podem fazer por si e pelos outros. Em moral, uma avaliação a vista da vida comum, já que “os códigos morais estão relacionados com os modos de vida e com os ideais de florescimento humano”<sup>197</sup>.

---

<sup>193</sup> DWORKIN, 1981, p. 213.

<sup>194</sup> DWORKIN, 2015, p. 14.

<sup>195</sup> DWORKIN, 2015, p. 14.

<sup>196</sup> SCHERMER, 2012, p. 8.

<sup>197</sup> DWORKIN, 2008, p. 60.

A fórmula completa para autonomia, então, é a autenticidade mais a independência processual. Uma pessoa é autônoma se, se identifica com seus desejos, objetivos e valores, e essa identificação não é influenciada por si mesma de maneiras que tornam o processo de identificação de alguma maneira estranho ao indivíduo. Explicar as condições da independência processual envolve distinguir as maneiras de influenciar as faculdades reflexivas e críticas das pessoas que as subvertem naquilo que as promovem e melhoram.<sup>198</sup>

Sobre a ação da vontade, em meio aos seus desejos, a independência processual atua para gerar universalidade ética para a ação da pessoa não prescindir mais das influências internas e externas devidamente analisada. Uma reformulada noção de autonomia que passa a corresponder com a “tentativa de entender uma rede emaranhada de intuições, questões conceituais e empíricas e reivindicações normativas”<sup>199</sup> que assegura o lugar capital da interdependência humana na constituição e vivência do fenômeno moral. O que aponta para uma nova questão a ser respondida: quais os limites da interdependência para a caracterização e manutenção da autonomia pessoal?

Eticistas da ética do cuidado têm argumentado que a “a autonomia deve ser entendida como profundamente relacional”<sup>200</sup>. Esta perspectiva tem recebido atenção por muitos eticistas vinculados à análise de práticas do campo de assistência médica e pesquisa biomédica. O que sugere uma oportunidade para análise do desempenho prática deste modelo de autonomia. Em um outro momento, por motivos da amplitude compromisso manifesto desta pesquisa.

Por fim, antes de passar para a análise do paternalismo, formaliza-se toda a extensa reconstrução conceitual da autonomia até este ponto pela seguinte definição:

Autonomia é a capacidade racional de uma pessoa para a autogovernança ou a autodeterminação. É o poder de um indivíduo deliberar sobre as opções disponíveis, escolher livremente entre essas possibilidades e agir em conformidade. Exercemos plenamente nossa autonomia quando nossas escolhas e ações são realmente nossas, livres da pressão dominante das pessoas e dos fatores que nos roubam o controle.<sup>201</sup>

Por este entendimento, “a noção mais abrangente de dano é relativa aos valores e preferências de um indivíduo em particular”<sup>202</sup>, assegurando que “a autonomia funciona como

<sup>198</sup> DWORKIN, 1981, p. 212.

<sup>199</sup> DWORKIN, 1981, p. 204.

<sup>200</sup> SCHERMER, 2012, p. 9. O debate da autonomia como atividade intersubjetiva é realizado principalmente por autores da Ética do Cuidado. Uma de suas defesas pode ser encontrada em *Autonomy, Relationality, and Feminist Ethics* (1997), por Jean Keller.

<sup>201</sup> VAUGHN, 2016, p. 81. Segundo Darlei Dall’Agnol, dano é um termo vago em bioética: “pode significar injúria, difamação, violação de direitos, tortura psíquica ou física etc. Por isso, pode-se dizer que causa dano quem produz algum mal a si ou ao outro, seja física, psíquica ou moralmente”. DALL’AGNOL, 2005, p. 19.

<sup>202</sup> GOLDMAN, 2016, p. 104.

um ideal moral, político e social. Nos três casos, há um valor associado à maneira como as coisas são vistas através das razões, dos valores e dos desejos do indivíduo e como esses elementos são formado e moldados”<sup>203</sup> em uma sociedade plural cada vez mais desafiada por diferentes formas de valorar a vida e de reivindicar os consensos morais. As limitações da autonomia de uma pessoa podem ter muitas faces, podem ser físicas ou psicológicas, óbvias ou sutis, justificadas ou injustificadas, aceitas ou amplamente controversas, inclusive, quando se constituem verdadeiros dilemas morais<sup>204</sup> no âmbito público ou privado de suas vidas.

#### 1.4 Paternalismo: autonomia de um *versus* autonomia de outro

O mais ardente defensor da autonomia foi John Stuart Mill, por seu famoso *Sobre a Liberdade*, de 1859. Por isso, ao se abordar o paternalismo, é muito comum que se apele para a sua fórmula antipaternalista<sup>205</sup> que prescreve 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”<sup>206</sup>. Mas, apesar de ver no paternalismo um forte inimigo das condições do desenvolvimento do caráter e dos talentos individuais e, assim um severo inibidor do progresso social, o próprio Mill evoca concessões, ao julgar que uma ação paternalista faz bem ao prevenir restrições futuras da liberdade, como ocorre nos casos de escravidão voluntária comuns em sua época.

Uma ilustração do problema em torno do paternalismo é o seguinte:

Se alguém foi visto, por um agente da autoridade ou outra pessoa qualquer, tentando atravessar uma ponte verificada perigosa, e não havia tempo de adverti-lo do perigo, essas pessoas podiam agarrá-lo e trazê-lo para trás sem lhe infringir realmente a liberdade: pois a liberdade consiste em fazer o que se deseja, e ele não deseja cair no rio. Não obstante, quando não há certeza, mas apenas perigo de um mal, ninguém, a não ser a própria pessoa, pode julgar da suficiência do motivo que pode levá-la a correr o risco.<sup>207</sup>

<sup>203</sup> DWORKIN, 2008, p. 10.

<sup>204</sup> “Dilemas morais são casos em que os agentes estão vinculados por reivindicações morais conflitantes e não podem resolvê-lo por deliberação adicional.” Cf. BAGNOLI, Carla. Dilemmas, Moral. In. LAFOLLETTE, Hugh (Org.). **The international encyclopedia of ethics**. Chichester: Blackwell Publishing Ltd, 2013, p. “n.p”. [arquivo digital]. Implica sempre uma decisão insatisfatória sobre alguma perda. Bernard Williams argumenta ser equivocada a expectativa de que a ética normativa possa resolver todos os tipos de dilemas morais. Segundo o filósofo, a vida prática esbarra em muitas situações em que os dilemas não podem ser impedidos ou mesmo eliminados completamente.

<sup>205</sup> O “‘antipaternalismo’ é a visão de que promover o bem de outra pessoa não é uma boa razão para interferir em seus atos ou escolhas; portanto, o paternalismo, sendo o oposto disso, deve ser a visão de que promover o bem de outra é um bem e às vezes por si só razão suficiente para fazê-lo”. SCOCCIA, 2018, p. 12.

<sup>206</sup> MILL, 1991, p. 53.

<sup>207</sup> MILL, 1991, p. 140.

Seguindo o exemplo, o paternalismo é tomado como um princípio de prevenção de dano, quando a conduta de um indivíduo pode causar danos a si ou quando ele pode agir sem reconhecer o melhor para o seu próprio bem. É uma orientação normativa, já que está reivindicado sob o motivo de que a interferência beneficia ou prejudica alguém. Contudo, uma descrição tão abrangente escamoteia os limites da intervenção de uma pessoa sobre a outra e, por isso, tanto Stuart Mill quanto filósofos posteriores empregaram significativos esforços em caracterizar a liberdade ou autonomia, com o intuito de posteriormente caracterizar e justificar o paternalismo ao tentar descrever aspectos precisos pelos quais a ação paternalista pode ser necessária e, portanto, legítima. O marcador teórico continua sendo o princípio do dano e, no caso de Mill, o paternalismo deverá ser permitido somente se houver “motivos para acreditar que uma pessoa não está agindo voluntariamente”<sup>208</sup>, do contrário, devendo-se respeitar a liberdade de ação, mesmo que esta seja prejudicial para a pessoa.

Assim como ocorre com a análise da liberdade e da autonomia, os primeiros a caracterizar o paternalismo foram os filósofos políticos assumindo a origem latina do termo, *pater*, pai, ao descreverem originalmente o paternalismo como “o tipo de atitude característica de um pai ou de uma mãe”. Neste caso, poderia também ser chamado de “maternalismo”, mas este termo tem outras conotações, pelas quais o “paternalismo” prevaleceu<sup>209</sup>. A abordagem aparece discutida por John Locke, ao descrever o *pátrio poder* como “somente aquele que os pais têm sobre seus filhos, para governá-los para bem deles até chegarem ao uso da razão”<sup>210</sup>, poder este originado pelo “dever que lhes cabe de cuidar de sua prole durante o imperfeito estado da infância”<sup>211</sup>, sugerindo, portanto, que o governo paterno é um governo natural que deve ser limitado pela propriedade do filho que atinge a idade da razão. Um pai livre, dirá Locke, deve tornar seu filho livre o quanto antes possível, um argumento que coloca em teste a autoridade paternal do Estado projetada pelo pai. Assim, Kant caracteriza o paternalismo:

Um governo estabelecido com base no princípio da benevolência para com o povo como o de um pai para com seus filhos - isto é, um *governo paternalista* (*imperium paternale*), em que os súditos, como filhos menores, não conseguem distinguir entre o que é verdadeiramente útil ou prejudiciais a eles, são constrangidos a se comportar apenas passivamente, de modo a aguardar apenas o julgamento do chefe de estado sobre como eles *deveriam* ser felizes e, quanto ao desejo de sua felicidade, apenas mediante sua bondade - é o maior *despotismo* imaginável (uma constituição que revoga toda a liberdade dos súditos, que nesse caso não têm nenhum direito).<sup>212</sup>

<sup>208</sup> DWORKIN, 2004, p. 751.

<sup>209</sup> MORA, 1981, p. 137.

<sup>210</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 170, p. 537.

<sup>211</sup> LOCKE, 1998, L. II, § 58, p. 434.

<sup>212</sup> KANT, 1999, p. 291.

Em linha gerais, em causa deste contexto, consideramos a existência de um conflito natural entre autonomia e paternalismo e, de modo mais geral, a análise de seus termos segue referenciada pelo conjunto de problemas que envolvem o cenário que se analisa, conforme as classes específicas de razões e justificativas a serem satisfeitas. Por isso, novas caracterizações avançam sobre novas abordagens e problemas relacionados, sem determinar exatamente os limites conceituais do paternalismo fora do campo que o toma como objeto de análise. E diversas perguntas nascem e algumas parecem mais radicais, como aquelas que questionam se um governo ou qualquer outra pessoa poderia influenciar ou coagir alguém, mesmo sobre a alegação da realização de um bem. A questão deixa de ser a preocupação pela prevenção do dano e passa a ser sobre até que ponto pode-se intervir sobre alguém que não requisitou tal intervenção, o que está enunciado de forma embrionária em Stuart Mill:

O único propósito com o qual se legitima o exercício do poder sobre algum membro de uma comunidade civilizada contra a sua vontade é impedir dano a outrem. O próprio bem do indivíduo, seja material seja moral, não constitui justificação suficiente. [...] O indivíduo não pode legitimamente ser compelido a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, porque tal seja melhor para ele, porque tal o faça mais feliz, porque na opinião dos outros tal seja sábio ou reto. Essas são boas razões para o admoestar, para com ele discutir, para o persuadir, para o aconselhar, mas não para o coagir, ou para lhe infligir um mal caso aja de outra forma.<sup>213</sup>

Em época de alegada existência de uma diversidade de bens, assumida de forma radical a regra milliana, o paternalismo, enquanto postura e ação, se mostra altamente questionado por indivíduos que reconhecem a autonomia como autenticidade. Por outro lado, a ação paternalista também revela tópicos problemáticos que envolvem não somente questões filosóficas, com suas respectivas repercussões normativas em ética e política, mas também as dificuldades persistentes ligadas às relações entre pessoas e entre indivíduos e instituições sociais sustentadas pela Estado. A cada nova intervenção estatal, como a retirada de sal das mesas de restaurantes brasileiros, repercutem perguntas sobre limites sociais e políticos do paternalismo, inclusive, colocando em suspeita a possível violação de limites quanto à formação (por indução propositiva) de preferências em pessoas que deveriam ter autonomia sobre esta esfera de suas vidas.

Sobre outra perspectiva, há aqueles que argumentam que “nos últimos anos tornou-se surpreendentemente difícil explicar exatamente por que o paternalismo seria *pro tanto* censurável e mais difícil ainda defender sua absoluta proibição”<sup>214</sup> porque tais reflexões

---

<sup>213</sup> MILL, 1991, p. 53.

<sup>214</sup> COONS, 2013, p. 2.

filosóficas e práticas fizeram ficar mais claro o que o paternalismo envolve e quais os seus riscos, dada a complexidade das condições sociais permeadas por desigualdades crescentes na concretização da autonomia pessoal no mundo moderno. Contudo, uma definição razoável de paternalismo pode conter os seguintes requisitos:

Mais precisamente, *P* age paternalisticamente em relação a *Q* se e somente se: a) *P* age com a intenção de evitar algum dano ou obter algum benefício para *Q*, b) *P* age contra (ou com indiferença a) preferências, desejos ou valores normal de *Q*, e c) o ato de *P* é uma limitação da autonomia ou liberdade de *Q*.<sup>215</sup>

As duas primeiras formulações desta caracterização são fáceis de entender. A primeira trata-se de alguém que age por intenção de evitar um dano ou querendo conquistar algum benefício para o outro. Depois, a atitude de alguém que age indiferente das preferências da pessoa beneficiada, o que coloca em teste o real benefício para a pessoa atendida. Contudo, a terceira formulação não parece rigorosamente dizer muito, afinal, do que se trataria limitar a autonomia ou liberdade de alguém diante do que foi exposto sobre as diferentes caracterizações de autonomia e liberdade? Se produzida uma resposta satisfatória, ela indica o porquê de o paternalismo ter se tornado moralmente problemático, apesar de, a princípio, sua motivação ser aliada a um forte apelo benevolente e de haver, por causa disso, culturas inteiras que parecem pouco incomodadas com sua consolidada presença social. Isso pode ocorrer porque a gramática do paternalismo é sempre justificada sobre o benefício da pessoa em alvo.

Mas, apesar da pretensão à benevolência, muitos consideram ser importante suspeitar que o erro no paternalismo seja o fato de ele envolver alguma forma de coerção ou interferência sobre o outro, o que faz então requererem dele no mínimo uma justificativa para a legitimidade de sua ação. E tal justificativa, para defensores mais radicais da liberdade, não pode ser conquistada com sucesso porque envolve sempre a omissão de um e a imprudência de outro, ao considerar saber o que é melhor para o alvo de sua ação. Vale notar que tal crítica introduz novos elementos que acabam por mostrar que a mera limitação da liberdade do indivíduo se mostra restritiva de uma concepção mais abrangente do paternalismo. E, então, um outro modo de caracterizar o paternalismo seria observado se A em relação a B atendessem aos seguintes requisitos:

- (a) visa ter (ou evitar) um efeito na esfera de atuação legítima de B
- (b) envolvendo a substituição do julgamento ou agência de A por B
- (c) direcionado aos próprios interesses de B ou assuntos que legitimamente estejam sob o controle de B

---

<sup>215</sup> DWORKIN, 2004, p. 751.

(d) comprometeram-se a que, em comparação com o julgamento ou agência de B com relação a esses interesses ou outros assuntos, A considere que seu julgamento ou agência seja (ou provavelmente), em algum aspecto, superior ao de B.<sup>216</sup>

Dois aspectos são enfatizados na caracterização descrita: que o paternalismo não pode envolver coerção ou interferência ativa; e que sua atuação não se origina necessariamente por uma preocupação benevolente com o outro. Tal caracterização coloca em plano, mais uma vez, a discussão sobre quais áreas o indivíduo deveria ser soberano e não permitir a interferência deliberada de outros, afinal, tomado por esta conta, para que o paternalismo se torne um exercício efetivo, seria exigido dele algum tipo de invasão da privacidade de indivíduos ou, no mínimo, algum conhecimento íntimo de seus valores e cálculos de suas preferências, o que é temerário na forma do paternalismo político e, por isso, como argumentado, toda caracterização demanda restrições sobre como a palavra se encontra em uso e sobre quais aspectos performará sua prática. Nesse sentido,

as intervenções paternalistas podem ser interpessoais (governadas por normas sociais e morais) e uma questão de política (mediada por regras formais ou legais). Tais intervenções são identificadas não pelo tipo de atos que envolvem, mas pela justificativa dada a elas, de modo que o paternalismo envolve interferência nas ações ou no conhecimento de uma pessoa contra a vontade dessa pessoa com o objetivo de promover o bem dessa pessoa.<sup>217</sup>

No âmbito daqueles que falam de paternalismo justificado, ao menos seis categorias contam como as mais evidentes de serem aceitas, sendo elas: (I) onde há ignorância: nos casos em que crianças ou adultos podem se envolver em danos potenciais, por falta de conhecimento do que esteja determinando o cenário de risco. O exemplo da ponte de Mill é elucidativo deste caso; (II) onde há estresse emocional: em casos onde pessoas, sob fortes emoções, adotam atitudes radicais, como aquelas observadas em cenários de suicídios; (III) onde há compulsões: casos em que a ação é derivada de influências psicológicas irresistíveis, como resultado de famílias que intervêm sobre dependentes químicos com comportamentos evidentes de autoagressão; (IV) onde há doença mental: da mesma forma, onde há comportamentos autodestrutivos; (V) onde não há racionalidade: casos em que as pessoas se encontram em estado de consciência debilitada, como em situações de doenças degenerativas ou por debilidades momentâneas oriundas de acidentes; (VI) onde houver dano grave sem tempo para avaliação da situação: casos em que a severidade do risco demanda uma ação rápida, sem condições de análise prévia.

---

<sup>216</sup> COONS; WEBER, 2013, p. 5.

<sup>217</sup> CHRISTMAN, 2015.

Mesmo havendo conceção para algumas dessas intervenções, antipaternalistas, como Mill, continuam a defender que o paternalismo é *prima facie* errado e que, portanto, deveria ser proibido. Mas, dada a potenciais danos futuros, sua aceitação seria relativa. Isso ocorre porque as cinco primeiras categorias da caracterização anterior “parecem representar estados de espírito sob os quais uma pessoa pode empreender uma ação possivelmente autodestrutiva; [enquanto], a última categoria – a de dano grave – não representa um estado mental, mas uma possível consequência da ação”<sup>218</sup>, esta última, a única atuação justificada por Mill, já que a maior preocupação dos filósofos de sua época era o cerceamento da liberdade pelo poder político. Por isso,

De fato, o paternalismo é moralmente considerado justificado naquelas situações em que o paternalismo tem boas razões para acreditar que uma atual escolha do indivíduo não seria aquela que ele faria caso certas condições fossem cumpridas. Na conta liberal padrão, essas condições são geralmente especificadas em termos de conhecimento das consequências do curso de ação escolhido e capacidade de fazer uma escolha livre e razoável.<sup>219</sup>

O problema que permanece, entretanto, é o de demonstrar quais seriam os elementos relevantes para que fossem constituídos os casos de paternalismo justificado. A internação compulsória de usuários de drogas, a saber, é bastante controversa, tendo em vista as disputas acerca do que deveria ser considerado dano e quem poderia caracterizado dessa forma. O próprio usuário, a família ou o Estado? Por outro lado, o dano se caracterizaria pelo risco de morte, pelo progressivo dano físico atribuído à substância química, ou pela situação de vulnerabilidade que muitos se colocam na busca pela droga? O dano seria aquele infligido à própria pessoa ou a outras pessoas? Somente as pessoas físicas ou também as instituições, como o Estado, na forma da oneração de seus serviços de saúde?

De discussões dessa natureza, duas descrições de paternalismos tornaram-se recorrentes na literatura mais atualizada: o paternalismo fraco (brando); e o paternalismo forte (radical). O paternalismo fraco é “a visão de que (1) o paternalismo às vezes é justificado e (2) é uma condição necessária para tal justificativa de que a pessoa por quem estamos agindo paternalisticamente não seja, de alguma forma, competente”<sup>220</sup>. Este tipo de paternalismo detém maior simpatia, pois não envolve somente crianças ou pessoas com severos comprometimentos cognitivos, mas também aquelas pessoas sem o conhecimento de aspectos determinantes ao sucesso da ação requerida, quando estão envolvidas, por exemplo, por ignorância ou crenças

---

<sup>218</sup> HODSON, 1977, p. 62.

<sup>219</sup> ARCHARD, 1990, p. 41.

<sup>220</sup> DWORKIN, 2008, p. 124.

equivocadas. Contudo, ressalva-se que desconhecimento não corresponde necessariamente à incompetência. Basta lembrar, mais uma vez, o exemplo da pessoa que vai atravessar a ponte, na ilustração de Stuart Mill. Então, de modo mais rigoroso, o que entra em discussão são as questões relativas a não voluntariedade do agente e a análise de tal requisito será posteriormente obrigatória na caracterização da autonomia do paciente.

O paternalismo forte, por outro lado, “é a visão de que o paternalismo às vezes é justificado, mesmo que a ação seja totalmente voluntária”<sup>221</sup>, ou seja, mesmo que o agente tenha conhecimento do risco com que se envolve.

O paternalismo forte é contrastado com o paternalismo fraco de duas maneiras: pode significar forçar as pessoas a agir (ou abster-se de agir) em vez de simplesmente manipular a escolha de maneiras menos invasivas, como o paternalismo libertário. E, pode significar impor ações às pessoas que elas mesmas não escolheriam, mesmo que devidamente informadas; onde o paternalismo suave apenas leva (ou seduz) as pessoas a fazerem o que elas mesmas gostariam, se soubessem os fatos.<sup>222</sup>

Então, de um lado, o paternalismo fraco se justifica, quando preferências, escolhas e ações da pessoa em questão se mostram não voluntárias e, portanto, não autônomas. Quando se presume que ela não esteja cônica do potencial dano o que ela provavelmente agiria de outra forma. Para Joel Feinberg (1971), autor do termo, somente este tipo de paternalismo pode ser justificado ao “se impedir que uma pessoa se prejudique como consequência de escolhas que não são voluntárias, porque, neste caso, as escolhas não são verdadeiramente suas e, portanto, seu direito à autodeterminação não seria realmente violado”<sup>223</sup>. E, então, fora da preocupação do dano aos outros, este paternalismo permite a proteção de pessoas que fazem “‘escolhas não voluntárias’, que, sendo escolhas de ninguém, não seria menos estranhas para elas”<sup>224</sup>, caso pudessem dar o seu assentimento voluntário. Contudo, como o próprio autor chama a atenção, esta presunção que autoriza o ato paternalista “deve ser tomada como refutável, a princípio”<sup>225</sup>, já que o afã paternalista pode incorrer em erro avaliativo quanto ao que determina as condições e as preferências da pessoa que se torna alvo de sua ação.

Por outro lado, o paternalismo forte, inadmissível para autores como Joel Feinberg, é aquele que acredita que pessoas possam ter finalidades equivocadas, confusas ou irracionais e que, portanto, seria legítimo interferir para que elas não alcancem esses fins. Considerando que

---

<sup>221</sup> DWORKIN, 2008, p. 124.

<sup>222</sup> CONLY, 2013, p. 45.

<sup>223</sup> SCHERMER, 2012, p. 15.

<sup>224</sup> FEINBERG, 1971, p. 124.

<sup>225</sup> FEINBERG, 1971, p. 113.

mesmo pessoas racionais e perfeitamente cientes das implicações de suas escolhas podem optar por correr certos riscos em nome de um pequeno prazer como alguns que encontram pequenos prazeres no tabagismo. E uma forma do “Estado assegurar que tais práticas sejam verdadeiramente voluntárias seria confrontar continuamente os fumantes com os fatos médicos ruins, para que não haja como escapar do conhecimento dos riscos médicos para a sua saúde”<sup>226</sup>. O poder político pode ainda aumentar a tributação ou criar outros artifícios para a desmotivação progressiva do consumo de cigarro. O que ele não pode é impedir o exercício da voluntariedade individual, isto é, ações sobre julgamentos informados, arriscando tornar adultos eternas crianças, por não terem que enfrentar as responsabilidades advindas de suas preferências, valores e estilos de vida. Este paternalismo, como “princípio da política pública, possui um sabor moral amargo e cria sérios riscos de tirania governamental”<sup>227</sup>, além de minar, as várias razões possíveis a uma ação, diminuindo a qualidade de vida moral dos agentes.

Ao enfrentar a defesa de Mill para o paternalismo, no caso da pessoa que se vende como escravo, Feinberg argumenta que há, de pronto, uma presunção de que este tipo de pessoa seja incompetente, não livre ou mal informado, no entanto, ele aconselha que o Estado pode “requerer provas muito fortes de sua voluntariedade – testes elaborados, juramentos, testemunhos psiquiátricos, períodos de espera antes de avaliar esses contratos”<sup>228</sup> seguindo sua premissa de que, a princípio, todo paternalismo deve ser refutável ou, no mínimo, colocado em suspeita. É preciso ter evidência segura da não voluntariedade da pessoa, antes de qualquer ação paternalista, para que indivíduos não permaneçam à mercê da contínua arbitrariedade dos outros, principalmente, da arbitrariedade do Estado e de sua força coercitiva. Evitando, dessa forma, a existência de um paternalismo abrangente e sistemático.

Em resumo, o que se depreende dos dois tipos de paternalismos é que o fraco se mantém interessado em proteger a pessoa mantendo-a ligada ao que supostamente poderia querer, caso não estivesse impedida de fazer sua própria deliberação. As “intervenções paternalistas fracas, portanto, pressupõem uma incompatibilidade entre a vontade expressa do agente e a sua vontade autêntica”<sup>229</sup>. Enquanto o paternalismo forte não se preocupa em agir de acordo com a vontade da pessoa. Sua motivação básica é o benefício, o pretense bem-estar da pessoa, independente das preferências, valores e razões para o agir que essa pessoa venha a ter. Assim, “por causa dessa característica, o paternalismo forte tem sido frequentemente considerado como minando

---

<sup>226</sup> FEINBERG, 1971, p. 116.

<sup>227</sup> FEINBERG, 1971, p. 116.

<sup>228</sup> FEINBERG, 1971, p. 117.

<sup>229</sup> KILLMISTER, 2018, p. 140.

diretamente a autonomia”<sup>230</sup> dos indivíduos, sendo considerado, *prima facie*, imoral, já que ele atua em afronta ao direito de autodeterminação das pessoas.

Assim, pelo exposto, é evidente que algum paternalismo fraco seja admissível como quando um cuidador proíbe crianças de brincar com facas afiadas, produtos perigosos ou em ambientes muito altos, para o bem das crianças, mas, em outra linha mais radical, há autores que defendem o completo alargamento da ação paternalista, na forma de ações estatais e de outros tipos de intervenções sociais, em casos que muitos consideram como paternalismo forte. Para estes paternalistas, “aqueles que dizem que devemos respeitar a autonomia, deixando que as pessoas se machuquem irreparavelmente, não mostram, [...], tanto respeito pelo valor humano quanto pretendem”<sup>231</sup>. E um dos caminhos para colocar em teste a validade da busca irrestrita pela liberdade e autonomia, segue na direção de mostrar que agentes não são tão racionais quanto julgam ser e que, portanto, não são tão bons em avaliar o que seja o melhor para suas vidas. Para Sarah Conly (2013), uma importante paternalista dentro desta discussão, “a irracionalidade é muito maior do que nossa tradição iluminista nos permitiu acreditar e nos impede de tomar as decisões necessárias para alcançar nossos objetivos”<sup>232</sup>, o que faz com que muitas vezes pessoas se tornem ressentidas por não terem sido impedidas de iniciar o ato de fumar, por exemplo. Ao contrário de Feinberg, a autora julga necessário tornar ilegal o consumo de tabaco. Argumenta que, apesar das massivas campanhas de desincentivos para a prática, o número de fumantes continua alto<sup>233</sup> e trazendo bastante sobrecarga para a vida dos fumantes e para o sistema de saúde, por isso, entende como razoável que “em vez de simplesmente educar as pessoas sobre os perigos do fumo, como fazem os liberais ou desincentivas o fumo, tornando-o muito caro, eu recomendaria que nos livrássemos dos cigarros”<sup>234</sup>.

Conly sustenta sua argumentação sob a alegação insistente de que existem amplas evidências nos campos da psicologia e da economia comportamental que apontam inúmeros vieses cognitivos que tornam a autonomia instável em sua execução, em grande parte da vida dos indivíduos, principalmente em períodos em que eles estão formando suas preferências. E que a existência desses vieses sugere a necessidade de legislações que promovam o bem das pessoas, porque, “nem todos os erros cognitivos podem ser reparados convencendo as pessoas de fatos relevantes”<sup>235</sup>. Para a autora, tal constatação seria a prova de que pessoas precisam de

---

<sup>230</sup> KILLMISTER, 2018, p. 140.

<sup>231</sup> CONLY, 2013, p. 1.

<sup>232</sup> CONLY, 2013, p. 2.

<sup>233</sup> Em torno de 20% da população mundial. Cf. CONLY, 2013, p. 32.

<sup>234</sup> CONLY, 2013, p. 32.

<sup>235</sup> CONLY, 2013, p. 3.

orientação externa, na forma de restrições, por meio de arranjos sociais, regulamentações e leis jurídicas, mesmo que se considere o perigo real de indivíduos cederem o domínio de sua individualidade ao controle governamental. Então, daqueles que reconhecem o benefício deste paternalismo altamente interventivo, três caminhos são indicados para a sua efetivação:

manter nossa liberdade atual, mas proporcionar melhores condições para fazer escolhas, que é a resposta liberal clássica; o chamado paternalismo libertário, que sugere tornar as más escolhas mais difíceis e as boas escolhas mais atraentes, mas que ainda permite toda a gama de opções; e paternalismo coercitivo, onde simplesmente impedimos algumas escolhas.<sup>236</sup>

Saray Conly é adepta deste paternalismo coercitivo, o mais invasivo deles, mas não indica explicitamente de quais maneiras poderiam ocorrer as intervenções, apesar de ilustrar seus argumentos com inúmeras sugestões de áreas para intervenção e seus relativos benefícios. Caracteriza a intervenção permitida como resultado de uma análise de custo-benefício, a qual devesse ser devidamente implementada na forma de legislações governamentais, o que é muito temerário e passível de inúmeras críticas. Apesar disso, a autora propõe que a sociedade em geral, através do governo estabelecido, deva ajudar as pessoas a que façam o que seja bom para elas, mesmo que a coerção tenha que ser realizada na forma taxativa de lei. E, esclarece, que em ao menos dois casos, tais restrições já ocorrem quando “a ignorância dos fatos significa que a pessoa não sabe o que está escolhendo e, segundo, onde a pessoa é, por algum motivo, incompetente para fazer uma escolha racional”<sup>237</sup>. O primeiro ilustrado nas práticas de administração de avisos em praias indicando a presença de animais perigosos aos banhistas. O segundo, ilustrado no impedimento judicial de algumas pessoas em movimentar seus bens, por causa de alguma doença ou vício persistente. Para a teórica, estas são amostra irrefutáveis de que a sociedade já convive bem com inúmeros atos paternalistas da parte do Estado, o que se mostra um argumento frágil, já que, no primeiro caso, se está confundindo desconhecimento com incompetência ou deficiência para lidar com o cenário de perigo.

O paternalismo coercitivo de Sarah Conly recebeu várias críticas. Uma delas é a de que ele atuaria repressivamente sobre a formação de preferências em áreas representativas da formação da autonomia das pessoas. Afinal, contra um alegado subjetivismo na formação dos padrões valorativos das pessoas, Conly propõe um objetivismo igualmente forte, ao sugerir que o certo e o errado possam ser decididos pela atuação estatal. Uma proposta bastante arbitrária, afinal, sobre quais valores e áreas o Estado teria autoridade para informar o que deveria ser

---

<sup>236</sup> CONLY, 2013, p. 24.

<sup>237</sup> CONLY, 2013, p. 18.

restringido às pessoas mediante a constrangimentos e incentivos políticos? Quem definiria o valor instrumental ou intrínseco presente nas escolhas das pessoas e, por consequência, nas escolhas ordenadas pelo Estado? O valor se constituiria pela obtenção de opções derivadas da primeira restrição (longo prazo) ou pelo benefício imediato? Como ficaria a restrição de certos bens que, a depender do legislador, podem ser concebidos como não benéficos ao Estado?

O perigo advindo da suspeita presente nestas perguntas é o uso de constrangimentos e de incentivos assimetricamente dispostos sobre integrantes de diferentes grupos sociais e comunidades morais, gerando formas distintas de ajuste de preferências que violariam aspectos importantes da autonomia de pessoas ou grupos inteiros. Por isso, vale ressaltar, é perigoso acolher “uma teoria que explicitamente trataria o paternalismo como moralmente imperativo”<sup>238</sup>. E a ausência analítica parece um bom termômetro para, de um lado, verificar a linha tênue em que atua o paternalismo, sempre em risco de fazer o mal, mesmo perseguindo o bem e, de outro lado, medir a força que a autonomia ganhou nos últimos tempos, apesar da clareza de que algum paternalismo possa ser necessário, mesmo que todos busquem e desejem sua própria autonomia e a autonomia do outro.

Os riscos e malefícios advindos do paternalismo malsucedido fica mais evidente em profissões em que o cuidado é a sua principal missão. Em profissões de ajuda e auxílio, é preciso considerar que exista uma linha tênue entre o que seja a atuação para o benefício do cliente ou o que seja a extrapolação do seu direito à autonomia. É natural que, numa relação em que o profissional preparado, credenciado e dedicado a prover bens e serviços tenha um inegável poder de influência, para o bem ou para o mal, sobre seus clientes ou usuários de seus serviços, quando se considere que:

o paternalismo é uma tentação permanente do profissionalismo, em especial nas profissões que têm como missão constitutiva cuidar de aspectos pessoais do usuário ou cliente de seus serviços. A especificidade do próprio saber e das próprias competências profissionais inclinam ao paternalismo.<sup>239</sup>

Em vista dessa análise mais geral, será avaliado a partir deste ponto será avaliado o paternalismo nas profissões biomédicas, mais especificamente, nas relações entre equipes médicas e pacientes ou sujeitos de pesquisa, um ponto importante para a introdução da discussão sobre a autonomia do paciente.

---

<sup>238</sup> SCHERMER, 2012, p. 17.

<sup>239</sup> ALONSO, 2006, p. 129.

### 1.4.1 Paternalismo médico: a autonomia do médico

As áreas de prática médico-assistencial e pesquisas biomédicas são as mais evidentes para receber intervenções paternalistas e as que menos sofrem resistência por parte das pessoas. Em algum grau, a interferência do médico, das agências de saúde e de governos locais, parece razoável, necessária e urgente, já que ninguém quer permanecer doente ou sucumbir à morte, principalmente, a morte prematura ou dolorida. Há aqueles, inclusive, que consideram o paternalismo condição indissociável da relação médico-paciente, uma vez que “o *status* de pacientes como pessoas cuja autonomia é comprometida constitui material da arte terapêutica. O médico está atuando para alterar a capacidade fundamental dos pacientes para realizar seus planos de vida”<sup>240</sup>. Para estes, a doença é um mal que diminui a autonomia da pessoa doente e o médico se constitui como aquele que apropriadamente pode auxiliar o reestabelecimento da condição de autonomia da pessoa. Em consequência disso, os “regulamentos paternalistas foram propostos e realmente implementados aqui mais do que em outras áreas”<sup>241</sup> seguindo uma norma estabelecida da beneficência do médico sobre a qual está originalmente fundado o ofício das ciências médicas. Apesar desta relação, não se deve afirmar que a beneficência equivalha ao paternalismo, no máximo, afirma-se prudencialmente que a beneficência flerta com alguma atitude paternalista na medida em que existe:

a alegação de um indivíduo com poder sobre outro indivíduo de possuir julgamento ou autoridade superior sobre os interesses desse último indivíduo e a melhor forma de protegê-lo e promovê-lo. [...] Paternalista nomeia uma atitude, que pode ou não levar ao comportamento nomeado pelo paternalismo. Isso significa que o julgamento clínico paternalista de um médico pode ser justificado por treinamento e experiência, que, por si só, não justificam o paternalismo médico, porque uma atitude não é um comportamento, muito menos um comportamento de interferência na autonomia de um paciente.<sup>242</sup>

A disposição médica de intervir é significativamente diferente do ato interventivo realizado pelo simples ímpeto de intervir, o que seria moralmente injustificado. Mas o automatismo da prática médica torna a sua atuação uma imposição crescente de critérios convenientes ao seu exercício tornando a relação médico-paciente-sujeito de pesquisa profundamente assimétrica e aberta a todo tipo de violação daqueles que se submetem. É preciso ter em conta que nem o profissional biomédico nem a medicina estão isentos de julgamentos erráticos e práticas nocivas, mesmo que se mantenham atuando sob o paradigma

---

<sup>240</sup> ACKERMAN, 1982, p. 17.

<sup>241</sup> CONLY, 2013, p. 14.

<sup>242</sup> MCCULLOUGH, 2018, p. 222.

do benefício. Além do mais, a prática ensimesmada pode ainda potencializar alguns riscos associados a uma das cinco características tradicionalmente observadas na relação médico-paciente:

1. Uma verticalidade no relacionamento; o médico está em um plano superior.
2. O médico fornece indicações que são assumidas como ordens.
3. A posição do paciente é de submissão ou resistência.
4. A autoridade do médico parece derivar de sua posição de poder, assumindo, portanto, que ele tem o conhecimento e a autoridade para agir.
5. A informação ao paciente não é necessária; portanto, o relacionamento é baseado no silêncio e a estratégia é o segredo.<sup>243</sup>

Somam-se a esses aspectos outros três temas morais recorrentes à literatura da ética médica: “i) decoro, ou o comportamento esperado do praticante de medicina; ii) deontologia, ou as obrigações e regras que devem ser respeitadas; e iii) ética política, ou a relação entre as ações do praticante e a sociedade em que vive”<sup>244</sup>.

De forma embrionária, estas características estiveram incorporadas aos primeiros códigos de práticas médicas registrados pelo *Corpus Hippocraticum*<sup>245</sup> (450-430 a.C) envoltas a um modelo conhecido como medicina sacerdotal, a medicina clássica fortemente relacionada a rituais religiosos de curas que persistiu durante todo o período clássico e parte do período helenístico. “Os curandeiros que usam remédios calmantes evoluem para os médicos da era clássica”<sup>246</sup>, uma vez que a “medicina racional”, baseada na observação e no raciocínio lógico, tomou corpo sobre a égide de uma outra ciência que formava muitos adeptos na época: a filosofia grega. Sobre a inspiração da filosofia, a partir deste período, “a cura começou a ser chamada de *arte* ou *habilidade (techne)* e seus praticantes, *artífices (demiourgoi)*, mas ambos igualmente uma forma de aprendizado (*paideia*)”<sup>247</sup>. E os hipocráticos, curadores formados pela escola médica fundada por Hipócrates de Cos (460-380 a.C), se “constituíram a elite intelectual da medicina grega, sempre atentos as novidades filosóficas”<sup>248</sup> e, por isso, os médicos na sociedade grega eram vistos como pessoas diferentes e superiores às demais.

<sup>243</sup> GRACÍA, 2008, p. 444.

<sup>244</sup> SILVA, 2015, p. 38.

<sup>245</sup> O *Corpus Hippocraticum* são os registros da “concepção da medicina como *tékhné*, seu elo fundamental com a fisiologia pré-socrática, a consequente atitude em relação ao diagnóstico e tratamento da doença, a mentalidade ética do curador; tais são os campos em que tudo o que é comum no pensamento e na ação dos médicos hipocráticos se manifesta”. ENTRALGO, 1970, p. 391.

<sup>246</sup> JONSEN, 2000, p.1.

<sup>247</sup> JONSEN, 2000, p. 1. [grifo do original].

<sup>248</sup> RUIZ-VALDEPEÑAS, 2015, p. 15.

Hipócrates, a quem se atribui a maioria dos tratados que compõe o *Corpus Hippocraticum*, ao orientar em tom clínico a forma como seus alunos deveriam agir sobre dores e infecções de seus pacientes, descreveu a arte médica da seguinte maneira:

Você deve descrever o passado, conhecer o presente, prever o futuro; pratique isso. Exercitar-se em relação às doenças em duas coisas, ajudando ou pelo menos não causando danos. A arte tem três elementos: a doença, o doente e o médico. O médico é o servidor da arte. O paciente deve opor-se em resistência a doenças juntamente com o médico.<sup>249</sup>

E estudiosos dos tratados traduzem a parte final do aforismo como “o paciente deve cooperar com o médico no combate à doença”<sup>250</sup> denotando, pelo espírito geral da obra, que os principais atores da trama médica são o médico e a doença, enquanto ao paciente é reservada a tarefa de cooperar silenciosamente com médico para que este ganhe a disputa contra a doença. Contudo, o mais importante a se observar no aforismo é a reivindicação ética formadora da medicina enquanto ciência e que permaneceu como princípios basilares até pelo menos 40 anos atrás: ajudar e não causar mal na forma dos princípios de beneficência e de não maleficência. E por causa da inclusão do termo de não fazer mal ou, não prejudicar, “Galeno, o maior intérprete de Hipócrates, considerou a máxima quase ultrajante em sua simplicidade: por que seria necessário ordenar aos médicos que não prejudicassem seus pacientes?”<sup>251</sup>. Como replica Albert Jonsen (2000), uma pergunta atual que deve ser direcionada aos médicos para que se lembrem das possibilidades de danos que acompanham qualquer processo de tentativa de cura.

Na instauração do princípio de ajudar e, na sua impossibilidade, ao menos não prejudicar, “o pensamento hipocrático torna-se um argumento filosófico-teológico que posteriormente foi chamado de "paternalismo médico"<sup>252</sup>, pelo caráter filantrópico da arte, permanecendo a ética hipocrática essencial “para o entendimento do desenvolvimento e criação dos códigos de ética médica. Ela é atual no que tange ao respeito ao sigilo, mas é obsoleta no respeito à autonomia do paciente, se integrando ao paternalismo”<sup>253</sup>. E, muito provavelmente, por causa das características relatadas, quaisquer discussões que visem colocar em questão a higidez do exercício médico sempre encontrarão alguma resistência. De um lado, porque legitimamente qualquer novo protocolo médico-assistencial e de pesquisa arrisca a colocar em xeque inúmeras boas práticas desenvolvidas ao longo de muitos séculos. Depois, porque não se

---

<sup>249</sup> HIPOCRATES, 1989, p. 62.

<sup>250</sup> JONSEN, 2000, p. 2. Ver também: ENGELHARDT, 2008, p. 348.

<sup>251</sup> JONSEN, 2000, p. 2

<sup>252</sup> GARRIDO, 2011, p. 19.

<sup>253</sup> NEVES, 2006, p. 27.

pode desconsiderar que se trata de profissionais de uma área autorregulamentada, ou seja, de um grupo de indivíduos formalmente organizados em sociedades, em vista de um compromisso com os objetivos intelectuais, morais e práticos de sua profissão. O que, sob a legitimidade da prudência, a fim de resguardar suas boas práticas, pode figurar como nova resistência produzida por crenças estabelecidas e salvaguardadas por um grupo que detém um saber único e particularizado que, ainda assim, foi capaz de prejudicar pessoas, mesmo atuando sobre o princípio do cuidado. E especialmente

no contexto latino-americano, é preciso reconhecer que existe uma longa tradição no desenvolvimento de modelos políticos intervencionistas que privilegiaram o exercício de uma concentração de poder, que pouco contribuiu para o desenvolvimento de cidadãos participativos, facilitando também essa mesma caracterização paternalista da prática médica na relação do ensino e no sistema judicial.<sup>254</sup>

É notório que o paternalismo médico se mostra profundamente enraizado na consciência pública de países latinos se constituindo, portanto, um desafio adicional à discussão que visa questionar as ações paternalistas e introduzir a novidade da autonomia na relação entre médicos e pacientes modernos. Mesmo em países que assumiram as primeiras discussões da autonomia do paciente, as críticas mais tímidas ao paternalismo médico apareceram somente a partir de 1970. Portanto, se trata de uma discussão nova e cheia de áreas sensíveis a qualquer um que queria se enveredar por ela, ainda mais, em culturas profundamente paternas como a brasileira. O que não pode acontecer por certo é a omissão do debate, já que se entende que “pacientes e médicos formam uma rede de compromissos, assim como de limites e fronteiras”<sup>255</sup>. E que esses compromissos demandam mútuo entendimento para que o relacionamento possa ser reconhecido como ético e beneficente para todas as partes envolvidas.

Mas quanto à caracterização do paternalismo, segundo a literatura mais ampla, em termos simples, autores assumem o paternalismo como envolvendo alguma interferência médica sobre a autonomia do paciente. Ao catalogar diversas definições, Beauchamp e Childress, descrevem que “os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação ou ocultação de informações, por outro”<sup>256</sup>. Isso porque,

com a intenção de evitar maiores danos a seus pacientes, os médicos frequentemente ocultam informações ou fornecem informações incompletas ou distorcidas ou agem sem o esclarecimento ou consentimento necessário do paciente. Nesse amplo espectro

---

<sup>254</sup> GRACÍA, 2008, p. 444.

<sup>255</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 346.

<sup>256</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 298.

de situações, podem ser feitas algumas descrições fundamentais que podem ajudar na compreensão do problema e na tomada de decisões.<sup>257</sup>

E então há duas dimensões presentes na ação médica paternalista, segundo os critérios fornecidos acima: de um lado, a interferência positiva de contrariar as preferências e os propósitos de uma pessoa em cuidado e, de outro, a (não) interferência negativa pela ocultação de informações relevantes: ambos com o propósito de beneficiar a pessoa. É consenso, entre a maioria dos autores, que o paternalismo é sempre em vista do bem do amparado, mas, como argumenta Maartje Schemer (2012), “‘beneficiar’ deve ser entendido aqui como incluindo tanto a prevenção de danos quanto a promoção positiva do bem-estar. Como isso pode ser realizado por ações ou omissões, ‘agir’ é considerado para incluir ambos”<sup>258</sup>. Dessa forma, em vista da própria natureza da ciência médica e do contexto em que a relação médico-paciente se estabelece, o paternalismo médico vai muito além do simples cerceamento da liberdade individual, pois tem seu escopo ampliado para dimensões consideradas capitais para a possibilidade de autodeterminação da pessoa quando, por exemplo, se omite alguma informação importante para a sua deliberação. Por exemplo, diante de um paciente relutante, sugere Hipócrates ao médico iniciante:

Faça tudo isso com calma e ordem, escondendo a maioria das coisas durante o seu desempenho. Dê a ele as ordens apropriadas com bondade e doçura, e ele distrai sua atenção; repreenda-o algumas vezes de maneira estrita e severa, mas outros o encoraje com cuidado e habilidade, sem mostrar nada do que acontecerá a ele ou a seu estado atual; muitos vão a outros médicos por causa dessa afirmação, mencionada acima, do prognóstico sobre o presente e o futuro.<sup>259</sup>

É importante notar que a definição do ato paternalista descrita anteriormente é normativamente neutra em si, pois é na prática através das circunstâncias que o paternalismo será definido como justificado ou não justificado e, portanto, admissível ou proibido a qualquer membro do corpo médico-assistencial. Pacientes deprimidos ou com algum rebaixamento cognitivo têm pouca probabilidade de tomar decisões sensatas e benéficas a si mesmos e, a depender do tipo de escolha que precisa ser feita, a intervenção médica é não somente orientada mas também necessária e exigida. No entanto, a situação que pode ser completamente diferente, caso se trate de um paciente em perfeitas condições de voluntariedade e, assim, pode-se elencar ao menos três posições principais quanto à justificabilidade do paternalismo médico: “(1) o antipaternalismo; (2) um paternalismo justificado que recorre principalmente a alguma

---

<sup>257</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 193.

<sup>258</sup> SCHERMER, 2012, p. 15.

<sup>259</sup> HIPOCRATES, 1983, p. 209.

formulação do princípio de respeito a autonomia; e (3) um paternalismo justificado que recorre principalmente a princípios de beneficência”<sup>260</sup>. Especialmente o paternalismo justificado (2) é o que usa uma estratégia de equilíbrio, ao levar em consideração o grau de autonomia do paciente para a definição da amplitude do exercício paternalístico. É este o paternalismo defendido pelos autores do princípio de Respeito à Autonomia e ele será retomado tangencialmente, quando for analisado o conteúdo da autonomia comunicado por este princípio.

Com efeito, o antipaternalismo (1) e o paternalismo justificado sobre o princípio da beneficência (3) seguem parte das discussões esboçadas até o momento. E, então, no caso dos antipaternalistas, existem aqueles que defendem que o paternalismo deve sempre gozar de suspeita dando espaço a autonomia do paciente, mesmo que se tenha que recorrer à nomeação de outro indivíduo para que este determine os melhores interesses daquele que foi tutelado. Este indivíduo pode ser um familiar ou um responsável autorizado que, no caso de filhos, pode-se emancipá-los para que seus próprios desejos sejam ponderados e atendidos. Antipaternalistas de linha libertária defendem que indivíduos que se recusam a usar capacetes ou cintos de segurança, na condução de seus veículos, por exemplo, devam simplesmente ser deixados ao perigo, o mesmo ocorre com pessoas que nadam em lugares perigosos ou praticam esportes violentos e arriscados. Para este tipo de antipaternalista, o custo psíquico de deixar tais pessoas à sua própria consciência vale o preço de tentar torná-las responsáveis pelos seus próprios atos, uma vez que tal posição também limita o campo de interferência das instituições estatais.

Argumentam

que se o paternalismo pudesse fundamentar-se, estaria justificado que o médico e as autoridades de saúde obrigassem todas as pessoas a levar um tipo de vida espartana, caracterizada pela prática de atividades físicas para melhorar seu estado corporal, a abstenção de fumar e de beber, de participar de diversões que possam ser perigosas.<sup>261</sup>

Quanto ao paternalismo justificado pela beneficência, este é o mais debatido e aceito, já que contempla pessoas que podem não se encontrar em condições de elas próprias fazerem escolhas, mesmo sobre a intenção de seu benefício. Trata-se, por exemplo, dos casos tidos como incompetentes, como crianças pequenas, pessoas com comprometimentos cognitivos severos ou sobre fortes emoções. Nestes casos, o paternalismo é praticamente inevitável ou necessário. O desafio é ter presente em contexto de promoção da saúde o que se está considerando normalidade e racionalidade. É “evidente que um sujeito que sofre de uma doença somática

---

<sup>260</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 302.

<sup>261</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 197.

está em um estado de anormalidade orgânica e um que sofre de um distúrbio mental, primário ou secundário a uma doença orgânica, não estará em condições ideais para agir racionalmente”<sup>262</sup>, contudo, isso não pode indicar um paternalismo irrestrito. Afinal, não há dúvidas de que, salvo os casos extremos, pacientes psiquiátricos, em instalações de saúde mental, ainda tenham condições de desejar e escolher indicadores de bem-estar físico e psíquico, como aqueles do tipo alimentação, colegas de dormitório ou a quem realizar uma ligação telefônica, assim como outras necessidades individuais sistematicamente violadas por relatos incorporados pela história das instituições psiquiátricas. O que dizer ainda de pessoas que são totalmente tuteladas pelo simples fato de não serem alfabetizadas? Introduzidas tais nuances, uma definição de paternalismo médico poderia ser a seguinte:

(1) um médico ou outro profissional de saúde realiza ações destinadas a limitar o exercício da autonomia do paciente (2) com base no julgamento clínico e na tomada de decisões que beneficiam de maneira confiável com base em como proteger os interesses do paciente relacionados à saúde das consequências das decisões e ações do paciente com base neles.<sup>263</sup>

Ressalvando que, como foi antecipado, existem inúmeras maneiras pelas quais um médico ou quaisquer outros profissionais da equipe de saúde médica-assistencial, inclusive, de saúde mental, podem interferir na decisão de um paciente em relação ao seu tratamento de saúde.

o profissional pode pressionar um paciente a consentir com um tratamento indesejado, reter informações pertinentes sobre a natureza e os riscos de várias opções de tratamento, mentir ou enganar o paciente sobre o estado de sua saúde, divulgar informações médicas indesejadas ou submetê-lo a tratamentos que ele não deseja.<sup>264</sup>

Por outro lado, o paciente também pode recusar explicitamente um tratamento ou alguma orientação médica, uma vez que “seu consentimento pode ser invalidado porque se baseia em informações inadequadas, pode haver pressões coercitivas ou manipulativas do empregador, da família ou do médico para consentir, ou seu consentimento pode não ser buscado em primeiro lugar”<sup>265</sup>. Recusas deste tipo manifestam capacidade de autonomia pelo paciente, já que o consentimento de sua parte é o que legitima a concretização prática de uma relação ética entre ele, o paciente, e o profissional de saúde.

---

<sup>262</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 194.

<sup>263</sup> MCCULLOUGH, 2016, p. 2158.

<sup>264</sup> BULLOCK, 2018, p. 311.

<sup>265</sup> BULLOCK, 2018, p. 312.

Um complicador para a avaliação do paternalismo é o estabelecimento de quais critérios recorrer para avaliar o apelo ou o que sejam os melhores interesses do paciente. Em contexto de saúde, a literatura bioética os direciona “à sua saúde física ou mental, ou à sua qualidade de vida geral, mas também foram identificados em termos do paciente ter crenças verdadeiras sobre o estado de sua saúde ou em termos de promovendo a autonomia real ou futura do paciente”<sup>266</sup>, o que ratificamos como sendo muito amplo, necessitando, portanto, ser avaliado no contexto dos casos particulares, afinal, para a maioria das pessoas, ter conhecimento de seu real estado de saúde pode melhorar suas condições gerais, inclusive, suas condições psicológicas para o enfrentamento da doença e para a tomada de decisões ao longo do tratamento. Mas do que se trataria preservar seus interesses, quando estes dizem respeito à qualidade geral da vida? Uso de medicações que anulem sua consciência de sofrimentos físicos e psíquicos relacionados ao momento de enfermidade ou convalescência? Sofrimentos que podem comprometer a avaliação racional da situação tanto em seu sentido positivo quanto negativa quando, por exemplo, se precisa estar atendo à origem de novas comorbidades oriundas do tratamento prescrito.

A fim de justificar a defesa do paternalismo do tipo coercitivo, Sarah Conly (2013) argumenta que, apesar de hoje as pessoas terem acesso fácil e rápido a diagnósticos de doenças e tratamentos medicamentosos, via *sites* e aplicativos especializados, não há, da parte dessas pessoas, “nenhum movimento para eliminar a necessidade de uma consulta médica para certos medicamentos – não apenas aditivos, cujo uso podemos ter razões especiais para controlar, mas para produtos que variam de cremes anti-inflamatórios a pílulas para hipertensão”<sup>267</sup>. No entanto, pode-se objetar que este tipo de adesão à norma médica não se faz por uma não problematizada entrega da autonomia do paciente, mas antes por uma consciente avaliação dos riscos inerentes do uso de uma gama de remédios que, inclusive, têm performado pesquisas que sugerem, até mesmo, alterações de personalidade ou de mudança do “eu”, pelo uso de medicamentos populares contra dores de cabeça, alergias e para o controle de colesterol<sup>268</sup>. Por sua vez, outras pesquisas verificaram que medicamentos comuns para tratamento de Parkinson contribuíram para o desenvolvimento de distúrbios do controle de impulsos que levaram os seus usuários ao envolvimento com jogos de azar e compras não desejadas<sup>269</sup>, naturalmente,

---

<sup>266</sup> BULLOCK, 2018, p. 312.

<sup>267</sup> CONLY, 2013, p. 18.

<sup>268</sup> Cf. CHAM, S., KOSLIK, H. J., GOLOMB, B. A. *Mood, Personality, and Behavior Changes During Treatment with Statins: A Case Series. Drug Saf - Case Rep*, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40800-015-0024-2>. Acesso em: 8 fev. 2020.

<sup>269</sup> CORVOL, 2018.

acarretando-lhes prejuízos psicológicos, financeiros, legais e sociais. Ninguém razoavelmente comprometido com o seu bem-estar e com o das outras pessoas cogitaria passar por quaisquer transtornos, portanto, seria contraproducente pensar que uma pessoa deliberadamente abriria mão de uma opinião especializada sobre o melhor uso a se fazer desses tratamentos. Ou a prudência deixou de ser um valor moral de alta estima para um agente solidamente formado e, portanto, para um sério candidato a agente autônomo?

Por isso, a avaliação da atuação paternalista não deve ser realizada sobre a conta do tudo ou nada, inclusive, porque deve-se levar em consideração que a autonomia de uma pessoa de modo algum será anulada porque ela deliberou e julgou mais sensato transferir a orientação de um tratamento para um agente sabedor de sua enfermidade e mercado de alternativas para o seu tratamento. Do mesmo jeito que liberdade e autonomia não devem ser consideradas somente em seu conceito idealmente robusto, o paternalismo também deve ter suas condições de aplicação devidamente balanceadas para que a noção possa realisticamente subsidiar ações concretas entre agentes igualmente morais e responsáveis por suas próprias escolhas e atuação. Por isso, muito foi dito a respeito do paternalismo e várias foram as condições para o seu entendimento e prática.

Finalmente, abre-se um parêntese para dizer que a autonomia do médico aparece nas discussões mais atualizadas. Muitos têm considerado que a autonomia do paciente introduziu sérias limitações para a atuação médica e a prática da medicina, conforme suas diretrizes seculares, uma crítica bastante razoável e necessária a ser considerada no debate mais amplo em torno da relação médico, paciente e mercado de saúde. Contudo, não cabe a esta pesquisa uma análise do escopo desta crítica, mesmo porque a autonomia do médico pode ser diminuída não somente pelos direitos dos pacientes mas também por um conjunto de diretrizes de políticas públicas, de descobertas científicas, de exigências mercadológicas relacionadas à racionalização dos bens de saúde, dos incentivos médicos por parte de grandes corporações farmacêuticas e de pesquisas e protocolos biomédicos impessoais introduzidos progressivamente à prática assistencial através dos avanços tecnológicos. Portanto, são muitos os fatores que comprometem a autonomia médica sendo o paciente somente mais um deles e talvez o menos arbitrário. Além do mais, caso o médico considere sua autonomia diminuída, de modo que torne o exercício médico inapropriado ao seu trabalho, este profissional conta com a salvaguarda dos termos de “objeção de consciência”<sup>270</sup>.

---

<sup>270</sup> “A objeção de consciência por profissionais de saúde pode ser entendida como um tipo de recusa: A recusa de um profissional de saúde em fornecer, ajudar no fornecimento e /ou oferecer informações sobre um serviço de saúde é uma instância de objeção de consciência somente se a objeção for baseada na consciência. [...] uma objeção

Mas tal posição não anula a necessária consciência de práticas naturalizadas de minar a autonomia do paciente, pelo paternalismo malsucedido, quando, por exemplo, o médico indica uma medicação para beneficiar um laboratório ao qual esteja associado. Ou quando se considera que para haver sucesso de políticas públicas de saúde, o paternalismo tenha que ser “central para as questões relativas ao papel do governo na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de lesões e doenças causadas a si próprio”<sup>271</sup>. Por estes e outros fatores, a autonomia do paciente tem se mostrado o tópico mais relevante da ética biomédica no último século.

Por fim, uma questão é consenso: qualquer tipo de paternalismo precisa ser justificado, uma vez que “dada a insuficiência do princípio da autonomia, se recorreu ao princípio do paternalismo justificado”<sup>272</sup>, tornando-se, desse modo, o paternalismo como uma aposta secundária e por derivação do princípio da autonomia. E tal necessidade ocorre porque na prática nenhum paternalismo pode ser justificado *a priori* por qualquer teoria, hipótese ou argumento sem uma análise contextual, médico e paciente específicos. E, mesmo que autores como Sarah Conly tentem fazê-lo, está claro, pela história das intervenções médicas, que há uma dificuldade real em “determinar se certo ato médico é do tipo paternalista ou é expressão do exercício rigoroso de princípios bioéticos inabaláveis (princípio de não-maleficência e princípio de beneficência)”<sup>273</sup> e, por isso, o princípio da autonomia do paciente se constitui como alternativa primária ao paternalismo médico. Se não como alternativa completa, ao menos como ponto de partida entre esses dois agentes morais. Invocar tal princípio é um modo de, por um lado, prevenir os danos advindos de um exercício médico despreocupado com a pessoa do paciente e, por outro, promover a autonomia prática deste paciente, por meio do restabelecimento de uma relação simétrica em que a sua opinião, convicção, direitos e autodeterminação são ouvidos, respeitados e ponderados. A doença e o médico não são mais os dois entes importantes para esta relação triádica. Por isso, a natureza e a prática da autonomia, como princípio biomédico, serão tratadas a partir do próximo capítulo.

---

é baseada na consciência apenas se for baseada nas convicções morais (ou seja, éticas e/ou religiosas) do profissional de saúde”. WICCLAIR, 2016, p. 730.

<sup>271</sup> BEAUCHAMP, 2004, p. 1983.

<sup>272</sup> VÁZQUEZ, 2008, p. 172

<sup>273</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 197.

## 2 AUTONOMIA COMO PRINCÍPIO BIOÉTICO NA ÉTICA BIOMÉDICA

O primeiro registro de defesa da autonomia do paciente está presente em uma sentença de 1914, proferida por um juiz da cidade de Nova York<sup>274</sup>, no caso de uma paciente que consentiu em ser examinada sob efeito de anestesia, mas que foi operada para além do limite de seu consentimento. Na época, o juiz Benjamin Nathan Cardozo deu a ela ganho de causa, sob a alegação de que “todo ser humano em idade adulta e em bom juízo tem o direito de determinar o que deve ser feito com seu próprio corpo, e um cirurgião que realiza uma intervenção sem o consentimento de seu paciente comete um ataque pelo qual ele pode reivindicar danos legalmente”<sup>275</sup>. A acusação de dano desempenha papel duplo, objetivo e subjetivo, em decorrência de uma seqüela deixada após a operação da paciente. No entanto, somente após 60 anos que a autonomia se tornou valor na área biomédica, por ocasião dos debates instalados pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (1974-1978). É desta comissão que se originou o *Relatório Belmont* (1978) e é por este documento que a autonomia performa como princípio bioético, o qual passou a ser considerado como a reforma mais importante em dois mil anos de medicina exercida sobre o paradigma hipocrático.

Inúmeros episódios médicos estão na base de formação desta comissão norte-americana. E tais episódios dizem respeito às denúncias de violação de direitos humanos retratadas como desumanizadoras das pessoas que se encontravam sob cuidados de equipes de pesquisas médicas ao longo do século XX. Um artigo científico, em especial, o *Ethics and Clinical Research*, de Henry K. Beecher (1966), teve papel fundamental na mobilização da opinião pública quanto ao urgente trato dos desvios de conduta médica relacionados ao público assistido. Neste artigo, Beecher declara que muitas pessoas se submeteram a pesquisas clínicas sem que soubessem os riscos que corriam e que a ausência de informações foi justificada por meio de “uma crença predominante em alguns círculos sofisticados de que a atenção a essas questões ‘bloqueariam o progresso’”<sup>276</sup> das pesquisas. Um bloqueio que poderia disseminar medo entre os pesquisados e fragilizar a relação de confiança entre o médico, pesquisador, e

---

<sup>274</sup> Embora esta sentença apareça como a primeira deste tipo na maior parte das literaturas especializadas, Joaquim Clotet (2000) cita um caso, de 1767, em que “o paciente foi à Justiça acusando os médicos de terem provocado *por ignorância e imperícia* nova fratura, causando danos desnecessários, além de não o terem informado ou consultado sobre o procedimento que seria realizado”. Na sentença o juiz foi explícito em registrar “que foi impróprio desunir o calo (material ósseo em processo de cura) sem consentimento”. CLOTET, 2000. 130, p. 29-30. [grifo do original].

<sup>275</sup> BAIGES; GORSKI 2007, p. 79.

<sup>276</sup> BEECHER, 2001, p. 367..

o(s) paciente(s), sujeito(s) de pesquisa. Para demonstrar a amplitude do estado de violação, a certa altura, Henry Beecher enumerou vinte e duas pesquisas biomédicas tanto do campo da pesquisa quanto da assistência médica e psiquiatria, todas elas com flagrantes omissões ou ações antiéticas. O artigo gerou grande comoção na opinião pública norte-americana da época.

Sem dúvida, dentre os fatores que fizeram aumentar o número de violações biomédicas no século XX, mencionamos os crescentes gastos com pesquisas a partir da Segunda Guerra Mundial. O fomento econômico estimulou um número crescente de pesquisadores, sem que as escolas médicas e os hospitais psiquiátricos estivessem preparados para a chegada de tantos profissionais. Foi um tempo de grande euforia em torno das conquistas científicas e, neste contexto, a atuação dos profissionais de saúde deu lugar a conflitos de obrigação ligados ao papel duplo que passaram a desempenhar. Daí em diante, o pesquisador e o médico clínico atuavam através de uma mesma pessoa.

Como investigador, o médico tem a obrigação de gerar e difundir conhecimento científico que beneficiará futuros pacientes. Como médico clínico, tem obrigações de atendimento que exigem a atuação no melhor interesse dos atuais pacientes. A noção de médico como cientista sugere dois papéis que puxa direções diferentes, cada papel tendo seu próprio conjunto de obrigações específicas.<sup>277</sup>

A dupla função exige respostas concretas para a pergunta: a quem ou o que este profissional irá priorizar em sua prática: os cuidados com o paciente diante de si ou os interesses da pesquisa? E as respostas possíveis para esta pergunta deixaram claro que

desde a época de Hipócrates, os médicos geraram códigos sem um exame e sem aceitação por parte dos pacientes e do público. Esses códigos raramente se valeram de padrões éticos mais gerais ou de uma fonte de autoridade moral externa às tradições e aos julgamentos médicos.<sup>278</sup>

A atuação médica tem seu ponto de partida nos círculos de interesse da ciência e esta nasce sobre a égide daquele que detém a perícia médica, o médico, não considerando, portanto, que a concepção de saúde pertence à sociedade e não, exclusivamente, à medicina. É nesse sentido, inclusive, que a própria filosofia pode propor uma discussão mais produtiva do que seja saúde e como fazer o seu exercício ético, uma vez que se espera que ele conforme ao esperado pela comunidade humana.

Alheio aos potenciais conflitos, o exercício médico que nascia não contava com a previsão, a regulamentação e as estruturas institucionais adequadas ao equacionamento de

---

<sup>277</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 157.

<sup>278</sup> BEAUCHAMP, 2011, p. 22.

problemas nunca antes observados em sua história. E, pela primeira vez, foi necessário formular instituições e práticas que delimitassem a atuação das equipes médicas, por meio da especificação de princípios, normas e leis que pudessem dirimir os potenciais atos antiéticos da nova medicina. O debate mundial sobre as violações de direitos humanos na assistência e pesquisa médicas fizeram originar vários códigos que se tornaram os primeiros esboços de uma nova relação entre equipes médicas, pacientes e sujeitos de pesquisa. E a mediação dessa relação contou com vários princípios para além do não maleficência e da beneficência da medicina de Hipócrates.

Antes de passar à avaliação da autonomia biomédica faz-se necessário introduzir alguns pontos quanto às razões dos princípios morais existentes e a forma como eles podem orientar a prática dos profissionais envolvidos com a área. Uma área que, por sua natureza epistemológica, reivindica requisitos objetivos que possam ser satisfeitos não somente por algumas pessoas extraordinárias mas por qualquer um que dela se aproxima como profissional. Por isso, Beauchamp e Childress (2002), contra teorias fortemente idealizadas, consideram que uma boa teoria moral é aquela que atende ao menos oito critérios, sendo eles: “Clareza [...]; Coerência [...]; Completude e abrangência [...]; Simplicidade [...]; Poder de explicação [...]; Poder de justificação [...]; Poder produtivo [...], [e] Viabilidade [...]”<sup>279</sup>. Estas condições propiciam que uma teoria: seja precisa em sua linguagem; comunique conceitos de forma consistente; inclua valores morais adequados; especifique normas e regras com conteúdo moral; explique suficientemente o fenômeno moral ao qual pretende responder; mostre o fundamento para a crença moral justificada, a qual, gere juízos ponderados a partir de seus valores; e comunique recomendações factíveis e executáveis. Condições que tornam, de fato, prática uma teoria que precisa de aplicabilidade já que estamos falando de uma teoria para uso na prática médica.

Em vista dos requisitos, tais como coerência, simplicidade e aplicabilidade, os quais são essenciais à deliberação prática, bioeticistas, como Stephen Toulmin (1981), têm argumentado que teorias por princípios não respondem adequadamente a um campo dominado por problemas paradigmáticos, como é o campo bioético<sup>280</sup>. No entanto, é sabido que “regras e princípios desempenham um papel dominante em todas as principais religiões, bem como em nossa vida cotidiana. Exemplos proeminentes são os dez mandamentos e a regra de ouro”<sup>281</sup>. Muitas

<sup>279</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 61-62.

<sup>280</sup> “O próprio Aristóteles insistiu que não há "essências" no reino da ética e, portanto, nenhuma base para qualquer "teoria" rigorosa da ética. O raciocínio prático em ética, como em outros lugares, é uma questão de julgamento, de pesar diferentes considerações umas contra as outras, nunca uma questão de dedução teórica formal a partir de axiomas estritos ou autoevidentes”. TOULMIN, 1981, p. 37.

<sup>281</sup> ALBERTZART, 2014, p. vii.

peessoas não teriam qualquer dificuldade de reconhecer que um indivíduo ético como fundamentalmente uma pessoa de princípios. A linguagem de princípios faz parte da moralidade cotidiana e desempenha papel importante aos acordos comuns.

Situação semelhante ocorre no campo da filosofia moral. Há uma longa tradição que trata os princípios como indispensáveis para a moralidade entendendo esta como “moralidade positiva, isto é, o conjunto de normas e valores morais de fato aceitos por uma comunidade para regular as relações entre seus membros”<sup>282</sup>. Na história do pensamento moral, muitas foram as maneiras de fundamentar a moralidade, por meio da postulação de princípios, seja “fazendo referência à natureza do homem, à autonomia da vontade, à universalidade da lei moral, à vontade de Deus, à intuição dos valores”<sup>283</sup>. Cada uma das fundamentações tem introduzido princípios pelo quais a ação é reconhecida como ética, além de indicar as relativas correções, caso se trate de uma ação desviante. Inclusive, a realização de uma correção só poderia ser almejada, caso houvesse um paradigma pelo qual a ação pudesse se espelhar. Em ética, é preciso referencial não somente teórico mas também prático.

Deste ponto, princípios estão originalmente presentes na gramática moral de diferentes eticistas, por diferentes aportes teóricos e práticos.

Filósofos tão diversos como Platão, Aquino, Kant, Mill, Sidgwick, Moore, Ross, Hare e Rawls debatem se a coisa moralmente certa a fazer é o que traz o melhor resultado disponível, mas concordam que seja qual for a coisa moralmente certa a fazer ela pode ser capturada em princípios gerais<sup>284</sup>.

Neste caso, a fundamentação do princípio estará vinculada ao pressuposto teórico de cada escola moral e, por este pressuposto, receberá a justificativa de seu caráter irrenunciável para a orientação da ação moralmente boa, permitida ou desejável.

Embora a fundamentação e o uso prático de princípios sejam considerados distintamente entre as várias tradições, trata-se de consenso entre generalistas<sup>285</sup>, isto é, entre os autores que

---

<sup>282</sup> OLIVÉ, 2005, p. 135.

<sup>283</sup> BELLINO, 1997, p. 24.

<sup>284</sup> VÄYRYNEN, 2011, p. 247.

<sup>285</sup> Autores ligados ao generalismo moral podem discordar a respeito da semântica, da metafísica e da epistemologia que sustenta um princípio, mas todos eles são reconhecidos como defensores do papel fundamental do princípio tanto em teoria quanto na prática moral. Para Stephen Darwall, o generalismo normativo, por exemplo, sustenta que princípios normativos gerais são importantes para ação justificada. Da mesma forma que “o *generalismo epistemológico* sustentaria que a possibilidade de ‘pensamento e julgamento’ sobre se há razão para ou o que se deve acreditar, depende da existência de princípios epistêmicos gerais”. Da mesma maneira, “o *generalismo prático* sustentaria que pensar ou julgar que existem coisas que temos razão geral para fazer e, portanto, devemos fazer em geral, requer que suponhamos que existam princípios práticos gerais”. DARWALL, Stephen. *Morality and Principle*. In: BACHURST, David; HOOKER, Brad; LITTLE, Margaret Olivia Little. **Thinking about Reasons: Themes from the Philosophy of Jonathan Dancy**. Oxford: Oxford University Press, p. 168-191, 2013, p. 171. [grifo do original]

defendem que a moralidade pode ser reduzida a um ou mais princípios, que “os princípios morais podem desempenhar muitos papéis”<sup>286</sup>. Por isso, este debate ao longo do tempo se mostrou multifacetado e sobre diferentes categorias especulativas de ajustamento e correção, como foi aludido. Esta apropriação dinâmica do princípio é ilustrada pela própria significação do termo descrito por um dos mais importantes dicionários da área de bioética:

Warren Reich, na primeira edição da “Encyclopedia of bioethics”, em 1978, faz referência explícita aos princípios, mas essa referência desaparece na segunda edição, de 1995. A razão de Reich era que, na primeira edição, o significado etimológico da palavra “princípio” se referia a fonte ou origem e, atualmente, o sentido predominante foi o de “regra” ou regra de comportamento, associado a um modelo concreto de ética aplicada.<sup>287</sup>

Tais mudanças conceituais têm raízes mais profundas nas discussões em diferentes campos epistemológicos, mas também no amadurecimento pelo qual passou o próprio debate bioético ao longo dos últimos quarenta anos. Um debate tão multifacetado que mesmo o particularismo moral<sup>288</sup>, para quem o princípio não deve compor a prática moral, abriga hoje em dia diferentes teóricos que consideram legítimo realizar o veredito moral aliado a algum princípio. Em favor deste particularismo, Richard Holton (2002) defende seu particularismo de princípios

por meio de uma analogia com a matemática à luz do Teorema da Incompletude de Godel. O ponto é que pode haver uma prova baseada em princípios para toda verdade da matemática, mesmo que nenhuma axiomatização finita e consistente possa produzir todas as verdades matemáticas<sup>289</sup>.

Argumentado por Holton (2002):

Não existe um conjunto finito de princípios finitos que serve para axiomatizar a avaliação ética: ou seja, não existe um conjunto finito de princípios finitos, de modo que, dada qualquer ação totalmente descrita em termos não-morais, os princípios e a descrição impliquem um determinado veredito moral se e somente se for verdade.<sup>290</sup>

<sup>286</sup> MCKEEVER, ; RIDGE, 2006, p. 4.

<sup>287</sup> ROQUÉ-SÁNCHEZ, 2018, p. 190. [grifos no original]

<sup>288</sup> Apesar de não ter uma posição claramente definida, o particularismo moral “é a afirmação de que não existem princípios morais defensáveis, que o pensamento moral não consiste na aplicação de princípios morais aos casos e que a pessoa moralmente perfeita não deve ser concebida como uma pessoa de princípios. A versão defensável mais forte, talvez, sustente que, embora possa haver alguns princípios morais, ainda assim a racionalidade do pensamento moral e do julgamento de forma alguma depende de uma provisão adequada de tais coisas; e o juiz perfeitamente moral precisaria de muito mais do que uma compreensão de uma gama apropriada de princípios e a habilidade de aplicá-los”. DANCY, Jonathan. Moral particularism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-particularismo/>. Acesso em 4 mai. 2020.

<sup>289</sup> MCKEEVER; RIDGE, 2006, p. 138.

<sup>290</sup> HOLTON, 2002, p. 193.

No entanto, dirá Holton (2002), “particularistas devem aceitar que existe um axiomatização consistente com a ética, pelo menos em um sentido frouxo de ‘axiomatização’. Mas como existem infinitas ações possíveis, essa lista teria que ser infinita”<sup>291</sup>. Dessa forma, o que particularistas estão afirmando é que a sabedoria prática deve se manter ligada a uma deliberação que começa pela avaliação contingente do conflito moral. Esta avaliação requer que a moldemos a partir dos relativos condicionantes fixados pelo conflito que, por isso, não poderia ser respondido consistentemente por uma lista simples e delimitada de princípios dedutivamente aplicados aos infinitos cenários possíveis a uma disputa moral. Isto nos parece uma defesa frágil, uma vez que, podemos ter em mente que qualquer agente moral maduro sempre terá em vista uma análise contextual, para somente depois realizar a sua deliberação, bem como justificá-la através do apoio de algum princípio mais geral. Generalistas estão interessados em considerar as variáveis de um dado contexto, embora, argumentem que os princípios são fundamentais como guia para a ação moral.

Voltando aos particularistas, o que esta tradição parece questionar é a centralidade do princípio, na orientação da prática moral, por um dedutivismo que não respeita a necessária relação dialética entre teoria e prática moral, o que, embora possa ser observado em teorias mais robustas, perde rapidamente seu tônus crítico, pelo exemplo simples do princípio ético “não matar”. Este princípio, em forma de regra, é emblemático para demonstrar que a sua exceção “matar em legítima defesa” não é capaz de, esvaziando-o, torná-lo automaticamente falso ou obsoleto. O princípio, mantendo o imperativo ético da vida, ainda poderia ser dito da forma “não matarás, ao menos que seja em legítima defesa”, conservando, ainda assim, seu espírito de defesa inegociável da vida, já que o referente agora é sobre qual das vidas deve-se garantir o legítimo direito de defesa contra uma injusta agressão, sendo que os conteúdos referentes à legítima defesa realizam papel de especificação da exceção assim justificada, sobretudo, por uma análise contextual, ou seja, pelos dados empíricos qualificadores do conflito moral em ajuizamento.

O exemplo demonstra um componente importante para a discussão dos princípios éticos, o qual não costuma ser levado em consideração pelas teorias idealmente inflacionadas, sejam elas generalistas ou particularistas. Este componente é a diferença radical entre a universalidade de um princípio e a sua generalidade. Tradicionalmente teóricos morais não pensaram em padrões morais sem as capacidades subjetiva e contextual de articular princípio e

---

<sup>291</sup> HOLTON, 2002, p. 193.

regras de forma consistente com os dilemas práticos, embora, também seja certo que alguns alcançaram mais sucesso do que outros. A diferença entre universalidade e generalidade ficará mais evidente, ao tratarmos do princípio de Respeito à Autonomia, na abordagem da diferença crucial entre um princípio de autonomia e a regra para a realização da autonomia do paciente ou sujeito de pesquisa, diferença esta que colocará em vista que um princípio deve ser entendido fundamentalmente por seu espírito, enquanto a regra por sua orientação objetiva na realização prático do espírito esboçado pelo princípio.

Antes de passarmos à avaliação da autonomia como princípio bioético, faz-se necessário que consideremos aqui aspectos importantes ao entendimento das razões a ele concernentes, as quais são relativas à capacidade do princípio geral performar um princípio moral. Para isso, exploramos um pequeno feixe de alterações e performances epistemológicas pelas quais passaram as caracterizações e práticas deste princípio tendo por certo que princípios e regras desempenham papel dominante na filosofia moral, a qual está presente por toda a história da filosofia, e permanecem dominantes na vida cotidiana das pessoas. Exemplos proeminentes disto são a regra de ouro e os dez mandamentos da religião cristã.

## 2.1 O papel dos princípios em teoria ética

O paradigma ético nomeado por principialismo está vinculado aos trabalhos normativos no campo da ética biométrica, mais especialmente, à teoria de ética inaugurada por Childress e Beauchamp, na obra *Princípios de Ética Biomédica* (1979). O termo foi cunhado, em sentido pejorativo, por K. Danner Clouser e Bernard Gert, no artigo crítico *A critique of Principlism* (1990), no qual os autores pretenderam apontar as alegadas fragilidades da teoria, a partir da definição que elaboraram do que seja o principialismo. Em vista disso, dizem usar o termo principialismo “para se referir à prática de usar ‘princípios’ para substituir a teoria moral e as regras e ideais morais particulares ao lidar com os problemas morais que surgem na prática médica”<sup>292</sup>.

A definição é particularmente esclarecedora, pois, ao caracterizar a teoria por princípios, os dois autores evidenciam a contraposição existente entre dois grupos bioéticos: aquele que considera que os princípios são importantes para a fundamentação prática do campo; e aquele que entende que os casos bioéticos devem ser tratados a partir da especificidade do conflito procurando reconectar a ética com os pensamentos, sentimentos e motivações dos envolvidos

---

<sup>292</sup> CLOUSER; GERT, 1990, p. 219. [grifo do original].

diretamente com o cenário conflituoso. É o que falávamos anteriormente sobre a disputa entre generalistas e particularistas. Stephen Toulmin (1981), adepto da casuística<sup>293</sup>, criticou as duas abordagens da seguinte forma:

Atualmente, os debates públicos sobre questões éticas oscilam entre, por um lado, um dogmatismo estreito que se limita a afirmações gerais não qualificadas, vestidas como "questões de princípio" e, por outro, um relativismo superficial que foge a toda posição firme, sugerindo que nós escolhemos nossos "sistemas de valores" tão livremente quanto escolhemos nossas roupas.<sup>294</sup>

A crítica se assentava nas dificuldades observadas nas primeiras tentativas em se formar um corpo teórico que atendesse aos crescentes problemas éticos no campo das ciências biomédicas. Stephen Toulmin foi um dos filósofos integrantes da comissão multidisciplinar que produziu o Relatório Belmont tendo observado as disputas internas da comissão acerca de como abordar os problemas éticos no campo da pesquisa e da assistência médica.

No entanto, sobre a crítica endereçada à ética feita por princípios, é certo considerarmos que “nenhuma abordagem única pode ser chamada de abordagem dos princípios. Portanto, as críticas dirigidas contra uma abordagem baseada em princípios podem não se aplicar a outras abordagens desse tipo”<sup>295</sup>, uma vez que estes princípios, cada um ao seu modo, foram apreendidos, especificados e justificados de diferentes maneiras alterando substancialmente a forma como atuam na resolução de casos e o jeito como incorporam uma teoria ética geral. Este olhar predominou sobre os principais trabalhos a partir do Relatório Belmont e cada proponente de princípios acabou elaborando sua própria concepção de prática dos princípios.

Para compreendermos a natureza, a força e as fragilidades da teoria principialista ou de quaisquer princípios éticos em uso detido, será importante retomarmos os principais conteúdos e especificações existentes, afinal, desde o nascimento da filosofia, filósofos buscam fundamentar seus objetos analíticos denotando a eles algum princípio original e identitário. Princípios fazem parte da história especulativa da filosofia e, assim, eles existem para todos os tipos de justificativa, inclusive, para as justificações éticas e, por consequência, para as éticas práticas ou aplicadas, como ocorre com a bioética. Deste ponto, devemos nos perguntar: do que se trata um princípio?

---

<sup>293</sup> A casuística é assumida como procedimento de “análise de questões morais, usando procedimentos de raciocínio baseados em paradigmas e analogias, levando à formulação de opinião de especialistas sobre a existência e o rigor de obrigações morais particulares, enquadradas em termos de regras e máximas gerais, mas não universais ou invariáveis, uma vez que mantêm o bem com certeza apenas nas condições típicas do agente e nas circunstâncias do caso”. JONSEN, 2004, p. 378.

<sup>294</sup> TOULMIN, 1981, p. 31.

<sup>295</sup> CHILDRESS, 2009, p. 67.

O termo princípio está descrito globalmente como um ponto de partida ou fundamento de um processo qualquer de conhecimento. Estes dois significados, ponto de partida e fundamento ou causa, foram introduzidos pela filosofia cosmológica dos primeiros filósofos, os quais pensaram “os princípios, sob a forma de matéria, [e estes] foram os únicos princípios de todas as coisas: pois a fonte original de todas as coisas que existem, aquela a partir da qual uma coisa é primeiro originada e na qual por fim é destruída”<sup>296</sup>. Princípio, no primeiro momento, foi pensado como substância persistente que se modifica em suas qualidades permanecendo como fundamento da mudança, mesmo que a coisa deixe de existir tal como foi observada, analisada ou compreendida. O que se busca por este modelo explicativo é a estabilidade das coisas, dito de outra forma, a sua identidade, a partir do múltiplo percebido no mundo natural. Nesse sentido, princípio tem caráter de fundamento do ser, da realidade, podendo ser traduzido sumariamente em três aspectos: (1) como fonte e origem de todas as coisas; (2) como termo último de todas as coisas; e (3) como substância permanente de todas as coisas. Por óbvio, nenhum deles apelando ao sentido cronológico de origem ou fim último.

Nicola Abbagnano (1971) considera que Aristóteles foi quem melhor enumerou as identidades de um princípio. Na metafísica aristotélica, encontravam-se caracterizadas ao menos seis formulações a seu respeito, sendo elas: (1) “a parte de alguma coisa de onde se pode começar a mover-se; por exemplo, uma reta ou um caminho tem um princípio de um lado, e do lado oposto tem outro”; (2) “o melhor ponto de partida para cada coisa, por exemplo, no aprendizado de uma ciência, às vezes não se deve começar do que é o objeto primeiro e fundamento da coisa, mas do ponto a partir do qual pode-se aprender mais facilmente”; (3) “a parte originária e inerente à coisa a partir da qual ela deriva: por exemplo,[...] os fundamentos de uma casa”; (4) “causa primeira e não imanente da geração, ou seja, a causa primeira do movimento e da mudança; por exemplo, o filho deriva do pai e da mãe”; (5) “aquilo por cuja vontade se movem as coisas que se movem e mudam as coisas que mudam; como são, por exemplo, as magistraturas das cidades”; (6) “ponto de partida para o conhecimento de uma coisa também é dito princípio da coisa; as premissas, por exemplo, são princípios das demonstrações”.

No mesmo entendimento, Aristóteles afirmava ainda que “todas as causas são princípios”<sup>297</sup> e o que era comum a todos os significados de princípio era o fato de ele ser o

---

<sup>296</sup> KIRK; RAVEN; SCHOFIELD, 2010, p. 86.

<sup>297</sup> ARISTÓTELES, 2002, p. 189. São quatro as significações que Aristóteles emprega à causa: (1) matéria da qual as coisas são feitas; (2) forma, modelo ou essência de algo; (3) princípio primeiro da mudança e do repouso e; (4) propósito ou finalidade da coisa (Met., L. V, 2, 1013a 25).

primeiro termo do qual algo pudesse ser dito, gerado ou conhecido. E, então, “o que todos os significados têm em comum é que, em todos, o princípio é ponto de partida do ser, do devir e do conhecer”<sup>298</sup>. Na *Ética a Nicomacos*, principal obra moral do filósofo, Aristóteles resumiu o princípio da seguinte forma: “o princípio é o que é, e se isto for suficientemente claro para o ouvinte, ele não necessitará também do *por que é*”<sup>299</sup> reivindicando, dessa forma, a convergência entre a identidade e o fundamento do princípio enquanto tal. Assim, entre os gregos clássicos, pode-se afirmar que “os princípios são o fundamento ontológico supremo para tudo o que é, assim como fonte primordial do conhecimento”<sup>300</sup>. E

como o uso filosófico padrão evoluiu à luz dessas ideias, um princípio é algo básico – como um *fundamentum* (latim) ou *archê* (grego). Não admite nenhuma prova (é axiomática) ou não precisa de prova (é óbvio e autoevidente). Além disso, deve ser abstrato por meio da aplicação a uma ampla gama de casos. Assim, todos os envolvidos parecem concordar que os princípios são generalidades fundamentais que governam nosso entendimento do *modus operandi* de algumas práticas acessíveis ao conhecimento.<sup>301</sup>

Filósofos posteriores assumiram esse conjunto de significações, sem que introduzissem alterações significativas aos seus conteúdos. René Descartes (1644), por exemplo, ao enunciar na aurora da modernidade o seu método epistemológico, defendeu o princípio como aquilo que é causa ou ponto de partida para um conhecimento qualquer. Está descrito em *Princípios da Filosofia*:

Para que este conhecimento [filosofia] assim possa ser, é necessário deduzi-lo das primeiras causas, de tal modo que para se conseguir obtê-lo – e a isto se chama filosofar – há que começar pela investigação dessas primeiras causas, ou seja, dos princípios. Estes devem obedecer a duas condições: uma é que sejam tão claros e evidentes que o espírito humano não possa duvidar da sua verdade, desde que se aplique a considerá-los com atenção; a outra, é que o conhecimento das outras coisas dependa deles, de maneira que possam ser conhecidos sem elas, mas não o inverso.<sup>302</sup>

Por tal hipótese, o princípio foi tomado como evidente e causa primária do conhecimento mostrando-se indispensável para se deduzir o conhecimento verdadeiro de qualquer objeto colocado à disposição do intelecto. Consonante à presunção, o racionalista entendia que os princípios constituíam-se como universais e objetos primários para os conhecimentos apreendidos pela razão.

<sup>298</sup> ABBAGNANO, 2007, p. 928.

<sup>299</sup> ARISTÓTELES, 1985, p. 19. [grifo do original]

<sup>300</sup> CAYGILL, 2000, p. 259.

<sup>301</sup> RESCHER, 2002, p. 3. [grifo do original]

<sup>302</sup> DESCARTES, [s.d.], p. 15.

Não muito diferente, pela filosofia kantiana, princípio recebeu correspondência, conforme os contextos das críticas que o filósofo empreendia denotando o princípio, por vezes, como uma lei, um pressuposto ou ainda como uma máxima, como ocorreu com a crítica da razão prática. Kant também utilizava o termo princípio “em um sentido não técnico, por exemplo, como qualquer noção ou ideia norteadora que permite uma ordenação sistemática de dados”<sup>303</sup>, isto é, de um conhecimento. Porém, a fim de introduzir maior rigor, como era próprio do filósofo, elaborou uma série de princípios supremos demonstrando diferenças capitais entre os usos que fazia do princípio e o seu conjunto de críticas. Uma das distinções apareceu pela introdução da diferença entre lógica formal e transcendental, onde foi dito que “o princípio supremo de todos os juízos sintéticos é, pois, este: todo objeto está submetido às condições necessárias da unidade sintética do diverso da intuição numa experiência possível”<sup>304</sup>. E sobre o princípio prático que aqui nos interessa, diz Kant:

Princípios práticos são proposições que contêm uma determinação geral da vontade, a qual inclui em si várias regras práticas. São subjetivos, ou *máximas*, quando a condição é considerada pelo sujeito como valide unicamente para a sua vontade; mas são objetivos, ou *leis* práticas, quando essa condição é reconhecida como objetiva, isto é, válida para a vontade de todo o ser racional.<sup>305</sup>

Os princípios práticos devem ser compreendidos como um paradigma de aplicabilidade, uma vez que contêm em si, como disse o filósofo, uma variedade de regras práticas na forma de diretrizes para o agir. Portanto, em moral, o princípio supremo é a autonomia da vontade<sup>306</sup>, enquanto princípio da moralidade, na forma de uma máxima (princípio subjetivo) e uma lei prática (princípio objetivo), é o Imperativo Categórico: “age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”<sup>307</sup> conforme abordado na primeira parte desta pesquisa.

No avanço das teorias científicas modernas, a noção de princípio perdeu seu *status* de privilégio enquanto fundamento metafísico, passando a dar lugar a ponto de partida para um conhecimento sistematizado. O filósofo e matemático Henri Poincaré (1905) assumiu a noção de princípio como uma lei natural confirmada pela experiência. Empiricamente confirmada, uma lei qualquer se torna um princípio por meio de convenções que em algum momento poderão sofrer nova revisão e, assim, originar novos princípios. Nessa perspectiva, podemos

---

<sup>303</sup> HOLZHEY, 2005, p. 218.

<sup>304</sup> KANT, 2008, p. 195, A 158.

<sup>305</sup> KANT, s/d, P.29, A 26. [grifo do original].

<sup>306</sup> KANT, , 2007, p. 85, BA 87.

<sup>307</sup> KANT, 2007, p. 59, BA 52. [grifo do original].

falar que um princípio é contingencialmente verdadeiro, já que estabelece uma ligação artificial entre fatos empíricos. Nas palavras de Poincaré,

a lei primitiva enunciava uma relação entre dois fatos brutos A e B; introduzimos entre esses dois fatos brutos um intermediário abstrato C, mais ou menos fictício [...]. Então, temos uma relação entre A e C, que podemos supor rigorosa, e que é o princípio; e uma outra, entre C e B, que permanece uma lei passível de revisão<sup>308</sup>.

A lei primitiva, observada, avaliada e confirmada passa a estar acima das outras leis recebendo o nome de princípio. Portanto, para a epistemologia científica de Poincaré, os

princípios são resultados de experiências fortemente generalizadas; mas eles parecem tomar à própria generalidade delas um elevado grau de certeza. Efetivamente, quanto mais gerais são eles, mais frequentemente temos oportunidade de controlá-los, e as verificações, multiplicando-se, tomando as formas mais variadas e mais inesperadas, acabam por não deixar margem à dúvida.<sup>309</sup>

O princípio, doravante cristalizado, por assim dizer, não está mais submetido ao controle da experiência. Não é verdadeiro ou falso, é cômodo. Encontraram-se muitas vezes grandes vantagens em proceder desse modo, mas é claro que se todas as leis tivessem sido transformadas em princípios, nada teria restado da ciência. Toda lei pode se decompor em um princípio e uma lei, mas desse modo é bem claro que, por mais longe que se leve essa decomposição, sempre permanecerão lei.<sup>310</sup>

O princípio se constituiu, por este curso, como um artifício científico para a que se explicita a ligação epistêmica entre um fato e outro, conferindo fundamento a um dado conhecimento. E, por esta linha, o pragmático John Dewey (1939) também concebeu o princípio como uma norma estabelecida na relação entre meios e consequências observáveis, na apuração sistemática de um fazer científico qualquer. Neste caso, os princípios não eram mais tomados como entidades fixas, “como premissas finais ou como conteúdos daquilo que os neoescolásticos chamavam de critérios”<sup>311</sup>. Constituíam-se antes como propriedades finais e invariáveis dos objetos com os quais os métodos de investigação estavam envolvidos e com os quais as investigações deveriam perseguir em sua conformidade interna, isto é, por meio de uma lógica em que o princípio atuasse como principal conformador do conhecimento ao qual estivesse relativo. Nesse sentido, “os princípios são gerados no próprio processo de controle da investigação continuada”<sup>312</sup> e estariam condicionados ao próprio processo. Portanto, segundo o autor,

<sup>308</sup> POINCARÉ, 1995, p. 151.

<sup>309</sup> POINCARÉ, 1995, p. 113.

<sup>310</sup> POINCARÉ, 1995, p. 152.

<sup>311</sup> DEWEY, 1939, p. 9.

<sup>312</sup> DEWEY, 1939, p. 12.

os princípios declaram hábitos operativos em todas as inferências que tendem a produzir conclusões que são estáveis e produtivas em investigações posteriores. Livres da conexão com qualquer assunto em *particular*, eles são formais, e não materiais, embora sejam formas de material que são submetidas a uma investigação autêntica.<sup>313</sup>

Hábito como meio ou modo de ação e não como ato particular. O hábito passou a ser concebido como uma regra e, de maneira mais geral, um princípio ou uma lei para ação no mundo. E a validade do princípio era vista como aquela que permanecia confirmada pelas conclusões estáveis que ele produzisse, isto é, por conclusões coerentes em face das consequências produzidas e racionalizadas a partir do hábito. Para Dewey, o mesmo ocorria com os princípios morais, ao argumentar que “concepções e princípios que servem para medir ou avaliar conduta e relações morais são logicamente do mesmo tipo e devem ser tratados na prática social”<sup>314</sup>.

Princípios prudenciais e morais, são categorias. São regras de conduta. Embora as próprias regras possam se enquadrar nas classes no sentido de tipos, ser um princípio não é um tipo, mas é uma receita para formar tipos e, assim, determinar se uma determinada ação ou linha de conduta é de um tipo especificado.<sup>315</sup>

Para o autor, esses princípios eram ilustrados pelas leis jurídicas. Ilustração que demonstrava que era por meio da dinâmica de determinação prescritiva que os hábitos eram alçados ao posto de fundamento para os princípios morais. Neste caso, hábitos morais, alçados a princípios morais, tornavam-se garantidores não somente da orientação da ação mas também da inerente correção pela busca de coerência entre a ação requerida e o hábito justificado no princípio.

Contudo, empiristas, como Dewey, consideravam as afirmações éticas como opiniões impossíveis de validar não podendo, para tanto, ser consideradas afirmações verificáveis ou refutáveis. Afirmações éticas não seriam conhecimento estruturado como os científicos, “no entanto, as afirmações éticas são naturais – inseridas nas realidades históricas e sociais -, sendo possível ponderar seu grau de veracidade”<sup>316</sup> pela consistência com os hábitos observados na dimensão sócio-histórica do mundo.

---

<sup>313</sup> DEWEY, 1939, p. 13. [grifo no original]

<sup>314</sup> DEWEY, 1939, p. 216.

<sup>315</sup> DEWEY, 1939, p. 273.

<sup>316</sup> KOTTOW, 2008, p. 141.

Todos os exemplos nocionais de princípio demonstrados até aqui deixam evidente que há uma multiplicidade de defesas quanto à natureza e à operacionalização de um princípio em uma área tão dinâmica quanto a da moralidade. Assim, por outros motivos, a participação de princípios, em teoria ética e em ética aplicada, originou reservas de “representantes da teoria da virtude, casuística, teoria imparcial das regras, ética do cuidado e vários outros tipos de teoria”<sup>317</sup>.

Em vista de toda essa discussão, filósofos discordam profundamente da semântica, da metafísica e da epistemologia que sustentam as várias concepções de princípios, o que tem promovido uma inflamada discussão acerca do *status* prático da bioética, por quem os princípios são assumidos como padrões conceituais aplicados à prática, sem qualquer abertura para a especificidade contextual das ações morais. Um exemplo vem pelos críticos ligados à ética das virtudes que argumentam que o uso de princípios, na tentativa de orientar as obrigações, os códigos e os procedimentos paradigmáticos em bioética, se mostra errôneo em sua natureza, visto que a tomada de decisão tem como única proteção confiável o bom caráter dos profissionais envolvidos no conflito em disputa, o que é defensável sem, contudo, invalidar a necessidade de protocolos de ética prática que orientem de forma atenta as ações agentes em prol de um fazer mais ético no exercício da profissão. E este fazer ético pode ser alcançado por uma articulação rigorosa de princípios, em vista de cenários práticos especificados.

Sean Mckeever e Michael Ridge (2008), por exemplo, em suas explanações, ponderam que uma abordagem produtiva dos papéis que os princípios devem desempenhar em prática moral é aquela que segue por evitar a implantação de importantes questões metaéticas e normativas ao seu empreendimento teórico e prático. Como foi dito, isso ocorre porque é consenso não haver homogeneidade em tal discussão, apesar de se verificarem requisitos mais ou menos persistentes para a conceituação e quanto ao uso reivindicado a um princípio.

Deixando de lado esta querela que, para alguns, pode se apresentar idealmente rigorosa, os dois autores nos lembram que filósofos morais reivindicaram historicamente ao menos dois papéis para a atuação dos princípios: “primeiro, [que] os princípios podem fornecer um padrão moral verdadeiro (ou correto). Segundo, [que] os princípios podem ser um guia genuinamente valioso”<sup>318</sup>. Ao expor estes dois critérios, Mckeever e Ridge também têm em vista uma disputa anteriormente nomeada entre generalistas e particularistas morais: os primeiros defendendo um lugar de destaque para os princípios no raciocínio e na tomada de decisão; e os segundos criticando em todas as frentes os múltiplos papéis requeridos aos princípios pelos generalistas.

---

<sup>317</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 79.

<sup>318</sup> MCKEEVER; RIDGE, 2008, p. 1178.

Mas como os particularistas podem responder aos desafios bioéticos sem um referência por princípios?

Partindo da situação, particularistas argumentam que a ética biomédica deve conceder um espaço de consenso entre os profissionais de saúde, o paciente, os familiares e demais envolvidos para que estes definam qual seja o melhor curso de ação na dada situação, isto é, qual regra deva ser aplicada, conforme o conflito, os condicionadores e os valores envolvidos no conflito em curso. Para os particularistas, o raciocínio ético deve “centralizar-se em algo menos abstrato do que princípios”<sup>319</sup>. No entanto, com razão, generalistas afirmam que “consenso não é o critério da verdade, mas aquilo que é o verdadeiro possibilita o consenso, assim também o consentimento de todos não produz o justo, mas o que é justo permite que todos possam entrar num acordo sobre que normas seguir”<sup>320</sup>. Então a resolução de um conflito moral precisará contar com algo mais que os condicionantes contextuais e as subjetividades envolvidas, isto é, precisará oferecer um solo onde o conhecimento moral possa ser possível aos envolvidos na disputa.

Por outro lado, também afirmam que assegurar que a solução moral não dependa do contexto não é o mesmo que dizer que o contexto não tenha importância na resolução de um conflito objetivo. Até mesmo Kant, o mais acusado de uma moral algorítmica, não deixou de ressaltar que a aplicação correta do imperativo categórico dependeria de “uma faculdade de julgar apurada pela experiência, para, por um lado, distinguir em que caso elas têm aplicação, e, por outro, assegurar-lhes entrada na vontade do homem e eficácia na sua prática”<sup>321</sup>.

Apesar de concordarmos com a crítica a um infrutífero rigor que muitos exigem para o desempenho dos princípios, na maioria das vezes, possível somente ao trabalho teórico, ainda assim, particularistas não conseguiram, de forma consistente, demonstrar uma condição objetiva de deliberação moral, onde a busca de consenso não se perca nas subjetividades próprias do ambiente pluralista que se encontra atualmente no mundo. Por isso, princípios morais continuam a aparecer indispensáveis para a teoria e a prática moral, de diversas maneiras, como veremos ao longo da discussão:

para muitos, os princípios morais pareceram indispensáveis por razões semânticas, sendo o pensamento mais ou menos o fato de que o próprio julgamento moral compromete alguém a uma medida de consistência que, devidamente enunciada, é apenas um princípio moral. Para outros, os princípios morais parecem importantes por razões metafísicas, porque devem figurar em qualquer explicação adequada de verdades morais particulares. Ainda para outros princípios morais são necessários em

---

<sup>319</sup> O’NEILL, 2001, p. 16.

<sup>320</sup> DALLA’GNOL, 2004, p. 108.

<sup>321</sup> KANT2007, p. 16. [grifo do original]

bases epistêmicas. Por fim, acredita-se que os princípios sejam centrais em nossa concepção de uma pessoa moralmente boa. A pessoa moralmente boa é alguém que tem princípios e se apegua a eles.<sup>322</sup>

Isso quer dizer que tanto em filosofia moral quanto em moralidade comum a reivindicação de princípios desempenha um importante papel, já que resguarda pontos firmes onde se possa assentar a tomada de decisão. Além disso, princípios gerais publicamente disponíveis são necessários para a existência de obrigações morais. Como falar de obrigação moral, se não há uma gramática de valores morais passível ao conhecimento de todos os agentes? E falar de obrigação moral só faz sentido se houver razões morais compartilhadas que favoreçam uma reciprocidade de comportamento entre os agentes de uma mesma comunidade moral. Stephen Darwall (2013) aponta duas ideias necessárias ao estabelecimento da relação entre obrigação moral e princípios preditivos da ação.

Primeiro, obrigações morais são, como questão conceitual, aquilo que somos moralmente responsáveis ou *obrigados* a fazer. E, em segundo lugar, quando responsabilizamos as pessoas pelo cumprimento de exigências morais, devemos supor que elas podem saber que são obrigadas, que podem regular sua conduta por meio desse conhecimento e que tudo isso pode ser de conhecimento público comum.<sup>323</sup>

A relação entre responsabilidade, obrigação e conhecimento moral é o que permite que a avaliação moral não fique perdida no mar da arbitrariedade, sem que possa encontrar uma fundamentação objetiva do que seja bom, valioso ou desejável para a deliberação moral. Somente desta forma podemos confiar que “o pensamento moral e o julgamento pressupõem a possibilidade de termos à nossa disposição um conjunto de princípios morais não protegidos (que vão desde os antecedentes descritivos aos consequentes morais) que codificam toda a moralidade disponível para nós”<sup>324</sup>. Um tecido moral que seja capaz de salvaguardar todos aqueles elementos irrenunciáveis, os quais são capazes de garantir a racionalidade e a prudência de uma deliberação propriamente moral. Importa, portanto, entender o campo de reivindicações, as quais um princípio é suportado com seus relativos marcadores e derivativos. E, então, deste ponto, pode-se perguntar quais papéis os princípios morais podem desempenhar em um campo, sobretudo, configurado pela prática e pelo ineditismo de alguns problemas e conflitos.

Ted Honderich (2011) sugere que “um princípio moral é menos um ponto de partida para raciocinar do que um guia para a deliberação e a ação. Em filosofia moral é possível

<sup>322</sup> MCKEEVER; RIDGE, 2008, p. 1178.

<sup>323</sup> DARWALL, 2013, p. 174. [grifo do original]

<sup>324</sup> MCKEEVER; RIDGE, 2006, p. 170.

encontrar um híbrido das duas coisas – por exemplo o princípio da utilidade”<sup>325</sup>. Vejamos como funciona este princípio nas palavras de Stuart Mill:

O credo que aceita a utilidade, ou o Princípio da Maior Felicidade, como fundamento da moralidade, defende que as ações estão certas na medida em que tendem a promover a felicidade, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade. Por felicidade, entende-se o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e a privação de prazer.<sup>326</sup>

O princípio da utilidade, enquanto ponto de partida, sinaliza ao adepto deste princípio o que seja moralmente requerido para que uma ação possa ser considerada boa e justa, a qual seja aquela capaz de promover maior felicidade. Por outro lado, o princípio também se mostra um guia para a ação, isto é, faça isso ou aquilo em vista da maior felicidade, embora a generalidade do princípio não deixe claro o que seja isso ou aquilo, para fins da garantia da maior felicidade.

Fechado este ponto, de modo mais geral, são seis os elementos que compõem em sentido robusto qualquer noção de princípio elaborado na história da filosofia moral, sobretudo, a moderna. Os seis critérios, inclusive, podem ser identificados no princípio da utilidade e, assim, caracteriza um princípio moral como: (1) geral; (2) normativo; (3) substantivo; (4) irrepreensível; (5) fundacional; e (6) um resumo teórico da teoria a qual se insere. Embora tais critérios estejam nomeados nas teorias de vários filósofos morais, sua explicitação foi associada a teóricos contemporâneos, como Tom L. Beauchamp (1996), por ocasião do debate entre generalistas e particularistas. Mas, então, do que se trata esses critérios e como eles compõem uma teoria acusada de dificultar a consistência das éticas aplicadas?

O dado de ser geral diz que o princípio deve ser aplicável e governar uma gama de circunstâncias e, por isso, ele contrasta com proposições específicas ou particulares. Para Beauchamp (1996), existe uma justificativa para que o princípio seja geral, a saber, que

“eles [os princípios considerados gerais] devem ser aprendidos por todas as pessoas, para que possam dar orientação sobre o que deve ser feito no intervalo usual de casos. Se os princípios fossem muito específicos, seria difícil lembrar e absorver o grande número resultante de princípios”<sup>327</sup>.

Isso ocorre porque não deve existir a pretensão de que um princípio seja uma regra diretiva da ação, mas somente uma razão para o agir na proporção do valor que comunica.

---

<sup>325</sup> HONDERICH, 2001, 861.

<sup>326</sup> MILL, 2005, p. 48.

<sup>327</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 81.

Ligada à generalidade, isto é, o carácter de ser geral, John Rawls (2003) acrescenta a universalidade como outro aspecto importante:

É um lugar comum da filosofia moral exigir que os princípios básicos sejam gerais e universais. Princípios são gerais quando é possível formulá-los sem o uso de nomes próprios ou descrições muito particulares. São universais quando podem ser aplicados, sem incoerências invalidantes, a todos os agentes morais, no nosso caso, a todos os cidadãos da sociedade em questão.<sup>328</sup>

Generalidade e universalidade manifestam a razão do princípio, enquanto valor global irrenunciável a uma dada comunidade moral. Tais características tornam possível uma organização satisfatória do espaço moral, o que manifesta, portanto, a possibilidade do conhecimento moral e do conseqüente acordo entre os agentes. Em vista da generalidade afirma-se que os “princípios éticos são *axiológicos*, pois concernem ao que é intrinsecamente valioso ou desvalioso, sem afirmarem nada quanto ao que os agentes devem ou podem fazer”<sup>329</sup>. Assim, o que podem e devem fazer a respeito de um princípio serão comunicados pelas normas ou regras derivadas pelo processo de deliberação moral.

Outra característica é a normatividade. Tradicionalmente a maioria das teorias morais se preocupou em ser normativa, isto é, prescrever a ação moralmente boa, correta ou justa e, portanto, requerida. Nesse sentido, ser normativo confere ao princípio a capacidade de se tornar um padrão para a avaliação da ação dirigindo-a sobre a base de uma apreciação crítica. Por isso, se diz que os princípios “fornecem condições de verdade para reivindicações morais, referindo-se a características do mundo sem necessariamente ter alguma utilidade para orientar a ação”<sup>330</sup>. Orientar no sentido da regra, afinal, o princípio oferece no máximo um suporte valorativo e analítico para guiar a resolução dos problemas ao substancializar um conteúdo de razão passível de ser especificado em regras diretivas para o julgamento e ação do agente moral.

Quanto a ser substantivo, tal requisito emprega ao princípio moral a condição de não ser uma mera formalidade. Para os que concebem um princípio de modo substantivo, “os princípios expressam conteúdo moral, não a forma que esse conteúdo deve assumir”<sup>331</sup>. Esta característica está ligada diretamente com as duas primeiras, pois toma o princípio pelo seu espírito, isto é, pelo conteúdo axiológico que expressa e por sua capacidade de manifestar uma verdade moral. Generalidade, normatividade e substancialidade conferem ao princípio a textura da condição conceitual que influenciará diretamente os outros três requisitos, ou seja, o fato de ser ele

<sup>328</sup> RAWLS, 2003, p. 121.

<sup>329</sup> GALVÃO, 2016, p. 166. [grifo no original].

<sup>330</sup> MCKEEVER; RIDGE, 2006, p. 9.

<sup>331</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 82.

também: (4) irrepreensível; (5) fundacional; e (6) um resumo teórico da teoria a qual integra. É oportuno mencionar que as três primeiras características estão no cerne das acusações de “vagueza, textura aberta, indeterminação de comparação e indeterminação na implementação”<sup>332</sup>, as quais sofrem os princípios da parte dos particularistas. Tais acusações argumentam a favor de uma insatisfação na passagem do princípio teórico para o princípio prático. A transformação do princípio em norma prática.

A irrepreensibilidade, quarta característica, expressa que o princípio não tolera exceções, mesmo quando entra em conflito com outros princípios ou regras. Se isso ocorrer, a justificativa é de que o princípio não é prioritário na justificação da ação em curso. J. B. Schneewind (1969) argumenta que o princípio moral não aceita exceções, ao contrário da regra moral, “como aquela que nos diz para cumprirmos nossas promessas, que podem ser justamente quebradas ou suspensas em determinadas circunstâncias, [mas] os princípios da moralidade devem sempre se manter e sempre ser obrigatórios<sup>333</sup>”. Lembrando que, para se ter uma compreensão produtiva acerca de um princípio, é preciso manter, na linha do horizonte, a diferença entre o que seja propriamente um princípio e uma norma ou regra para ação como temos insistido ao longo deste trabalho. E bem lembrada por Beauchamp (1996) é a menção de Stuart Mill desta característica por meio da defesa para uma determinada ordem de precedência de princípios em uma teoria coerente. Assim argumenta Mill em favor do ajustamento das teorias morais de sua época:

[...] para que as suas pretensões não sejam infundadas, deve haver um princípio ou lei fundamental na raiz de toda a moral, ou, se existirem vários, deve haver entre eles uma determinada ordem de precedência; e o princípio, ou a regra para decidir entre os vários princípios quando estes entram em conflito, deve ser autoevidente.<sup>334</sup>

Deve haver, portanto, um princípio que seja o fundamento primário para a análise de quaisquer regras ou princípios que entrem em choque em uma determinada deliberação prática, um tipo de princípio supremo, inegociável, irreduzível, sem exceções e que abarque as várias regras, normas dele derivadas. O que sugere sua quinta característica.

Semelhante ao caráter irrepreensível é a força fundacional de um princípio, ou seja, “um princípio moral fornece uma base sobre a qual outras regras ou julgamentos morais são apoiados e justificados. Um princípio não [deve] receber seu apoio, validade ou justificativa de qualquer outro princípio”<sup>335</sup>. Portanto, coerente com o aspecto de ser irrepreensível, ser

---

<sup>332</sup> ALBERTZART, 2014, p. 118.

<sup>333</sup> SCHNEEWIND, 1969, p. 249.

<sup>334</sup> MILL, 2005, p. 43.

<sup>335</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 82. [grifo do original]

fundacional anuncia a capacidade de ser autoridade moral e justificativa última da ação correta, boa, obrigatória ou permitida. Além disso, indica uma causa metaética para as normas formuladas a partir do princípio, o que torna capaz a garantia de unidade e identidade com a teoria na qual faz parte. O Princípio da Maior Felicidade, de Bentham e Mill, é um bom exemplo para demonstrar a dimensão fundacional do princípio. Para os dois utilitaristas, a felicidade é que mais, substancialmente, rege os sentimentos de aprovação e aversão moral dos agentes. Logo, eles justificam que seja evidente que a moralidade reconheça “a influência das ações na felicidade como único princípio fundamental da moralidade e fonte da obrigação moral”<sup>336</sup>.

Por fim, a última característica do princípio reivindica que ele se mostre como um resumo da teoria que performa e que fundamenta. “Um princípio moral representa e incorpora uma teoria subjacente que serve para justificar o princípio. O princípio resume a força normativa da teoria ou algum aspecto vital dela”<sup>337</sup>. Na proporção em que ele é justificado pela teoria, o princípio também justifica e emprega coerência ao fenômeno moral descrito por esta teoria. Da mesma forma, também prescreve, por meio de razões, o que julga serem as coisas morais e porque elas devem ser de um determinado modo e não de outro. Nesse aspecto, o princípio incorpora o fundamento geral da moralidade descrita e prescrita pela teoria da qual participa. Tal coerência interna é a garantida de universalidade, racionalidade e prudência exigida à deliberação moral pelo conjunto geral de teorias que fazem parte da filosofia moral.

E, por falar em filosofia moral, J. B. Schneewind (1969), um dos mais proeminentes historiadores da moral, muito provavelmente concordaria que os seis critérios pertencem à identidade histórica de um princípio, embora ele os concentre em quatro características, a saber:

Estas três características marcam o que, por conveniência, chamarei de clássico princípio moral. Quando adicionamos um quarto recurso a essas três - liberdade de contexto, inexcebilidade, substancialidade – temos o que chamarei de primeiro princípio clássico. A quarta característica é que o princípio deve ser fundamental ou básico.<sup>338</sup>

Preocupado em justificar o conhecimento moral, Schneewind (1969) argumenta que esta compreensão de princípios morais torna possível a existência de algo que é compreendido como conhecimento moral genuíno. Análogas às leis científicas, as “formulações de princípios morais servem para sistematizar e generalizar essas crenças [morais] e, ao fazê-lo, articulam o que pode ser chamado de espírito de nossa moralidade”<sup>339</sup>, posto que a verdade desses princípios é

---

<sup>336</sup> MILL, 2005, p. 43.

<sup>337</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 82.

<sup>338</sup> SCHNEEWIND, 1969, p. 250.

<sup>339</sup> SCHNEEWIND, 1969, p. 256.

comprovada na quantidade razoável de princípios que foram testados e peneirados ao longo do tempo e que, portanto, tem gerado “uma quantidade razoável de evidências para mostrar que eles podem dar uma orientação aceitável e podem formar o núcleo de uma comunidade moral”<sup>340</sup>. Então, considerando o fato de que críticos dos princípios direcionam seus argumentos a um limitado número de princípios ou performances que desempenham em teorias particulares, não parece razoável generalizar tais críticas e rejeitar por completo o suporte que os princípios conferem à tomada de decisão e à moralidade, inclusive, à moralidade do dia a dia.

Mesmo que se apele para princípios na composição de uma teoria ou prática morais, há filósofos que passaram a considerar o princípio sobre outro desempenho prático-conceitual colocando em questão ao menos duas das características ligadas à noção forte de princípio. Filósofos morais, como William David Ross (1994) e William Frankena (1975), introduziram concepções singulares de princípios morais que abriram caminho para o que depois se transformaria na principal teoria principialista em ética biomédica. Esta concepção permitiu aos princípios manter o peso normativo sem que mantivessem a exclusividade primária no ajustamento de conduta moral. Nesse sentido, excluiu-se a hierarquia objetiva dos princípios a partir de um princípio fundamental. Por isso, “qual princípio terá predominância, no caso de conflito, dependerá do particular contexto, que tem sempre características únicas”<sup>341</sup>. Esses princípios não absolutos ficaram conhecidos pela tradição como princípios *prima facie*, conforme veremos na próxima seção.

### 2.1.1 Os princípios não absolutos ou *prima facie*

Os autores do princípio de Respeito à Autonomia não reconhecem que um princípio necessite se identificar com todas as seis características apontadas na seção anterior. Tom L. Beauchamp (1996) pondera que um princípio deve ser geral, normativo e substancial, mas que não precisa ser descartado porque não desempenha o papel de fundamento, de excepcionalidade, ou de resumo da teoria que integra. Para o filósofo, rejeitar essas características não é rejeitar o reconhecimento do papel importante dos princípios em moral, mas antes, entender o fenômeno moral, por sua natureza dinâmica, ao impor evidentes dificuldades à teoria e à prática morais. Por outro lado, também afirma que tais dificuldades não abrem caminho para a adoção de uma antiteoria. Afinal, o desacordo moral encontrado nas

---

<sup>340</sup> SCHNEEWIND, 1969, p. 262.

<sup>341</sup> SGRECCIA, 2014a, p. 185.

sociedades plurais evidencia no máximo um desacordo acerca de valores e da ação moralmente justificada pela comunidade. Não propriamente um desacordo quanto a existência de valores.

Um exemplo elucidativo do erro de se confundir desacordo moral com desacordo de valores foi demonstrado por Will Kymkicka (1993), ao analisar o trabalho empreendido por vários comitês globais de bioética, envolvidos com os problemas relacionados às Novas tecnologias Reprodutivas<sup>342</sup>. Em sua análise, encontrou ao menos sete princípios em consenso entre os membros dos diferentes comitês: (1) autonomia (consentimento informado); (2) responsabilidade; (3) respeito pela vida humana; (4) igualdade (no sentido de combate da discriminação e de igualdade de acesso aos cuidados de saúde); (5) uso adequado de recursos financeiros; (6) não comercialização da reprodução; (7) proteção dos melhores interesses dos vulneráveis. E, para Kymkicka, o que esses princípios mostram?

Primeiro que, em se tratando de comitês de bioética com a participação de uma ampla gama de grupos de interesses (profissionais e leigos; homens e mulheres; religiosos e seculares; minorias; pessoas com deficiência; médicos e pacientes), tais comitês são capazes de captar importantes valores morais ao conjunto diverso de agentes e de comunidades morais particulares interessados nesses trabalhos. Em segundo, apontam que tais princípios se apresentam consistentes com um único ponto de vista moral, qual seja, que “todos os princípios são consistentes e realmente ajudam a explicitar a crença de que cada pessoa é importante por si mesma”<sup>343</sup>.

Tal princípio, por assim dizer, que está no fundo da regra de ouro, pode ser considerado tão intuitivamente presente entre os agentes morais e entre as diversas culturas que tal concepção se encontra assumida não só pela ética judaico-cristã mas também por diferentes construções teóricas, tais como: a deontologia de Kant; o utilitarismo de Jeremy Bentham e Stuart Mill; o contratualismo de Thomas M. Scanlon; e a ética do cuidado de Carol Gilligan. Dessa forma, grosso modo, pode-se falar de um acordo de princípio, mas a questão é: como esses comitês chegam em um acordo tendo vista os muitos interesses que entram no debate contemporâneo acerca das políticas públicas de saúde?

O principialismo de Tom L. Beauchamp (1996) propõe que uma teoria coerente em ética aplicada, por exemplo, deve abrir mão de uma concepção robusta de princípio que reivindique excepcionalidade, já que, para o filósofo, “um princípio moral pode ser substituído se encontrar um conflito contingente. Há exceções a todos os princípios, cada um dos quais é apenas *prima*

---

<sup>342</sup> KYMLICKA, 1993.

<sup>343</sup> KYMLICKA, 1993, p. 13.

*facie*”<sup>344</sup>, conforme os contingente presentes nos cenários de diferentes conflitos em disputa. Por isso, é uma realidade a possibilidade do encontro de um outro princípio que seja mais adequado para a resolução de um desacordo pontual quando analisado um determinado cenário.

O caso de mulheres grávidas trabalhadores em ambientes perigosos serve para demonstrar a deliberação sobre dois princípios não absolutos. Mesmo que alguns julguem estar limitando a autonomia da mulher, já que, dentre certos limites, ela deveria ter autonomia na escolha do trabalho e do ambiente que deseja atuar, mesmo sob o risco de discriminação de gênero, não há dúvidas, que o mais adequado a se fazer é o uso do princípio de não maleficência a encaminhando a um trabalho sem perigo. Lembrando que, conforme o núcleo comum extraído das definições de autonomia explicitado na primeira parte deste trabalho, pode-se dizer que a “autonomia é a autoridade para tomar decisões de acordo com os próprios valores sem restrições pelos valores de outros que não sofrem as consequências da decisão”<sup>345</sup>. Logo, deve haver, em se tratando de um guia médico, uma norma objetiva que regule o trabalho de homens e mulheres, a partir do momento que se considere condicionantes, tais quais aquele exemplificado que acaba exigindo a sobreposição de dois valores importantes ao mundo contemporâneo.

Outro ponto importante a Beauchamp é que um único princípio não deve ser a base sobre a qual todas as regras e julgamentos possam ser suportados para que a ação receba a sua justificativa de correção. No caso de trabalho feminino, pode haver uma situação em que a autonomia da mulher deva prevalecer, contudo, há outros cenários, em que a prudência da não maleficência necessite prevalecer como imperativo ético, como aludido no exemplo. Neste caso, a escolha sobre a individualidade da pessoa adulta nem sempre é o valor ético primordial, mesmo se tratando de uma sociedade plural em que a autonomia individual seja amplamente valorizada. E, dessa forma, a norma prática deve ser considerada, em vinculação aos diferentes princípios éticos, para que possa orientar de modo relevante as atividades de legisladores, juízes, profissionais de saúde e agentes de saúde pública.

Por fim, não havendo excepcionalidade e nem pretensão fundacional, Beauchamp argumenta que “um princípio moral pode, mas também não pode representar e incorporar uma teoria moral subjacente que justifique um ou mais princípios”<sup>346</sup>. Uma teoria pode ser composta de vários princípios, sem que eles necessariamente criem um desacordo teórico ou demandem

---

<sup>344</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 84.

<sup>345</sup> SCHWARTZ, 1992, p. 160

<sup>346</sup> BEAUCHAMP, 1996, p. 83.

um princípio que organize todos os demais<sup>347</sup>. Ao menos é esta pretensão por trás do principialismo, na forma de uma pluralidade de princípios, como ocorre com as teorias que falam de princípios não absolutos.

Contudo, por ora, o que vale demonstrar é uma primeira e fundamental diferença entre a concepção de princípio defendida pelos principialistas em questão, Beauchamp e Childress, e a concepção de princípios presente na tradição moralista mais persistente, ou seja:

o termo “princípio” é usado por esses autores como sinônimo de uma sentença normativa que funciona como *um guia genérico para o agir*. Ele não possui caráter absoluto, isto é, validade incondicional. Desse modo, o principialismo distingue-se tanto da ética de Kant quanto da ética de Mill onde os princípios éticos fundamentais (o Imperativo Categórico e o Princípio da Utilidade) possuem validade absoluta.<sup>348</sup>

E por que esta distinção é importante? Porque mesmo os autores justificando que o princípio de autonomia que eles elaboram sofre influência da tradição aberta por Kant e Mill, os dois autores em pauta empregam desempenho completamente diferente daqueles fornecidos pela tradição kantiana e milliana. Isso ficará claro na terceira parte da dissertação, na qual apontaremos as especificidades do princípio de Respeito à Autonomia. Por ora, basta perguntar: onde Beauchamp e Childress buscaram fundamentação para um princípio de autonomia não absoluto? E como esta concepção se mostrou capaz de desempenhar uma prática que não cedesse à arbitrariedade de regras anômalas e conforme às subjetividades de ocasião?

Para responder a tais perguntas, é preciso revisar a teoria dos deveres *prima facie*, de W. D. Ross (1994). Mirando sua crítica inicial no Princípio de Maior Felicidade do utilitarismo clássico, Ross argumenta que os agentes comuns não atuam calculando a maior produção de prazer em suas ações e que, portanto, o princípio está equivocado sobre a tessitura da paisagem moral. Ross está antecipando uma crítica que aparece em Bernard Williams (2005) ao ponderar:

as pessoas incluem entre os ingredientes de uma vida feliz coisas que necessariamente envolvem valores diferentes do prazer – tais como integridade, por exemplo, ou espontaneidade, ou liberdade, ou amor, ou expressão artística. E esses valores não podem ser tratados nas condições exigidas [cálculos empíricos e indiferença a valores com mesmo peso de utilidade] da “felicidade” utilitarista [...].<sup>349</sup>

<sup>347</sup> Embora insistam que não haja um princípio mais fundamental ao conjunto de princípios *prima facie*, consideramos razoável apontar um metaprincípio geral que defenda o valor das pessoas por si mesmas, assim como ocorre com a regra de ouro. Todos os princípios convergem na valorização das pessoas.

<sup>348</sup> DALL'ÁGNOL, 2004, p. 29.

<sup>349</sup> WILLIAMS, 2005, p. 147. [grifo do original].

Concordando com esta crítica, Ross parte da tese geral “de que todas as formas de monismo (a concepção segundo a qual existe apenas um único princípio moral básico) são falsas”<sup>350</sup> porque considera que teorias forjadas sobre um único princípio simplificam “indevidamente a vida moral”<sup>351</sup>. E segue estimando que:

em muitas situações há mais de uma reivindicação sobre nossa ação, que essas reivindicações frequentemente conflitam e que, embora possamos ver com certeza que essas reivindicações existem, torna-se uma questão de julgamento individual e falível dizer qual reivindicação é mais importante nas circunstâncias. Em muitas situações, homens igualmente bons formariam julgamentos diferentes quanto a qual é seu dever.<sup>352</sup>

Após argumentar o que julga serem as inconsistências do princípio utilitarista, Ross também dedica alguma avaliação do princípio kantiano. Para o filósofo, mesmo sustentando uma teoria sobre a linguagem de dever, Kant concebeu erroneamente a moralidade, ao pensar que pessoas agissem apenas por dever. Isso equivale a dizer que as pessoas agem apenas por um tipo de motivação, o que para ele não é verdade.

o princípio kantiano geralmente aceita de que "devo" implica em "posso". Não é verdade que eu possa, num piscar de olhos, produzir livremente em mim mesmo um certo motivo (seja um desejo comum ou o senso de obrigação), e menos ainda que eu possa, do nada, torná-lo eficaz para me estimular agir. Posso agir por uma certa razão apenas se tiver o motivo: se não, o máximo que posso fazer é cultivá-lo à força de direcionar minha atenção adequadamente ou agir de certas maneiras apropriadas, de modo que em alguma ocasião futura isso faça uma aparição em mim e eu possa trabalhar para ele.<sup>353</sup>

Tendo em vista as duas críticas, segundo Ross, ninguém age ponderando consequências futuras, isto é, prevendo consequências que podem de fato nem se efetivarem. Um homem que cumpre uma promessa, a cumpre por julgar que isto seja o certo a fazer, em vista do vínculo que foi criado entre ele, o que prometeu, e a quem foi prometido. Assim, “o que te faz pensar que é certo agir de certa forma geralmente é apenas o fato de você ter prometido fazer isto”<sup>354</sup> e, portanto, o que pesa no agir é o passado ligado a uma promessa gerada.

A mesma situação ocorre quando alguém age por ações de terceiros, como quando há uma dívida de gratidão por um ato prévio de bondade. Não é necessariamente por dever e nem apostando em consequências futuras que o agradecido age em benefício de volta, contudo,

---

<sup>350</sup> DANCY, 2004, p. 310.

<sup>351</sup> ROSS, 1939, p. 89.

<sup>352</sup> ROSS, 1939, p. 89.

<sup>353</sup> ROSS, 1994, p. 19.

<sup>354</sup> ROSS, W. D. 1994, p. 32.

pode haver casos excepcionais em que, dadas às circunstâncias, uma pessoa possa julgar que cumprir uma promessa seja errado, considerando que haja duas obrigações em conflito. Para Ross, tal excepcionalidade também faz parte do fenômeno moral, ao contrário do que é compreendido por algumas teorias morais, as quais tentam descrever a moralidade como transparente e sempre organizada diante do agente moral. Outro ponto que W. D. Ross defende é que há uma diferença entre o bom e o certo e que esta diferença seja importante para a atuação das excepcionalidades do terreno moral.

Devemos, portanto, falar de um ato correto, mas não de um ato moralmente bom. E poderia ser acrescentado que fazer uma ação certa pode ser uma ação moralmente má, e que fazer uma ação errada pode ser uma ação moralmente boa: uma vez que "certo" e "errado" referem-se exclusivamente à coisa feita, "moralmente boa" e "moralmente errado" exclusivamente a razão pela qual isso é feito.<sup>355</sup>

Tal distinção entre o certo e bom é capital para o trabalho de Ross, visto que, para o filósofo, as fundações da ética são sustentadas por estas duas realidades: o certo e o bom. E é sobre esta distinção, influenciado pelo colega H. A. Prichard, que o filósofo elabora sua teoria dos princípios *prima facie*<sup>356</sup>. Na verdade, deveres *prima facie*, já que Ross está preocupado, sobretudo, com as obrigações e os deveres incorporados ao ato do agente moral, assim, como também estava H. A. Prichard. Diz Prichard sobre os atos morais:

Existe o ato, a origem de uma mudança, e existe o motivo para esse ato. Os atos em si não são bons nem maus. Mas podemos pensar no ato junto com seu motivo e considerá-lo bom ou mau. Prichard usou o termo "ação" para esta combinação de ato e motivo (oficialmente, mas nem sempre de forma consistente). Os atos não podem ser bons ou maus, mas as ações podem.<sup>357</sup>

Do mesmo modo, “para Ross o bom e o justo são qualidade irreduzíveis e objetivas, a primeira corresponde aos *atos*, a segunda aos *motivos*. Os atos, diz o autor, podem ser corretos ou equivocados; as motivações, boas ou más”<sup>358</sup>. Tanto Prichard quanto Ross estão interessados no ato moral e Ross, a fim de circunscrevê-lo, explica que “se um ato é um dever no sentido adequado ou um dever real depende de todas as classes moralmente significativas de que é [se trata] o caso”<sup>359</sup>, isto é, o dever é admitido sobre avaliação dos requisitos moralmente relevantes ao caso concreto.

---

<sup>355</sup> ROSS, W. D. 1994, p. 21.

<sup>356</sup> DANCY, 2004, p. 310.

<sup>357</sup> DANCY, Jonathan. Harold Arthur Prichard. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. ZALTA, Edward N. (ed.), 2008. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/prichard/#GooRig>. Acesso em: 6 jun. 2020.

<sup>358</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 66. [grifo do original]

<sup>359</sup> ROSS, W. D. 1994, p. 35.

Embora o filósofo defenda a existência de princípios morais básicos e irreduzíveis, na forma de deveres, Ross argumenta que estes princípios expressam obrigações *prima facie*, uma vez que inclinam o agente moral na direção do que deva ser feito em cada situação concreta. Contudo, não existiria uma hierarquia primária entre os deveres, pois a prioridade de um sobre o outro é discernida através dos conteúdos moralmente relevantes ao caso que coloca para a deliberação moral. E, assim, o filósofo introduz a ideia de deveres *prima facie*.

Eu sugiro "dever *prima facie*" ou "dever condicional" como uma forma abreviada de se referir à característica (completamente diferente daquela de um dever no sentido próprio) que um ato possui, em virtude de ser de uma determinada classe (por exemplo, manter uma promessa), de ser um ato que seria um dever no seu próprio sentido se não fosse ao mesmo tempo de outra classe moralmente relevante. Se um ato é um dever no sentido adequado ou um dever real depende de *todas* as classes moralmente significativas de que é o caso.<sup>360</sup>

O dito é que um dever *prima facie* é um dever, à primeira vista, evidente e, por isso mesmo, vinculante do agente moral a determinada ação no caso concreto em que este dever aparece em seu horizonte moral. Não obstante, tal dever *prima facie* é não decisivo, pois o dever a ser cumprido será reconhecido pela análise dos dados relevantes ao conflito. Há um sentido de dever concreto e “esse sentimento de nosso dever concreto em circunstâncias concretas, precedido e informado pela mais completa reflexão que possamos conceder ao ato em todas as suas relações é muito falível, pois é o único guia que temos para nosso dever”<sup>361</sup>. A falibilidade mencionada por Ross diz respeito à maturidade do agente e de sua comunidade moral, mas o que importa entender por ora é a existência de deveres *prima facie*, princípios à primeira vista, sendo todos eles valores absolutos até que seja eleito um dever compatível com o conflito em análise em referência ao próprio contexto. Isto é, até que a deliberação aponte o princípio de fato na resolução do conflito ao analisar os condicionantes moralmente relevantes ao caso. O ato moralmente correto é então o cumprimento do dever de fato. O dever real, no momento em que existirem conflitos entre deveres, estando este dever em conformidade com o conflito real.

Para distinguir a dinâmica entre deveres *prima facie* e deveres reais, W. D. Ross introduz nova distinção entre obrigações *prima facie* e obrigações reais. Obrigações *prima facie* seriam aquelas que são necessárias à primeira vista e, portanto, não absolutos em casos, nos quais haja outra obrigação em conflito. A obrigação real ou obrigação de fato trata-se de uma obrigação *prima facie* que se sobrepôs às outras mediante rigorosa ponderação das condições relevantes ao ajuizamento do conflito moral.

---

<sup>360</sup> ROSS, W. D. 1994, p. 35. [grifo do original]

<sup>361</sup> ROSS, W. D. 1994, p. 57.

Quando estamos diante de um conflito de deveres, é preciso determinar, segundo Ross, qual é o dever de fato nessas circunstâncias concretas. Para isso, não basta ater-se aos dados deontológicos. É necessário avaliar também as consequências das diversas alternativas. Segundo este autor, a deliberação moral, pelo menos nas situações de conflito, teria dois momentos, que poderíamos chamar de deontológico e teleológico.<sup>362</sup>

Existe então o primeiro momento caracterizado por deveres de natureza deontológica e o segundo, o qual é caracterizado por uma deliberação consequencialista ou teleológica. E, por esta via, a teoria rossiana tenta compatibilizar dois requisitos de dois diferentes paradigmas éticos, mantendo os deveres ou princípios *prima facie* em sua fundamentação teórica e assentando que, “os princípios deontológicos devem ser completados sempre com a avaliação das circunstâncias e das consequências. São dois momentos intrínsecos de todo raciocínio moral”<sup>363</sup>. Trata-se, portanto, de uma teoria de princípios “perfeitamente compatível com a análise contextual”<sup>364</sup> em resposta àqueles que sugerem a existência de uma indiferença contextual ao conflito moral por parte dos generalistas. Esta característica teórica será assumida pelo principialismo bioética e sobre ela será defendida a análise contextual dos conflitos nascidos no exercício biomédico.

Agora, fica mais fácil entender que, mesmo o princípio de manter uma promessa, gerador de uma obrigação de fidelidade, pode dar lugar a um princípio de beneficência, na forma da obrigação de ajudar um necessitado em sofrimento severo, por exemplo. Desta forma, “cumprir uma promessa, por exemplo, é um dever *prima facie* e, portanto, algo obrigatório se não surgir uma situação que implique um dever mais forte e que seja incompatível com o seu cumprimento”<sup>365</sup>, ou seja, neste caso com o dever de cumprir um dada promessa. Um princípio *prima facie* pode ter maior ou menor prioridade, segundo as circunstâncias e, deste modo, não há um princípio por onde podemos concluir que uma ação é sempre e no geral certa ou errada. E, assim, intuicionistas como Ross, “acreditam que há uma *pluralidade* de princípios e que não é possível subsumi-los num único”<sup>366</sup>.

É razoável pensar que, quanto ao tipo de deliberação proposta por Ross, sobre vários princípios *prima facie*, apareça o risco de se ter que lidar com uma considerável quantidade de arbitrariedade da parte daquele que faz a avaliação dos atos requeridos a cada um dos conflitos pertencentes ao domínio moral. Mas, contra tal risco, o filósofo considera a existência da

<sup>362</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 90.

<sup>363</sup> GRACIA, 1989, p. 203.

<sup>364</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 450.

<sup>365</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 173.

<sup>366</sup> DALL'AGNOL, 2004, p. 19. [grifo do original]

objetividade do valor moral ao se contrapor às teorias psicológicas que argumentam a favor de estados mentais singulares dos agentes que atuam sobre os diferentes contextos morais<sup>367</sup>. Diz que “não há nada de arbitrário nesses deveres *prima facie*. Cada um é baseado em uma circunstância precisa, que não pode ser seriamente considerada sem relevância moral”<sup>368</sup>, sempre objetiva. W. D. Ross, como intuicionista que é, considera ainda que os princípios morais são autoevidentes aos agentes morais, sobretudo, pelo que ele chama de convicções<sup>369</sup>. E, especificamente sobre a autoevidência dos deveres *prima facie*, enfatiza:

Algo deve ser dito sobre a relação entre nossa apreensão da correção *prima facie* de certos tipos de atos e nossa atitude mental em relação a atos particulares. É apropriado usar a palavra 'apreensão' no primeiro caso e não no último. Que um ato é correto *prima facie*, [...], é uma questão por si mesma evidente: não no sentido que é evidente desde o início de nossas vidas, ou assim que lidamos com a proposição pela primeira vez, mas no sentido de que quando alcançamos maturidade mental suficiente e prestamos atenção suficiente à proposição, ela é desnecessariamente evidente de demonstração ou outra prova além dela mesma. É autoevidente, exatamente como é um axioma matemático ou a validade de uma fórmula inferencial.<sup>370</sup>

Portanto, o filósofo considera que verdades morais seriam indemonstráveis e autoevidentes, assim como os princípios matemáticos. E sua apreensão adequada, conforme está dito, depende da maturidade mental tanto da comunidade quanto do agente moral para que princípios gerais deem lugar a normas objetivas e manejáveis ao fenômeno moral concreto. Ele argumenta

que os princípios devem ser especificados para atender às necessidades e demandas de contextos particulares, permitindo, assim, princípios para superar sua falta de conteúdo e para lidar com o conflito moral. Especificação é um processo de redução da indeterminação de normas abstratas e proporcionando-lhes conteúdo para orientar a ação específica.<sup>371</sup>

A especificação tem papel fundamental na teoria dos princípios *prima facie*, pois é este trabalho de equilíbrio entre o princípio abstrato, o contexto e a orientação prática que fará a transposição das teorias morais abrangentes para a prática moral cotidiana, na forma de regras, normas, leis e protocolos, instaurando, por este curso, a força operativa dos princípios em ética prática (ou aplicada). Como será visto adiante, a especificação é a principal tarefa da bioética

---

<sup>367</sup> ROSS, 1994, p. 28.

<sup>368</sup> ROSS, 1994, p. 36.

<sup>369</sup> “Ross recorreu ao que comumente chamamos de intuições (o termo usado por ele é ‘convicção’ e aparentemente designa uma cognição sustentada, pelo menos em parte, com base no entendimento de seu objeto proposicional”. AUDI, 2012, p. 435.

<sup>370</sup> ROSS, 1994, p. 44-45.

<sup>371</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 45.

sob o paradigma do princípalismo. E o que se vê então na teoria princípalista sobre a influência rossiana é um paradigma de aplicabilidade que opera sobre uma espinha dorsal formada por vários princípios, os quais, com “maior pretensão de agir”, isto é, *prima facie*, são transformados em deveres reais, por meio de uma especificação racional<sup>372</sup> que se dobra sobre cada caso particular, fornecendo conteúdo prático aos deveres para que eles possam ser instrumentalizados na forma de regras e normas no uso do campo de ética biomédica. Mais uma vez,

Dada a ausência de um princípio ético fundamental, bem como a inexistência de prioridade absoluta entre os nossos deveres, resta ao agente confiar na sua percepção – falível, admite Ross – para descobrir, em casos particulares, aquilo que de facto deve fazer quando vários princípios *prima facie* apontam para cursos de ação incompatíveis.<sup>373</sup>

Mas também, embora reconheçamos o mérito da teoria dos deveres *prima facie* para o campo da ética aplicada, não podemos deixar de criticar o que se mostra um problema elementar na teoria rossiana. Não parece certo dizer que não haja lugar no fenômeno moral para princípios que sejam absolutos e universais. O princípio de que não se deva torturar uma criança inocente parece um tipo de princípio para o qual não existam exceções. E, se for assim, basta um exemplo, e este seria um, para que a consideração de W. D. Ross, de que o fenômeno moral não comportaria princípios absolutos, perca a sua consistência, demonstrando alguma fragilidade, caso o filósofo apelasse a uma resposta consequencialista simples para a solução do dilema.

Outra fragilidade refere-se à ausência de um critério último sobre o qual se possa decidir qual dever teria prioridade em um conflito entre deveres. Ao afirmar que a prioridade varia conforme as circunstâncias, o filósofo expressa que o agente moral sempre contará com alguma intuição em direção do que seja o certo a fazer. Para Ross, os deveres são autoevidentes aos agentes morais que, por meio de uma intuição moral, se constituem na possibilidade de “certas generalizações aproximadas, como a de que a obrigação de não causar dano (não-maleficência) é ‘mais imperiosa’ que a de causar o bem (beneficência)”<sup>374</sup>. Em suma, se para fazer o bem o dano prático for de igual proporção, deve-se então se abster de causar o dano. E tal compreensão seria autoevidente aos agentes morais, o que nos leva a outro ponto de atenção sobre a teoria, no ponto em que Ross diz explicitamente:

---

<sup>372</sup> AUDI, 2012, p. 452-454.

<sup>373</sup> GALVÃO, 2016, p. 169.

<sup>374</sup> MAILANDI, p. 173

Creio que deveríamos separar dos deveres de beneficência dos deveres que podem ser compreendidos sob o título de ‘não causar dano a outros’. Sem dúvida, causar dano a outros e, incidentalmente, deixar de lhes fazer o bem; mas me parece claro que a não-maleficência é apreendida como um dever distinto do de beneficência, e como um dever de caráter mais estrito [...]. Mas, mesmo quando chegamos a reconhecer o dever de beneficência, parece-me que o dever de não-maleficência se reconhece como distinto e como *prima facie* mais vinculador.<sup>375</sup>

Ao instar um dever mais vinculador que outro, o filósofo, incorre no risco *prima facie* de dotar este dever de maior apelo no processo deliberativo sugerindo, portanto, uma hierarquia entre deveres. O bioeticista Diego Gracia (1989) é um dos que apontam a existência de tal hierarquia<sup>376</sup>. Contudo, uma crítica deste tipo não será aqui esmiuçada já que W. D. Ross fornece exemplos intuitivamente assertivos, como quando, por exemplo, de modo simplista, argumenta que matar uma pessoa para salvar outra seria errado e incorreto. Parece óbvio. Mas, de novo, basta um contraexemplo para colocar em questão a sugestão do filósofo. O que aqui não será perseguido, dado que não seja importante ao argumento geral da presente pesquisa.

Por fim, reconhecida a complexidade do fenômeno moral, em todas as vozes presentes nesta pesquisa, torna-se importante a análise das deficiências expostas na teoria rossiana, uma vez que possam fragilizar o paradigma de aplicabilidade do filósofo. Este tipo de paradigma, o de aplicabilidade, é de suma importância para a ética aplicada e, neste caso, lembramos mais uma vez que o paradigma rossiano se encontra na base tanto do Relatório Belmont como da ética biomédica de Beauchamp e Childress, embora, firmamos mais um vez que o objeto desta pesquisa seja o da análise do princípio de Respeito à Autonomia e, portanto, não há maiores interesses na análise de conteúdo e harmonia entre as teorias relacionadas.

Antes de seguirmos adiante, mencionamos outra influência dos autores do princípio de Respeito à Autonomia. Trata-se de William K. Frankena (1975) que tributou vários méritos à teoria rossiana, embora enfatizasse a dificuldade real ligada à inexistência de um critério formal no esclarecimento do certo a fazer em meio a um potencial conflito entre deveres. Em linhas gerais, assim como Hume, Frankena justificou a existência de dois princípios originadores de obrigações morais:

o da benevolência e o da justiça ou igualdade. Do primeiro decorrem vários princípios menos básicos de obrigação moral *prima facie*: o princípio da utilidade, o princípio de não lesar os outros, o princípio de não interferir na liberdade alheia e assim por

---

<sup>375</sup> ROSS, 1994, p. 37.

<sup>376</sup> GRACIA, 1989, p. 203.

diante. Do segundo, defluem outros, como, por exemplo, o de igualdade de tratamento e de igualdade perante a lei.<sup>377</sup>

O filósofo, ao contrário de Ross, esclareceu que, em algum momento, poderiam surgir conflitos entre os dois princípios, o que equivaleria a dizer que ele tomava os dois princípios como deveres *prima facie*, não efetivos, assim como fez W. D. Ross. Contudo, também argumentou que, se a sua teoria estiver certa, ela “deve permitir que o princípio da justiça tenha precedência sobre o de utilidade, se não sempre, pelo menos em algumas circunstâncias”<sup>378</sup>, reconhecendo, todavia, não ter qualquer “meio de elaborar uma fórmula capaz de determinar quando a justiça terá e quando não terá precedência”<sup>379</sup>.

Deste ponto, é importante avigorar que, assim como W. D. Ross, em W. Frankena, “o termo ‘princípio’ é usado [...] como sinônimo de uma sentença normativa que funciona como *um guia genérico para o agir*”<sup>380</sup>. E ao abordarmos o princípio de Respeito à Autonomia ficará mais claro como seja possível, para o grupo de autores em torno de Ross e Frankena, a transformação de um suporte analítico, ou seja, a transformação de um princípio abstrato e geral em regras e normas na forma de preceitos aplicáveis para a resolução de potenciais conflitos existentes entre médicos, pacientes e sujeitos de pesquisa. Este é um desafio significativo para a ética aplicada, especialmente a principialista, a qual passaremos a tratar no próximo tópico.

## 2.2 O principialismo bioético: a teoria aplicada

Já antecipado, a origem do termo principialismo ou principlismo remonta à crítica de K. Danner Clouser e Bernard Gert (1990), ao se referirem à “prática de usar ‘princípios’ para substituir a teoria moral e a regras e ideais morais particulares ao lidar com problemas morais que surgem na prática médica”<sup>381</sup>. Os dois críticos dizem mirar suas análises nos trabalhos de William Frankena e na obra *Princípios de Ética Biomédica*, de Beauchamp e Childress (1983), “porque o livro deles é de longe o mais influente”<sup>382</sup>.

Neste passo, Couser e Gert (1990) se esforçam em colocar em relevo as dificuldades próprias da ética aplicada, ao tentar traduzir princípios teóricos em princípios práticos ao manejo de profissionais pouco íntimos com a gramática moral. Dificuldades que têm se

<sup>377</sup> FRANKENA, 1975, p. 65.

<sup>378</sup> FRANKENA, 1975, p. 57.

<sup>379</sup> FRANKENA, 1975, p. 57.

<sup>380</sup> DALL’AGNOL, 2004, p. 29. [grifo do original]

<sup>381</sup> CLOUSER; GERT, 1990, p. 219. [grifo no original]

<sup>382</sup> CLOUSER; GERT, 1990, p. 219.

mostrado ainda mais acentuadas pelos desafios advindos das inovações tecnocientíficas e do multiculturalismo das sociedades contemporâneas. E, então, uma teoria promissora em ética prática precisa, minimamente, desempenhar um paradigma prático, um modelo prático-analítico que não se abdicando da tarefa de valorar seja capaz de fornecer regras e normas que especifiquem que tipo de ação seja proibida, requerida ou permitida em cada caso em que haja um conflito bioético concreto.

Para a abordagem principialista, este trabalho começa com o reconhecimento e a especificação dos princípios capazes de gerar obrigações práticas aos participantes do terreno da ética biomédica traduzindo a generalidade do princípio de modo que se tornem conteúdos práticos na forma de normas, regras, diretrizes e leis reguladoras da prática médica global. Para Ricardo Maliandi e Oscar Theür (2008), isso implica dizer da necessária formulação de um “paradigma de aplicabilidade”<sup>383</sup> bioético. Em síntese, um instrumento que trata de modo eticamente sistemático e ordenado os diferentes problemas que nascem na atividade direta de assistência e experimentação médica e das demais profissões de cuidado em saúde física e mental.

Nem sempre códigos e protocolos de ética médicas tiveram sucesso em demonstrar as práticas éticas requeridas nas relações entre médicos, pacientes e sujeitos de pesquisa, afinal, estes dois últimos atores eram inexistentes no cenário de cura médica. É só lembrarmos que a medicina hipocrática via a prática médica como uma atividade de benefício ao paciente no embate do médico com a doença. A medicina era considerada como “a arte de conservar a saúde, de prolongar a vida e de curar as enfermidades. Ela está incorporada numa clara expressão de seu objetivo moral: beneficiar o paciente atendendo a seus melhores interesses tal como a *medicina os entende*”<sup>384</sup>.

Quanto a um possível direito do paciente, ensinou o famoso médico Thomas Percival<sup>385</sup>, no início do século XIX, aos seus alunos: “quando um paciente (...) faz perguntas que respondidas sinceramente podem resultar em fatalidades, seria um grave erro revelar-lhe a verdade. Seu direito à verdade é duvidoso ou mesmo nulo”<sup>386</sup>. O médico brasileiro e membro

---

<sup>383</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 149-183. No capítulo V da referida obra, os autores tratam de várias tentativas de responder aos dilemas de ética na área das ciências biomédicas. O principialismo é um desses paradigmas que usam os princípios para através de métodos próprios de investigação produzir uma teoria biomédica coerente em sua forma e conteúdo.

<sup>384</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 149-183. [grifo nosso]

<sup>385</sup> Thomas Percival, médico e especialista em ética, é responsável pelo texto intitulado *Ética Médica* (1803), o primeiro do gênero escrito na história global da ética médica. In. MCCULLOUGH, 2018, p. XXIV.

<sup>386</sup> SIQUEIRA, 2008, p. 87.

da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM), José Eduardo de Siqueira (2008), chegou a anunciar que, até alguns anos atrás,

o nexa da relação médico-paciente se assemelhava ao de uma família, assumindo o médico a figura do pai e o enfermo o papel do filho. Esse modelo assimétrico de relacionamento perdurou até o início do século XX, quando pacientes estadunidenses passaram a acionar judicialmente os médicos que omitiam informações, impedindo-os de tomar decisões autônomas.<sup>387</sup>

A rápida mudança desse *status* começou a ocorrer, quando práticas desumanizadoras a pacientes e sujeitos de pesquisa se tornaram públicas criando um progressivo estado de questionamento das práticas biomédicas. Além dos casos denunciados por Henry K. Beecher (1966), tantos outros passaram a formar a história escandalosa dos desvios médios. Alguns deles estão, inclusive, na base justificatória da comissão que produziu o Relatório Belmont. Um dos mais alarmantes ficou conhecido como *Experiência de Sífilis de Tuskegee*. Segundo Laurence McCullough (2018), o termo experiência remete ao que Francis Bacon (1561-1626) chamou de “experimento natural” que consistiu em um modelo de pesquisa eticamente permissível somente quando não houvesse tratamento eficaz para a doença em estudo.

No caso Tuskegge, este tipo de experimento foi agravado pela descoberta de um consentimento que supostamente teria sido fornecido pelos participantes da pesquisa, o qual não ocorreu, pois foi forjado pela equipe pesquisadora. A investigação na época buscou estudar o curso natural da sífilis não medicada. Os indivíduos eram informados apenas que tinham “sangue ruim” e esta informação significou vagamente que eles tinham alguma doença benigna, ou mesmo sífilis, ou doenças similares. “O objetivo era fazer com que os sujeitos em potencial pensassem que sua condição era benigna, criando assim uma falsa crença”<sup>388</sup> que pudesse motivá-los a entrar no experimento. No curso da pesquisa, que durou cerca de quarenta anos, todos os 600 participantes receberam injeções de placebo, mesmo havendo na época a descoberta da penicilina. Nenhum dos participantes foi tratado contra a doença e, em 1973, quando foi descoberta a situação, havia apenas 74 sobreviventes do experimento.

Esta pesquisa norte-americana acendeu o clamor público contra pesquisas biomédicas nas quais houvesse violação de direitos humanos fazendo com que, em 1974, o congresso

---

<sup>387</sup> SIQUEIRA, 2008, p. 87. No Brasil, em 1988, foi introduzido, no Código de Ética Médica, o artigo 56 que proibia aos médicos “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”. (SIQUEIRA, 2008, p. 87). Contudo, foi somente em 2016 que o Conselho Federal de Medicina emitiu uma recomendação de obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido formalmente documentado por parte das equipes médicas. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 30 jun. 2020.

<sup>388</sup> MCCULLOUGH, 2018, p. 290.

americano instalasse a *Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental* (1974-1978) para a regulamentação das pesquisas com uso de seres humanos. Está justificado no relatório Belmont:

[...] o estudo Tuskegee sobre sífilis usou homens negros, da zona rural, para investigar a evolução da doença que não estava confinada apenas àquela população. A essas pessoas era negado o tratamento efetivo para não interromper o projeto, mesmo depois de o tratamento já ter se tornado disponível há muito tempo. Contra esse pano de fundo histórico, pode-se perceber como concepções de justiça são relevantes para a pesquisa.

Neste caso, não somente concepções de justiça, mas também concepções de autonomia. O falso consentimento usado pela equipe biomédica de Tuskegee violou substancialmente o respeito pelas pessoas na forma concreta da oportunidade de escolha por parte dos potenciais sujeitos de pesquisa, pois toda sua atividade foi produzida no contexto do engano daquelas pessoas. Por isso, além das várias comissões mundiais formadas para a análise dos eventos fragrantemente antiéticos<sup>389</sup> houvera, também ao longo do final do século passado, várias declarações e códigos de ética médica promulgados por todo o mundo.

O Código de Nürenberg (1947), relativo ao julgamento dos crimes cometidos por 20 médicos e 3 administrados, durante experimentos executados em campos de concentração nazistas na Alemanha, foi um dos primeiros a aparecer. Este código empregou ênfase na necessidade de obtenção do consentimento livre, “sem a intervenção de nenhum elemento de força, fraude, engano, constrangimento, embuste ou outra forma ulterior de constrangimento ou coerção”<sup>390</sup>, da pessoa que se submeta às pesquisas. Listou dez princípios na forma de deveres que deveriam ser atendidos para que atrocidades ocorridas nos campos de concentração nazistas não voltassem a acontecer. Está dito pelos relatores do código:

Todos os experimentos foram conduzidos com sofrimentos desnecessários e lesões, e muito poucas preocupações foram observadas, se é que alguma o foi, para proteger e salvaguardar as pessoas humanas contra a possibilidade de lesões, aleijamentos ou morte. Em todos esses experimentos, as pessoas sentiram dores cruéis ou torturas e, na maioria dos casos, sofreram lesões permanentes, mutilações ou morte, quer como resultado direto das experiências, quer pela falta de cuidados adequados, após elas.<sup>391</sup>

<sup>389</sup> Em ‘*Human Experimentation: The Ethical Questions Persist*’ (1973) de Robert M. Veatch e Sharmon Sollitto se encontra relacionado onze experimentos antiéticos realizados no século XX com todo tipo de grupos e pessoas, inclusive, com crianças e deficientes mentais. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3560592>. Acesso em: 30 jun. 2020.

<sup>390</sup> CÓDIGO DE NÜRENBERG. In. VARGA, 1982, p. 195.

<sup>391</sup> CÓDIGO DE NÜRENBERG, 1982, p. 197.

O Código de Nürenberg (1947) se tornou o protótipo para muitos outros códigos que vieram depois dele e, um ano após a sua emissão, a Associação Mundial de Medicina emitiu a Declaração de Genebra (1948), com o Juramento do Médico que pretendeu ser a versão moderna do Juramento de Hipócrates.

O juramento compreende um conjunto de compromissos que o médico deva assumir no momento em que é admitido na profissão pelas Ordens ou Conselhos Médicos. Isso inclui “proteger a vida e a saúde dos **pacientes; atendimento clínico** livre de **preconceitos** com base na raça, sexo e outras características humanas; e a **confidencialidade**. O juramento é baseado na ‘honra’ do jurado”<sup>392</sup>, isto é, não na autonomia do paciente e no seu direito de autodeterminação pelos bens de saúde, mas na honra do médico. Em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (1948), a Declaração se apresenta “transnacional, transcultural e transreligiosa dos direitos que todos os seres humanos podem reivindicar, incluindo, o direito à saúde”<sup>393</sup>.

A Declaração de Helsinque (1975) foi emitida pela Assembleia Mundial de Medicina, sob o registro de várias orientações, em linguagem de princípios gerais, para a orientação ética de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e profiláticos, os quais estivessem envolvidos na experimentação do campo da pesquisa biomédica. A declaração apelava para a responsabilidade primária do médico de “salvaguardar a saúde do povo”<sup>394</sup> e, no conjunto de disposições, salientava para a necessidade do consentimento informado e voluntário dos sujeitos de pesquisa.

A declaração passou por sete revisões e se encontra ainda hoje amplamente usada por “comitês de ética em pesquisa em muitos países para orientar e avaliar a supervisão prospectiva de pesquisa com seres humanos”<sup>395</sup>. A última revisão aconteceu em Fortaleza, Brasil, na reunião da Associação Médica Mundial, no ano de 2013. Desde a primeira edição, foram fortalecidos aspectos gerais de respeito aos deveres dos médicos para com os pacientes/clientes, o cuidado com grupos e pessoas vulneráveis, os requisitos científicos e os protocolos de investigação e de funcionamento transparentes dos comitês de ética. É esta declaração que preconizou o estabelecimento de Comitês de Ética<sup>396</sup> para o acompanhamento das pesquisas biomédicas.

---

<sup>392</sup> MCCULLOUGH, 2018, p. 91. [grifo do original]

<sup>393</sup> MCCULLOUGH, 2018, p. xxxiii.

<sup>394</sup> DECLARAÇÃO DE HELSINKI. In. VARGA, 1982, p. 198.

<sup>395</sup> MCCULLOUGH, 2018, p. 92.

<sup>396</sup> Segundo o bioeticista Elio Sgreccia, ao longo dos últimos anos, foi conferida preferência ao uso do nome ‘Comitê de Bioética’, a fim de comunicar a fundamentação biológica e o caráter interdisciplinar que envolvem as discussões dos comitês. Uma definição sintética diz que “em geral, os CdB devem ser considerados espaços em que se podem encontrar num contexto pluralista, e com uma metodologia interdisciplinar, os diversos componentes dos vários setores das atividades conexas com a vida e a saúde do homem, sejam eles locais de hospitalização,

Por este histórico, as investigações dos crimes de violação em pesquisas biomédicas, bem como a mobilização mundial, por meio da emissão de códigos e declarações de condutas médicas, foram decisivas para a aparição posterior de um novo ator na medicina moderna: o paciente. É por causa da mobilização mundial que passaram a ser crescentes as discussões de direito do paciente, do sujeito de pesquisa e do cliente de serviços médicos, psiquiátricos e farmacêuticos. Aliada a esta discussão preliminar de direitos do paciente, tornou-se crescente a exigência de maior transparência no campo da assistência e da pesquisa médica, a qual foi estendida aos seus agregados, como as indústrias farmacêuticas, os laboratórios de medicina diagnóstica (exames clínicos e de imagens) e às empresas de saúde suplementar (planos e seguros privados de assistência médica à saúde).

A medicina moderna, por meio de inumeráveis possibilidades técnicas (mapeamento e modificação do código genético, fertilização *in vitro*, a inseminação artificial, terapia gênica, transplantes de órgãos, uso de órgãos artificiais, psicocirurgias, drogas psicoterapêutica, eutanásia, aborto, pré-seleção de sexo e troca de sexo, raios *laser*, robôs cirurgiões, ultrassom, telemedicina, técnicas de melhoramento e etc.), acentua radicalmente a necessidade de um novo modelo de relação entre o fazer médico e a sociedade, fundamento de seus benefícios.

Mais do que nunca, considera-se que o interesse comum precisa ter precedência sobre as promessas de ciência que visam primariamente o desenvolvimento desta às custas daqueles aos quais a ciência devesse, por seu compromisso ético, beneficiar. E as novas fronteiras da medicina passaram a interpelar não somente a consciência profissional, em sua progressiva competência técnica, mas também e, antes de tudo, a sua consciência ética. Tendo em mira que “a medicina não é mais só curativa, preventiva e reabilitadora, mas é também planificadora e experimental. A tentação prometeica de forjar um novo homem está sempre à espreita”<sup>397</sup>. Afinal, como ocorre em qualquer ciência, “tecnocratas da medicina tendem a promover os interesses da ciência, não as necessidades da sociedade”<sup>398</sup> personificada no indivíduo que se apresenta ao cuidado e exame.

Assim, a aparição do paciente é, sem sombra de dúvida, a grande revolução da medicina em mais de 2.000 anos. E o princípio da autonomia do paciente passou a fazer parte da gramática médica, que significa, grosso modo, o dever de “reconhecer e aceitar que cada indivíduo é dono de seus atos e de suas decisões e que não existe motivo algum que justifique

---

instituições clínicas de pesquisa ou laboratórios de pura experimentação”. SGRECCIA, 2014a, p. 244. [grifo do original]

<sup>397</sup> BELLINO, 1997, p. 73.

<sup>398</sup> BELLINO, 1997, p. 147.

privar as pessoas desse direito, inclusive, quando essas decisões tomadas são prejudiciais e desaconselhadas do ponto de vista médico”<sup>399</sup>. Isto, nos últimos quarenta anos, se tornou motivo de muitas discussões acerca de como operacionalizar princípios socialmente reconhecidos que, para um profissional técnico, se mostram abstratos demais e, portanto, impraticáveis em uma área técnica que precisa lidar diariamente com excepcionalidade de seus casos e consequentes desafios éticos. O primeiro passo seria reconhecer o que aqui estamos colocando em diálogo, isto é, a ênfase detida na necessidade da discussão ético-filosófica no âmbito da medicina, entendendo que

a ética aplicada não é uma ética adaptada às circunstâncias. No agir moral, aplicar não é adaptar. Compreender as situações particulares não significa justificá-las. A justificação das situações comportaria a negação de princípios éticos. Na ação moral concreta os valores se realizam na situação e a situação se compreende e encontra sentido no horizonte dos valores morais.<sup>400</sup>

Por isso, defende-se a importância de uma posição cética diante de argumentos como de Rebecca L. Walker (2009), para quem a noção de autonomia usada na ética médica se mostra conceitualmente inadequada. Diz a autora, após uma breve análise conceitual: “a noção de autonomia usada na ética médica é conceitualmente inadequada, mas as noções conceitualmente adequadas de autonomia não têm as aplicações práticas buscadas na ética médica”<sup>401</sup>. E segue concluindo que não há nada a ser dito do princípio de autonomia para a ética biomédica, a não ser a existência da necessidade de uma revisão quanto ao uso que se faz do conceito. Contudo, embora haja razoabilidade na crítica de Walker, a dificuldade por ela expressa não pode declinar bioeticistas do esforço de traduzir princípios reconhecidamente valiosos à comunidade humana, seja no formato de regras, normas ou leis que regulamentem o exercício profissional de médicos e cuidadores. Posturas como a da autora deixam à deriva a atual geração de profissionais biomédicos e os indivíduos que entram em contato com seus serviços. E essa não pode ser a opção de quem pode introduzir um ponto de vista moral ao trabalho diário de equipes médico-assistenciais. E novamente podemos ressaltar o auxílio importante que os princípios desempenham no fenômeno moral, conforme exposto por Russ Shafer-Landau (1997):

As regras morais podem desempenhar pelo menos dois papéis. O primeiro é investigativo - nossa consciência das regras pode nos ajudar a avaliar o *status* ético

---

<sup>399</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 198.

<sup>400</sup> BELLINO, 1997, p. 54.

<sup>401</sup> WALKER, 2009, p. 595.

das opções que enfrentamos. [O segundo é o] seu papel como elementos na fixação da verdade (endossabilidade, para antirrealistas) de alguma conclusão moral.<sup>402</sup>

Dilemas bioéticos fazem parte do fenômeno moral contemporâneo e princípios e regras morais são importantes para a orientação ética dos vários agentes que precisam orientar sua ação todos os dias. É papel da filosofia, como também dos filósofos convidados a participar dos comitês de bioética, a oferta do auxílio às ciências médicas no cumprimento do seu exercício ético. Essa tarefa será bem cumprida por uma ação engajada dos vários campos que reivindicam participação na consolidação da área da bioética, a fim de estabelecer elementos sólidos onde assentar a tomada de decisão bioética. Este é o desafio colocado aos comitês de bioética e aos representantes sociais que os compõem. E especificamente a autonomia do paciente introduz novos conflitos, uma vez que coloca em xeque o pressuposto fundamental da medicina tradicional: que o médico, dono de um saber particular, saberia, isoladamente, o que fosse melhor para o seu paciente. A reivindicação da autonomia do paciente se constitui como um caminho sem volta, ao defender uma relação mais simétrica entre médico, paciente e sujeito de pesquisa.

### **2.3 Origem, natureza e força da autonomia como princípio de ética biomédica**

A excursão da primeira seção evidenciou o crescente valor conferido à autonomia pessoal na cultura ocidental<sup>403</sup>. Se antes a autonomia era desejável às cidades-Estados, na virada da modernidade, ela se consolidou como traço identitário da pessoa e do que seja ser humano. Independente da constituição da ação moral, a autonomia se tornou um termo inegociável, ao ser alçada na base da noção moderna de humanidade, com seus relativos direitos e capacidades de formar o mundo e agir sobre ele nos mais diversos âmbitos do fazer humano. O que, para Charles Taylor (2010), em sua radicalidade, tenha limitado o mundo moral a um “chavão” que tudo abrange: “a ‘liberdade de escolha’, isto é, a pura liberdade de escolha como valor primário, sem relação com alguma escolha concreta entre duas coisas nem como o âmbito da escolha”<sup>404</sup>.

---

<sup>402</sup> SHAFER-LANDAU, 1997, p. 586.

<sup>403</sup> “As culturas não ocidentais muitas vezes se afastam quase completamente de uma ética baseada na autonomia do consentimento informado e recorrem a um modelo de tomada de decisão mais ‘coletivista’, no qual famílias e grupos tomam decisões juntos, com base nas obrigações de cuidar uns dos outros, nos conceitos de preservação da harmonia e nos valores de interdependência do grupo.” NORMAN, 2012, p. 36. Em culturas orientais, a família é reconhecida como tendo uma realidade e estatuto moral independente de seus membros particulares. O bem da família não é reduzido ao bem de seus membros particulares. E, assim, a tomada de decisão bioética é compartilhada na perspectiva do paciente na família. Ver em: LAI-PO-WAH, p. 154-179, 2006.

<sup>404</sup> TAYLOR, 2010, p. 561. [grifo do original].

Neste percurso, a bioética, sob o recorte da ética biomédica, nasceu colocando a pessoa no centro de sua atenção e de sua prática. E, diante das violações encontradas ao longo da sua silenciosa história, não havia mais como desconsiderar os malefícios da ciência que jurou, desde o seu início, cuidar daqueles que buscassem pelo seu bem prático. Por isso, eticistas como Darlei Dall'Agnol (2004), dirão que “o princípio do respeito à autonomia procura evitar o *paternalismo*. Um ato paternalista pode ser definido como aquele que nega a liberdade do outro de manifestar seus próprios interesses, desejos, vontades etc.”<sup>405</sup>. Paternalismo tradicionalmente interpretado como manifestação da beneficência médica, mas que “pode assumir diferentes feições desde um [paternalismo] mais *forte* onde viola-se completamente a autonomia até outros [modelos de paternalismo] mais *brandos* onde o profissional da saúde usa sua autoridade para convencer o paciente a aceitar seu ponto de vista”<sup>406</sup> enquanto sabedor profissional da arte médica. É desejável que qualquer tipo de paternalismo seja evitado para que o paciente possa manifestar seus interesses, desejos e vontades, contudo, esta liberdade requer atenção para que não se torne uma relação de indiferença, sob o véu de um forte individualismo. Este é um risco sempre presente no horizonte, se a noção de autonomia não for bem compreendida e especificada. E, então, no domínio bioética, como a autonomia foi apresentada à opinião pública mundial?

Pela reunião dos Estados-membros, em 2005, a Unesco (2006) tratou das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas, na sua aplicação aos seres humanos, a fim de, como está registrado, promover a “interligação que existe entre a ética e direitos humanos no domínio específico da bioética”<sup>407</sup>. Segundo a comissão, o documento consensado “incorpora os princípios que enuncia nas regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais”<sup>408</sup>.

Aquilo que a comissão chama de princípios são referências genéricas para a orientação de indivíduos, grupos, comunidades, instituições, empresas, públicas ou privadas, sob enquadramento de diretivas universais a serem incorporadas nas formas de regras objetivas às decisões bioéticas. Nesse sentido, seus princípios figuram noções regulativas, genéricas, e não normas prontas ao uso dos envolvidos diretamente com os problemas bioéticos da rotina médica. Sobre a autonomia incorporada em um princípio, a declaração registra, em seu artigo 5:

---

<sup>405</sup> DALLA'GNOL, 2004, p. 35. [grifo do original].

<sup>406</sup> DALLA'GNOL, 2004, p. 35. [grifo do original].

<sup>407</sup> UNESCO, 2006, s/p.

<sup>408</sup> UNESCO, 2006, s/p.

A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.<sup>409</sup>

O princípio comunica desta forma duas orientações distintas: o respeito à tomada de decisões por pessoas que assumam responsabilidade e que respeitam a autonomia do outro; e a proteção dos direitos e interesses daqueles que se mostrem incapazes de exercer a sua autonomia. E ao menos duas explicações são demandadas a este princípio tão geral.

Primeiro, do que se trataria assumir responsabilidades e respeitar a autonomia do outro? Como assumir responsabilidades de um bem que está sob a governança do médico ou das instituições de regulamentação de bens de saúde? Para haver o exercício da responsabilidade, é preciso haver um terreno de decisões onde as informações relevantes estejam claramente expostas e compreendidas. Em se tratado de uma ciência probabilística e com diferentes níveis gestores, não é nada incomum perceber que “médicos frequentemente ocultam informação, ou fornecem informação distorcida ou incompleta, ou atuam sem a devida clareza necessária ao consentimento do paciente”<sup>410</sup>. Por vezes, médicos e equipas assistenciais e de pesquisa ficam à mercê de condições fornecidas por instâncias gestoras de saúde pública e privada para que possam repassar aos pacientes e clientes os melhores meios para a orientação de sua tomada de decisão, o que coloca em risco um adequado equacionamento seja por omissão, burocracia ou indisponibilidade política e económica, conforme expõe o bioeticista Elio Sgreccia (2014b):

O médico tem hoje – e assim todo o pessoal da saúde – dois contratos: um com o Estado, que o admite, o tem em seus quadros e o remunera, outro com o paciente. O risco está em que a relação de aliança, de confiança e de assistência entre médico e paciente possa se tornar secundária e, por isso, isenta de responsabilidade. As insídias da burocratização, das politicagens e do desinteresse, denunciadas hoje por muitos no tocante à gestão da saúde e de efeitos deletérios, inclusive no campo económico, devem ser atribuídas ao enfraquecimento da relação entre médico e paciente.<sup>411</sup>

Um contexto que evidencia a necessidade de que o médico seja lembrado a todo instante que, enquanto representante do sistema de saúde, deve assumir as responsabilidades concernentes ao preciso esclarecimento da tomada de decisão da parte de seu paciente.

A segunda clarificação do princípio diz respeito à proteção dos direitos e interesses das pessoas não autônomas. Como proteger direitos e interesses de uma pessoa que se encontra com

---

<sup>409</sup> UNESCO. 2006, s/p.

<sup>410</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 193.

<sup>411</sup> SGRECCIA, 2014b, p. 534.

restrições que podem ser tanto de ordens executivas (da habilidade) ou decisórias (da capacidade), permanentes ou temporárias? Quem e como se definem os muitos tipos de incapacidades? Quem representa a proteção dos direitos e interesses práticos dos vulneráveis? Responder a estas perguntas impacta diretamente no grau e na qualidade da proteção oferecida às pessoas. Abrindo espaço para diferentes tipos paternalismo, o justificado ou injustificado, o legal ao não legal, o completo, compartilhado ou transferido para terceiros. Afinal, se estivermos pensando em casos limítrofes,

o problema do paternalismo médico é o de atribuir exatamente a especificação e o equilíbrio corretos à beneficência do médico e a autonomia do paciente na relação entre os dois. É um problema confuso e complicado, e a coerência é difícil de ser alcançada. Uma intervenção paternalista exige pessoas com um bom julgamento, bem como pessoas com princípios bem desenvolvidos, capazes de enfrentar conflitos contingentes.<sup>412</sup>

Os impasses colocados pelas clarificações trazem à luz os vários problemas envolvidos com as duas condições essenciais à autonomia, as quais foram extraídas das concepções e teorias analisadas na primeira seção desta pesquisa, que a autonomia depende da: (1) capacidade do paciente de se autodeterminar, isto é, da capacidade de realizar uma ação intencional e livre; e (2) liberdade, na forma da independência de controles por influências externas e internas, no que se refere a outras pessoas, instituições, doenças incapacitantes, emoções fortes entre outros.

Posto este conjunto de desafios, a tarefa das teorias contemporâneas que assumem a autonomia como valor ao campo bioético é a de formular regras e normas que tornem possível o atendimento do princípio com os vários aspectos determinantes de sua identidade e valor. Está é a principal tarefa da ética aplicada: traduzir princípios justificados em regras, normas, protocolos e leis que possam subsidiar efetivamente o exercício da autonomia por parte do paciente e do sujeito de pesquisa em trânsito no âmbito da assistência e da experimentação médica. Na próxima seção, será analisado como diferentes normatizadores do campo da ética biomédica desempenham a tarefa de clarificação e de especificação do princípio da autonomia.

### **2.3.1 O Princípio de Respeito pelas Pessoas do Relatório Belmont**

Ao ser criada a *Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental*, em 12 de julho de 1974, os comissionados receberam a missão de identificar princípios éticos básicos a condução de toda e qualquer pesquisa biomédica e

---

<sup>412</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 309.

comportamental envolvendo seres humanos. De pronto, foram entregues quatro critérios aos quais a Comissão deveria responder ao final de seus trabalhos: (1) as fronteiras entre a pesquisa biomédica e comportamental e a prática aceita e rotineira da medicina; (2) o papel da avaliação dos critérios de risco e benefício na determinação da pesquisa envolvendo seres humanos, (3) diretrizes adequadas para a seleção de seres humanos para participação em tais pesquisas; e (4) a natureza e definição do consentimento informado nas várias etapas das pesquisas<sup>413</sup>.

A urgência da regulamentação ética das pesquisas nasceu em resposta às várias denúncias de violação de direitos humanos comentadas anteriormente e, no caso do Relatório Belmont, de modo mais contundente, se tratou de reação aos escândalos em torno da pesquisa do Hospital de Tuskegee. Tom L. Beauchamp (2010), um dos comissionados, relatou o ambiente no qual a comissão se instalou:

A Comissão Nacional surgiu após a indignação pública e a incerteza do Congresso sobre os experimentos de sífilis em Tuskegee e outros usos questionáveis de seres humanos em pesquisas. A privação socioeconômica dos homens afro-americanos inscritos nos experimentos de Tuskegee os tornaram vulneráveis a formas manifestas e injustificáveis de manipulação nas mãos de profissionais de saúde, conforme amplamente noticiado pelos meios de comunicação [...]. Outros relatos de abuso de fetos, prisioneiros, crianças e “doentes mentais institucionalizados” apareceram na mídia.<sup>414</sup>

À sombra dos quatro critérios, a comissão buscou identificar princípios éticos que pudessem governar a condução das pesquisas biomédicas no país de origem da comissão, os Estados Unidos. A intenção era que esses princípios originassem diretrizes que assegurassem a proteção significativa dos participantes de pesquisas vinculadas ao sistema público de saúde. E, pela urgência que havia em regulamentar a experimentação no campo da medicina científica, não se prestava a mesma atenção à proteção do paciente comum. Apesar disto, chamou a atenção dos comissionados o critério que pedia a distinção das fronteiras entre a prática aceita e rotineira da medicina fazendo-os compor análises paralelas à prática médica-assistencial<sup>415</sup>. Ao final de discussão da comissão Belmont, três foram os princípios integralizados ao documento conclusivo: (1) Respeito pelas pessoas; (2) Beneficência e; (3) Justiça.

Pelo princípio de beneficência, defendeu-se que “as pessoas são tratadas de maneira ética, não apenas respeitando suas decisões e protegendo-as de danos, mas também quando

---

<sup>413</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>414</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 19.

<sup>415</sup> A teoria de Tom L. Beauchamp e James F. Childress é escrita em paralelo ao Relatório Belmont

existem esforços para garantir seu bem-estar”<sup>416</sup>. Desta forma, o princípio orienta tanto o fazer o bem quanto o se abster de fazer o mal. Dois princípios originalmente comunicados pela bioética hipocrática. Contudo, delimita-se de modo objetivo que a beneficência não deve ser entendida como atos de bondade ou caridade, isto é, como ato deliberado de virtude médica, mas antes como “uma obrigação” concreta de beneficiar o paciente em sua integralidade, o que faz real diferença ao entendimento da omissão justificada e da ação requerida ao benefício. Assim, a partir de tal distinção, duas regras foram derivadas do princípio: “(1) não prejudique e (2) maximize os possíveis benefícios e minimize os possíveis danos”<sup>417</sup>. Duas regras que, pelo Relatório Belmont, retira do médico a razão do benefício associado a uma pesquisa que não trará quaisquer benefícios ao paciente que é parte da experimentação. Primeiro é não prejudicar. Depois é equacionar benefícios com possíveis malefícios.

Um exemplo é encontrado nos projetos envolvendo crianças. [...] um problema ético permanece, por exemplo, quando a pesquisa apresenta mais do que um risco mínimo sem a perspectiva imediata de benefícios para as crianças envolvidas. Alguns argumentam que tais pesquisas são inadmissíveis, enquanto outros insistem que esse limite deixar de fora muitas pesquisas que prometem grandes benefícios para as crianças no futuro. <sup>418</sup>

Embora considere desacordos desta natureza, o relatório se reserva a mencioná-los reconhecendo a existência de cenários onde escolhas difíceis sejam a realidade cotidiana de profissionais, pacientes e famílias de usuários do sistema de saúde. Por isso, reforça que a sociedade deva ser educada para “reconhecer os benefícios e riscos de longo prazo que podem resultar do aprimoramento do conhecimento e do desenvolvimento de novos procedimentos médicos, psicoterapêuticos e sociais”<sup>419</sup>, enfatizando a necessidade de progressiva transparência científica e do acompanhamento social dos cursos de realização das ciências biomédicas. Para cumprir a sua tarefa, a medicina contemporânea precisa recuperar a confiança de seus usuários diminuindo, assim, conflitos quanto a sua capacidade de exercitar humanamente a sua técnica.

Quanto ao princípio de justiça, o relatório o aplica no sentido de realizar justiça na distribuição do que seja merecido tratando todos como iguais. Para elucidar, a formulação do

<sup>416</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>417</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>418</sup> O RELATÓRIO BELMONT. 2005, p. 53.

<sup>419</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

princípio conta com quatro diferentes requisitos: “(1) para cada pessoa uma parte igual; (2) para cada pessoa de acordo com a necessidade individual; (3) para cada pessoa de acordo com o esforço individual; (4) para cada pessoas de acordo com a contribuição social; e (5) para cada pessoa de acordo com o mérito”<sup>420</sup>. O relatório recorre ao caso Tuskegge para argumentar que indivíduos foram privados de tratamento eficaz única e exclusivamente para que o projeto não fosse interrompido, isto é, em vista de um possível bem futuro. Além do fato de que pesquisadores usaram a desvantagem econômica dos sujeitos de pesquisa, em sua maioria, homens negros oriundos de ambientes rurais.

O princípio de respeito pelas pessoas, o que aqui nos interessa, é articulado como uma doutrina que “incorpora pelo menos duas convicções éticas: primeiro, que os *indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos* e, segundo, que as pessoas com autonomia diminuída têm direito à proteção”<sup>421</sup>. Há então dois requisitos objetivos ao corpo médico: tratar os indivíduos como pessoas autônomas e proteger os indivíduos que têm autonomia diminuída, como ocorre no caso dos imaturos, dos que perderam a capacidade, total ou parcial, em decorrência de doenças, deficiência mental ou de qualquer outra circunstância que limite a sua liberdade, como ocorre com detentos ou pessoas com algum tipo de interdição social.

Além do mérito do princípio da justiça, não estimado até então, o relatório promoveu grande avanço, ao incluir o princípio de respeito pelas pessoas, consolidando, desta forma, a reivindicação moderna de autonomia pessoal, ao prescrever categoricamente que “na maioria dos casos de pesquisas envolvendo seres humanos, o respeito às pessoas exige que os sujeitos ingressem na pesquisa de forma voluntária e com informações adequadas”<sup>422</sup>. Uma explicitação que não havia até este momento.

Reafirmando o princípio que inaugura o Código de Nürenberg (1947), onde se lê que “consentimento livre da pessoa humana é absolutamente essencial”<sup>423</sup>, o Relatório Belmont aponta a voluntariedade como condição necessária, em ligação direta ao acesso às informações relevantes ao entendimento das implicações que estão operando em torno do experimento ou da assistência à saúde, atendimento ao qual estas pessoas estão se submetendo ou associando.

Mas uma resposta é determinante ao conteúdo prescritivo do princípio. Quem é a pessoa autônoma que detém direito de voluntariedade e de acesso às informações relevantes ao

<sup>420</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>421</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020. [grifo nosso]

<sup>422</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>423</sup> CÓDIGO DE NÜRENBERG, 1982, p. 195.

experimento ou a terapêutica médica? Segundo o Relatório Belmont, a pessoa autônoma “é um indivíduo capaz de deliberar sobre objetivos pessoais e de agir sob a direção de tal deliberação”<sup>424</sup>. E respeitar a pessoa autônoma exige ao corpo médico “dar peso às opiniões e escolhas consideradas [pela pessoa autônoma], ao mesmo tempo em que se abstém de obstruir suas ações, a menos que sejam claramente prejudiciais para os outros”<sup>425</sup>.

Entretanto, algumas reflexões se fazem necessárias: como reconhecer uma pessoa autônoma, uma vez que historicamente várias características foram associadas à autonomia? Do que se trata dar peso às suas opiniões e escolhas? Dar peso significa respeitar, como reconhecer ou agir sobre suas opiniões e escolhas? Como não obstruir as ações das pessoas autônomas, se a medicina e a saúde pública são tomadas por leis, protocolos e normas que dizem *a priori* o que está e ou que não está disponível aos pacientes e clientes do serviço público ou privado de saúde?

Um caso em específico serve para ilustrar as dificuldades de atender a este princípio. No Brasil não há qualquer episódio em que a decisão de não receber transfusão de sangue, por parte de pessoas que professam a fé cristã pela religião Testemunhas de Jeová, tenha sido respeitada, mesmo havendo métodos alternativos à transfusão. Por isso, sabendo dos empecilhos religiosos, muitos têm entrado na justiça, com pedidos antecipados de respeito as suas decisões em procedimentos eletivos, o que geralmente não recebe julgamento até a data dos procedimentos deixando o paciente à mercê da equipe médica responsável pelo seu atendimento<sup>426</sup>. Conhecendo tal cenário, em 2019, a Procuradoria-Geral da República do Brasil, entrou no Supremo Tribunal Federal com uma arguição de descumprimento de preceito fundamental, solicitando medida cautelar, a fim de assegurar às Testemunha de Jeová, maiores de idade e capazes, o direito de não se submeterem à transfusão de sangue, por motivo de convicção pessoal. Estando contrária a Resolução nº 1.021/1980, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelecendo que “se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a

---

<sup>424</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>425</sup> U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

<sup>426</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Processo n. 70032799041. Ano 2010. Processo com ganho de causa para o professante Testemunha de Jeová contra o serviço de saúde que realizou transfusão de sangue diante da negativa expressa. O desembargador Cláudio Baldino Maciel justifica o ganho da causa: “A postulante é pessoa capaz, está lúcida e, desde o primeiro momento em que buscou atendimento médico, dispôs, expressamente, a respeito de sua discordância com tratamentos que violem suas convicções religiosas, especialmente a transfusão de sangue. [...] Tratamento médico que, embora pretenda a preservação da vida, dela retira a dignidade proveniente da crença religiosa, podendo tornar a existência restante sem sentido”. O juiz ainda lembra da “inexistência do direito estatal de “salvar a pessoa dela própria”, quando sua escolha não implica violação de direitos sociais ou de terceiros”. Disponível em: <https://bit.ly/367uCcw> . Acesso em: 21 set. 2020.

transusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis<sup>427</sup>, a procuradora defende que

a recusa [...] não significa desejo de morte ou desprezo pela saúde e pela vida, pois as pessoas que integram essa comunidade religiosa aceitam se submeter a métodos alternativos à transfusão de sangue. Mas, na sua impossibilidade, preferem se resignar à possibilidade de morte a violar suas convicções religiosas.<sup>428</sup>

Sem entrarmos na moralidade da recusa do Testemunha de Jeová (lembrando que há tratamentos alternativos à transfusão e defendendo a liberdade de crença como um dos conteúdos da autonomia incorporada pela crença moderna de autonomia), pode-se dizer que o médico que não atende ao pedido deste indivíduo o desrespeita, ao menos de uma de duas maneiras possíveis ao caso: “quando os profissionais pedem autorização judicial para realizar o procedimento que o paciente recusa; [ou] quando obrigam o paciente a pedir proteção judicial para não ser submetido a procedimento médico contra a sua vontade”<sup>429</sup>. Trata-se, portanto, não de um conflito entre fazer o bem e respeitar a liberdade, mas da arbitrariedade de uma política de saúde que resguarda a liberdade individual em lei, mas que não fornece condições adequadas para a sua execução mantendo a medicina brasileira sob naturalizado exercício do paternalismo, neste caso, essencialmente injustificado.

Tais cenários de descumprimentos de princípio recebem reforço pela confusão dos requisitos de autonomia que faz referência à pessoa autônoma. Alguns profissionais justificam a realização da transfusão diante da recusa por considerar se tratar de um “*capricho inaceitável*”<sup>430</sup> da pessoa que a recusa. Se tratando de um “capricho”, pelo conteúdo desta linguagem, depreende-se uma relação assimétrica entre o médico e o paciente, já que até para paternalistas radicais a interferência paternalista é justificada “apenas quando reflete valores reais dos indivíduos, e não os valores que gostaríamos que eles tivessem”<sup>431</sup>, o que abre

<sup>427</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.021/1980. Sobre a recusa do paciente em receber a transfusão sanguínea. Disponível em: <https://bit.ly/2HmvAav>. Acesso em: 21 set. 2020. A resolução foi substituída pela Resolução CFM nº 2.232/2019, que introduziu o direito do paciente adulto e capaz em manifestar recusa de tratamento indicado por médico, ao passo que também orienta a objeção da consciência do médico diante da recusa. Contudo, no artigo 11, registra que “em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica”. Disponível em: <https://bit.ly/3kPWBBU>. Acesso em: 21 set. 2020. O que abre precedente para a administração da transfusão de sangue lembrando que resoluções de conselho de profissões não têm força de lei.

<sup>428</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Procuradora-geral da República busca garantir a Testemunhas de Jeová o direito de recusar transfusões de sangue. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2RXGIwH> Acesso em: 21 set. 2020.

<sup>429</sup> FONSECA, 2011, p. 488.

<sup>430</sup> FONSECA, 2011, p. 494. [grifo do original].

<sup>431</sup> CONLY, 2013, p. 150.

novamente um campo obscuro de especulações quanto ao que deveria ser entendido como valores *reais* dos indivíduos.

É só ter em mente argumentos como os de Sarah Conly (2013) para quem as “falhas cognitivas”<sup>432</sup> são impeditivos reais para que pessoas comuns reconheçam os custos subjetivos e objetivos de suas alegadas más escolhas, se tais objetivos forem comparados com aqueles empreendidos por pessoas que julgam saber o que seja realmente melhor para elas, como ocorre com o médico em relação a sua saúde. Pondera a autora:

Normalmente, as pessoas que fumam conhecem os fatos básicos sobre o fumo, incluindo seus perigos, seus custos econômicos e seus efeitos sobre os filhos; afinal, não é difícil perceber. Ainda assim, cerca de 20% dos adultos americanos fumam. O que acontece é que esses fatos falham em “precisar”. As pessoas subestimam irracionalmente os perigos de fumar para si mesmas, mesmo admitindo seu perigo geral. Então, eles conhecem os perigos de fumar ou não?<sup>433</sup>

Para a autora, não. Segundo ela, os fumantes, via de regra, tendem a comparar o potencial malefício futuro com um possível malefício presente. Se não há o malefício nos primeiros anos de fumo, segundo ela, eles tendem a pensar que não haverá o malefício futuro, o que, para Conly (2013), trata-se de uma falha cognitiva no exercício comparativo entre o estado presente e o estado futuro. Falha cognitiva esta que deve ser reconhecida como incapacitante para o exercício da autonomia do paciente justificando, por isso, o paternalismo coercitivo do Estado, por meio da proibição do acesso ao cigarro.

No caso da recusa de transfusão de sangue, Robert L. Schwartz (1992) responderia sugerindo a sua definição de princípio de autonomia que recomenda que “no exercício de sua autonomia, os pacientes podem escolher apenas entre alternativas médicas razoáveis. A pergunta difícil é como médicos, pacientes e outros definem quais procedimentos médicos comprovados cientificamente estão entre as alternativas médicas razoáveis”<sup>434</sup>. No caso dos brasileiros, quanto aos procedimentos que existem, mas que não estão disponíveis por seus altos custos, fica a pergunta: alternativas razoáveis significariam aquelas indisponíveis à saúde pública, pelo critério associado ao custo econômico?

À parte de perguntas desta natureza, o Relatório Belmont justifica seu trabalho tão somente como “um esquema analítico que oriente a resolução de questões éticas surgidas da pesquisa envolvendo seres humanos”<sup>435</sup> não tendo, portanto, fornecido regras práticas à

---

<sup>432</sup> CONLY, 2013, p. 6.

<sup>433</sup> CONLY, 2013, p. 44. [grifo do original]

<sup>434</sup> SCHWARTZ, 1992, p. 160.

<sup>435</sup> O RELATÓRIO BELMONT. In. DALL’AGNOL, 2005, p. 49.

regulação da medicina experimental ou clínica. Não há no documento, portanto, regras e normas específicas e endereçadas aos casos comuns de rotina médica. Contudo, ao definir a pessoa autônoma como digna de respeito, o relatório promove uma maior depuração do princípio, ao designar o respeito pela pessoa capaz de deliberar e agir sobre uma deliberação. Mas vale uma nota quanto à imprecisão conceitual que permanece, uma vez que

em sua discussão sobre “respeito pelas pessoas”, os autores do relatório distinguiram entre aqueles com autonomia e aqueles sem autonomia, mas presumiram que a noção de “pessoa” se aplica a ambos. Eles não definiram quem é uma pessoa e quem não é; eles não distinguiram entre “pessoas” e “não pessoas”. A autonomia certamente não é igual à pessoalidade. O respeito não se aplica a alguns, mas não a outros.<sup>436</sup>

Além do respeito, o relatório também faz deferência a alguma operacionalização do princípio, ao recomendar a prática do consentimento informado. Todavia, não explicitou o modo de fazê-lo deixando aos comitês de bioética o esclarecimento sobre o seu modo de incorporação aos procedimentos biomédicos. No entanto, permanece o avanço bioético proposto pelo relatório, ao incluir um princípio abstrato, a pessoa autônoma, demarcando objetivamente uma visão moral significativa para a pesquisa e para a assistência biomédica, que implica respeitar as pessoas independente de sua raça, religião e condições socioeconômicas. E não somente respeitar as pessoas, mas também proteger aquelas com autonomia comprometida, embora, o relatório não tenha sido explícito quanto aos tipos e graus de comprometimento da autonomia e a existência de vários tipos de consentimento por procuração. O que, não deixa dúvidas, abre espaço significativo para a arbitrariedade paternalista, por meio do argumento da beneficência médica.

A insistência em demonstrar falta de clareza conceitual quanto aos limites da autonomia médica sobre o paciente pretende deixar evidente a linha tênue entre o paternalismo justificado e o não justificado, o que compromete sobremaneira a prática da autonomia do paciente. Por outro lado, a falta de clareza quanto ao significado prático do respeito ao paciente também compromete o exercício de autonomia. A linguagem de respeito pode ser assumida, por exemplo, como querendo dizer de uma disposição pessoal do médico em benefício autorreferenciado ao seu paciente ou sujeito de pesquisa. Disposição que significaria uma atitude, uma sensibilidade para com o paciente e não um ato elaborado a partir de sua própria vontade.

---

<sup>436</sup> LYSAUGHT, 2004, p. 668.

Em caso no qual se julgue que a vida de um paciente corre sérios risco, respeitar pode ser entendido como fazer de tudo para salvar a sua vida, inclusive, fazer aquilo que o paciente não desejaria. Além do mais, alguém pode pensar que o respeito exige a contraparte do respeito mútuo e, por esta linha, o respeito seria intercambiado através do respeito das competências de cada ator da relação<sup>437</sup>, presumindo a valorização da competência médica sobre a escolha do paciente. Por isso, assim como ocorre com outros signos conceituais, “diferenças culturais podem ser responsáveis por algumas das variações nas interpretações de respeito, embora diferenças nas interpretações possam existir dentro e entre os grupos culturais”<sup>438</sup>. E a falta de especificação conceitual em matéria prática abre portas para todo tipo de apropriação prática de um termo. Mas, então, o que podemos considerar como uma noção de respeito moralmente aceitável por uma disciplina prática como a bioética?

O objeto do *respeito enquanto reconhecimento* não é a excelência ou o mérito, mas a dignidade ou a autoridade. O respeito enquanto reconhecimento não concerne o modo como algo deve ser avaliado ou apreciado, mas o modo como nossas relações para com ele devam ser *regulamentadas* ou *governadas*. De modo geral, respeitar alguma coisa é, nesse sentido, *conceder-lhe certa posição em nossas reações para com ela*.<sup>439</sup>

Insistimos que o respeito moral demande o reconhecimento do outro em sua posição de igual no arranjo da comunidade moral. A ausência deste tipo de reconhecimento, por prática concreta, é o que faz com que o consentimento seja utilizado sem qualquer produtividade tornando-se, mais tarde, incapaz de emprestar qualquer força para a resolução dos mais variados conflitos médicos, podendo, inclusive, criar novas tensões para a relação entre médico, paciente e os agentes reguladores de saúde, o que está ilustrado na atual situação envolvendo os Testemunhas de Jeová no Brasil quanto à transfusão de sangue.

Outro exemplo objetivo da diferença entre a atitude respeitosa, isto é, o apreço pelo outro, e a ação respeitosa, o reconhecimento prático do outro, se encontra ratificado na conclusão da pesquisa que buscou saber de médicos brasileiros o uso que faziam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>440, 441</sup>. Os pesquisadores também quiseram saber o papel da *internet* na democratização das informações de saúde e o impacto deste artifício na prática médica. Este ponto nos serve aqui apenas para registrar que o acesso à informação é um

<sup>437</sup> SHORE, p. 5-26, 2006.

<sup>438</sup> SHORE, 2006, p. 13.

<sup>439</sup> DARWAL, 2013, p. 305. [grifos do original]

<sup>440</sup> FILHO, HOSSNE, p. 304-310, 2015.

<sup>441</sup> A Resolução brasileira nº 466 de 12/12/2012, que trata de pesquisas em seres humanos, incorpora o referencial bioético da autonomia como marcador do relacionamento ético entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. O referencial também está presente no Código de Ética Médica vigente no Brasil.

dos requisitos ao efetivo exercício de autonomia do paciente e, como veremos adiante, este acesso também deve ser considerado em sua integridade.

A consulta contou com a participação de conselheiros e ex-conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), com atuações nas gestões do período de 1998 a 2013. A amostra mereceu atenção, pois trata-se de profissionais responsáveis pelas diretivas de toda classe médica atuante no país, com suas respectivas influências sobre os regulamentos de saúde pública e suplementar. Os pesquisadores tiveram atenção com este ponto ao justificarem que:

a escolha da amostra deveu-se principalmente ao fato de os conselheiros exercerem a prática profissional – todos com larga experiência em reflexões e discussões de tema sobre ética profissional e bioética -, bem como à sua atuação como juízes do exercício da profissão de medicina e ao contato contínuo com as queixas e denúncias formuladas por pacientes e familiares.<sup>442</sup>

Não se trata, portanto, de profissionais alheios à renovação pela qual passou a medicina moderna. E alguns pontos nos chamam a atenção e são dignos de nota quanto à necessária atualização das práticas médicas em solo nacional.

Ao contrário do que diz a literatura, para o grupo de médicos pesquisados, os fatores que desencadearam maiores mudanças na relação entre médico e paciente foram, respectivamente: o surgimento do intermediário (planos de saúde, saúde pública), 52%; o desenvolvimento científico e tecnológico, 11%; a introdução do conceito de autonomia do paciente, 10%; a perda de prestígio da profissão, 8%; o maior acesso à informação do paciente, devido à *internet*, 6%; e outros, 13%. Como pode ser visto, mais de 10% dos médicos consideram a autonomia do paciente como fator de mudanças mais significativas em sua relação com o paciente. Para a maioria deles, a mediação da relação por um terceiro, suspeitando-se que seja porque a mediação tenha deixado claro alguma limitação para a atuação do médico e, por consequência, a atuação das equipes clínicas e os seus fazeres limitados ao consultório.

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), diante da afirmação “alguns autores consideram que o ‘termo de consentimento livre e esclarecido’ (TCLE), assinado formalmente por médico e paciente, é necessário na prática médica atual”<sup>443</sup>, a resposta foi: 32% assinalaram que conhecem a recomendação do TCLE, mas que não a colocam em prática; 29% a colocam em prática, com pouca frequência; 26%, com muita frequência; 11%, com média frequência; 2% afirmaram não conhecer a recomendação. Soma-se às

<sup>442</sup> FILHO; HOSSNE, 2015, p. 305.

<sup>443</sup> FILHO; HOSSNE, 2015, p. 306.

respostas o fato de que, para 77% dos pesquisados, a introdução do conceito de autonomia do paciente foi um grande avanço na medicina, enquanto, para 16%, tratou-se de um avanço médio.

O que tais indicadores nos mostram é que a noção abstrata de autonomia do paciente faz parte da linguagem médica brasileira, mas que a sua prática, na forma do TCLE, não se mostra suficientemente exercitada. A diferença entre a atitude respeitosa, na consideração do benefício da autonomia do paciente, contra a ação respeitosa, na execução de respeito, por meio do consentimento, faz com que muitos críticos da autonomia considerem o princípio inalcançável tratando-se, portanto, de uma excentricidade teórica e prática. Todavia, em bioética, o princípio precisa performar uma prática e, no caso da autonomia, o consentimento é o meio prático da explicitação do exercício deste princípio. Afinal, sem o Consentimento Livre e Esclarecido, como abrir espaço ou mesmo atestar o exercício de autonomia por parte do paciente?

Um dos bioeticistas que acusam que a prática do TCLE se tornou um ritual *pro forma*, sem qualquer utilidade para o paciente ou para o médico, é Carl Schneider (2006). Sua desconfiança encontrou reforço na pesquisa que analisou sete requisitos ligados ao processo assimilatório dos conteúdos do Consentimento Livre e Esclarecido. Naturalmente sua crítica é ainda mais rigorosa, pois não está abordando a falta do TCLE, mas os casos em que ele é aplicado e que, ainda assim, sem atender os critérios de eficiência. Os requisitos verificados foram:

[dos requisitos] (1) o papel do paciente na tomada de decisão, (2) a natureza da decisão, (3) alternativas, (4) prós (benefícios) e contras (riscos) das alternativas, (5) incertezas associadas à decisão, (6) uma avaliação da compreensão do paciente sobre a decisão e (7) uma exploração das preferências do paciente. Em suma, a completude da tomada de decisão informada foi baixa [...] Das decisões (9,0%) atenderam aos critérios de integralidade da tomada de decisão informada. A completude das decisões variou de acordo com a complexidade da decisão. Considerando que 17,2% das decisões básicas foram completas, nenhuma das decisões intermediárias se completou e apenas 1 (0,5%) das decisões complexas foram completas.<sup>444</sup>

Além do baixo índice de integridade na compreensão das informações, as tomadas de decisão também não se mostraram expressivas. Um pouco mais de 17% delas chegaram ao desfecho, embora, apenas 9% das decisões tenham atendido aos requisitos de compreensão das informações relevantes ao caso em definição. Schneider (2006) aproveita para acrescentar a sua própria experiência aos dados:

Quando pergunto aos pacientes o que eles querem de seus médicos, geralmente recebo duas respostas: competência (no sentido mais amplo possível) e gentileza. A primeira

---

<sup>444</sup> SCHNEIDER, 2006, p. 418.

questão trata de um problema clássico de ética profissional - que nível de habilidade e esforço os profissionais devem aos clientes? A última questão lida com um problema clássico no relacionamento entre profissionais e clientes - que tipo de interação os clientes devem esperar dos profissionais que contratam? As duas respostas levantam questões sobre as virtudes que os médicos devem estudar e praticar.<sup>445</sup>

O contexto narrado faz o autor inferir, de modo contraproducente, que a autonomia não se constitui um valor requerido pelos pacientes, o que não é verdade, conforme temos demonstrado até aqui. Mas o autor vai além argumentando que não há apenas a falta de interesse por parte do paciente, mas que, antes, o desrespeito à preferência individual deste ocorre muito associado à resistência, à relutância ou à incompetência do corpo clínico quanto às regras de explicitação do princípio de autonomia fazendo com que as ações efetivas de autonomia do paciente não sejam parte da medicina cotidiana. Isto, em maior ou menor grau, parece associado à pesquisa realizada com os brasileiros.

Enfim, para além das dificuldades pontuadas e das desconfianças de alguns bioeticistas, o Relatório Belmont acertou ao tornar o princípio bioético uma crença compartilhada pelas sociedades modernas: a autonomia. Não há dúvida de que “toda pessoa moralmente sensível acredita que um modo de vida moral exige que respeitamos as pessoas e levamos em consideração seu bem-estar em nossas ações”<sup>446</sup>. Não há mais disputas substanciais quanto à alta estima axiológica da autonomia às sociedades contemporâneas. É só lembrarmos que liberdade e autonomia estão na base de formação das sociedades modernas e contemporânea com sua crescente discussão de meios de protegê-las contra todo tipo de violação. E um valor agregado ao debate bioético da autonomia é a compreensão de

não apenas respeitarmos a autonomia da pessoa, como sustenta o princípalismo, mas de buscarmos para a bioética uma noção mais forte de respeito à pessoa enquanto tal. Nesse sentido, cabe ressaltar que o Relatório Belmont fala de respeito à pessoa e não de respeito à capacidade da pessoa de livremente deliberar e escolher. Isto pode ser importante para certas relações entre profissionais da saúde e paciente, mas o respeito devido à pessoa é um princípio fundamental para a bioética em geral.<sup>447</sup>

O Relatório Belmont, por entender que pessoas são autônomas e, portanto, goza de agência, coloca em alta conta o respeito pelas pessoas, ao assumir para elas a concepção de autônomas em seu grupo de princípios bioéticos. Mas, como foi dito, não há uma especificação quanto a como reconhecer essa pessoa autônoma. A ausência de especificação abriu margem para vários entendimentos de autonomia e de pessoa.

---

<sup>445</sup> SCHNEIDER, 2006, p. 440.

<sup>446</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 6.

<sup>447</sup> DALLA'GNOL, 2004, p. 95.

A partir do próximo tópico, veremos uma maior explicitação destes dois temas, a qual foi feita por um outro bioeticista, H. Tristram Engelhardt Jr (1986). Lembrando que o Relatório Belmont cravou definitivamente uma ruptura das ciências médicas com o paradigma hipocrático estabelecendo a partir da modernidade que “o ato médico passou a ter então essa ulterior fundação: o consentimento do paciente. O médico pode intervir com o consentimento informado do paciente e jamais contra ele”<sup>448</sup>. Contra o consentimento, todo ato médico deve ser considerado imoral e desrespeitoso com a pessoa na face de seu paciente.

### 2.3.2 O Princípio da Permissão de H. Tristram Engelhardt Jr.

Enfatizando a indisponibilidade de uma moral substantiva sob o domínio da bioética global, H. Tristram Engelhardt Jr (1986) foi um dos bioeticistas que assumiu a autonomia como importante princípio bioético, ao lado do princípio da beneficência, embora este último se mantenha em posição de dependência do primeiro. Segundo o autor, o princípio da autonomia recebe maior justificativa porque as sociedades contemporâneas encontram-se confrontadas por um intransponível pluralismo moral<sup>449</sup>, apesar de estas mesmas sociedades se mostrarem igualmente conscientes do interesse de todos em resolver disputas morais.

Dado que nas sociedades pluralistas existem indivíduos de diferentes origens étnicas, que professam diferentes religiões ou que têm diferentes concepções de vida, é improvável que se possam estabelecer coincidências sobre o que deve ser entendido como uma vida boa, comportamento adequado, respeito pelos outros ou último fim das ações humanas.<sup>450</sup>

Para Engelhardt, o desacordo moral observado nas sociedades contemporâneas é produto de uma ruptura mais radical ocorrida “no cerne do projeto ocidental, agora global, moral-filosófico, de fornecer uma justificativa para uma visão moral específica que possa direcionar os poderes humanos, bem como fornecer uma garantia para autoridade e governança política”<sup>451</sup>.

---

<sup>448</sup> SGRECCIA, 2014a, p. 223.

<sup>449</sup> “Pluralismo moral é a visão de que valores morais, normas, ideais, deveres e virtudes são irredutivelmente diversos: a moralidade serve a muitos propósitos relacionados a uma ampla gama de interesses humanos e, portanto, é improvável que uma teoria unificada em torno de uma única consideração moral seja responsável por todos os valores resultantes. Ao contrário do relativismo, no entanto, o pluralismo moral sustenta que existem restrições racionais sobre o que pode ser considerado um valor moral. Uma possível, embora não necessária, implicação do pluralismo moral é a existência de dilemas morais reais.”. In. Moral Pluralism. **Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy**. London: Taylor & Francis Routledge, 2000, p. 596.

<sup>450</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 99.

<sup>451</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 15.

Essa ruptura sob a rubrica da pós-modernidade revela não apenas o fracasso do projeto moral e intelectual moderno ou iluminista de criar uma comunidade moral universal fundada na razão, mas também o colapso daqueles entendimentos morais universalistas que tomaram forma no início de o segundo milênio. Há agora um reconhecimento crescente não apenas da saliência e persistência, mas da insolvência do pluralismo moral.<sup>452</sup>

Imerso a este contexto, encontram-se dois tipos de agentes: aqueles que dividem um compromisso moral dotado de conteúdo substantivo, a quem Engelhardt chama de amigos morais (comunidade); e aqueles que não “compartilham premissas e regras morais de evidência e inferência suficientes para resolver as controvérsias morais”<sup>453</sup> se tratando então dos estranhos morais (sociedade). No grupo dos amigos morais, estão aqueles que vivem em comunidades morais concretas, com práticas de prescrição de virtudes sob clara concepção de integridade. Essas comunidades podem ser tanto religiosas (judeus devotos; católicos; protestantes; hindus; muçumanos; entre outros) quanto aquelas unidas por ideais políticos ou filosóficos (libertários; socialistas; igualitários; progressistas; entre outros). A questão é que, para Engelhardt, “todas essas comunidades morais pertencem à esfera privada, no contexto do Estado secular moderno”<sup>454</sup> e, assim, devem se manter para que haja oportunidades de as diferentes morais serem exercitadas na esfera pública, ou seja, nas sociedades por meio das constituições democráticas.

Em vista desta atmosfera de desacordo moral, o bioeticista propõe a construção de uma bioética que seja “um quadro moral no qual os indivíduos que pertencem a comunidade morais diversas, que não compartilham uma mesma visão moral, ainda podem considerar-se unidos por uma textura moral comum, numa mesma língua moral”<sup>455</sup>. Uma bioética que não se mantenha indiferente a realidade do pluralismo moral transcendendo, dessa forma, às fronteiras das comunidades particulares, a fim de unir os estranhos morais sob uma mesma orientação principiológica<sup>456</sup>. Isto, por outro lado, desempenha a imprescindível tarefa de fechar as portas para o nihilismo ou relativismo moral, ao suplantar “à anomia do individualismo sem essência”<sup>457</sup>. Dois riscos reais à necessária coesão da comunidade humana que, segundo o autor,

---

<sup>452</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 15.

<sup>453</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 32.

<sup>454</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 202.

<sup>455</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 15.

<sup>456</sup> Sobre a natureza e o papel dos princípios, diz Engelhardt: “mesmo não sendo fundamentais, os princípios são, pelo menos, úteis. Esses princípios também funcionam para indicar as fontes de áreas particulares de direitos e obrigações morais. Nesse sentido, são *principia*: indicam a fonte, o começo, o início ou as origens de áreas particulares da vida moral”. ENGELHARDT, 2008, p. 132.

<sup>457</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 129.

pode levar as sociedades a um estado de anomia ou de perpétua guerra que deixaria impraticável a convivência entre as pessoas.

Mas, diante do desacordo entre os agentes, como fazer possível uma coesão entre pessoas de diferentes valores? Engelhardt (2006) argumenta que sociedades plurais devem reconhecer a necessidade de uma bioética universal, sem essência, uma vez que elas não possam conceder espaço para que se estabeleça algum ponto de vista concreto e substancial. Por isso, a bioética universal deve ser sem essência. Isso ocorre porque “a moralidade, por sua própria natureza, clama por reconhecimento universal”<sup>458</sup> quanto à atuação convergente entre todos os agentes morais. No caso dos contemporâneos, a moralidade deve ser capaz de estabelecer uma comunidade moral abrangente, neste caso, formada pelos amigos e pelos estranhos morais.

No caso da ética aplicada à saúde, a prática do consenso impedirá uma bioética com conteúdo de verdades, na forma de princípios que comuniquem realidades concretas e particulares de bem, de bom e de justo, em perspectiva de universalidade. Do contrário, impasses como este permanecem sendo o principal indicativo de que o trabalho racional se tornou insuficiente na interpretação da vida moral – como aconteceu na modernidade, e, portanto, segundo o bioeticista, outro mecanismo deverá ser buscado para a amenização da divergência e conseqüente criação de uma textura moral onde estranhos morais se disponham a colaborar sem, contudo, deixar de buscar bens de saúde, conforme suas próprias compreensões de bom e de justo. Apesar do desafio imposto por esta realidade, o filósofo alude que a existência de uma relação familiar entre diferente morais, a busca por uma mesma gramática moral, mostra-se factível porque “existe uma textura intersubjetiva relativa à ética secular, em virtude da própria interpretação da ética como alternativa impositiva à resolução de disputas pela força”<sup>459</sup>. E, se é assim, tal tensão empurra os agentes na direção de buscar uma mesma autoridade e propósito moral para a ação comum, mesmo se tratando de sociedades plurais. É

[a] incapacidade de resolver as controvérsias morais, exceto pelo acordo, que assinala a distância entre os estranhos morais, mesmo quando a distância não é emocionalmente percebida como estranheza. Somente a moralidade secular geral sem essência pode fechar esses abismos e permitir a colaboração, na ausência de acordo moral essencial.<sup>460</sup>

---

<sup>458</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 20.

<sup>459</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 121.

<sup>460</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 126.

Mas, como colocar em prática um acordo em solo de desacordo natural entre as pessoas? Para o autor, aqui entra a necessidade de respeito à autonomia das pessoas. E, portanto, a fim de proteger cada pessoa, bem como proteger a expressão livre de cada ponto de vista, a autonomia surge como valor inegociável de uma ética contemporânea ou pós-moderna.

Visto que não pode haver acordo sobre o bem, nenhuma suposição sobre valores primários quando todas as coisas são questionadas, a única maneira possível de proceder na bioética é respeitar o pensamento e comportamento autônomo de cada indivíduo e chegar a um consenso por meio do diálogo e da resolução de este ponto de vista respeitoso. Essa proposta tem implicações para todos os aspectos da filosofia da medicina. Nele, o indivíduo reina supremo, não a comunidade.<sup>461</sup>

A autonomia das pessoas e a necessidade de respeito a esta autonomia, por meio de um acordo exposto entre os estranhos morais, são o que torna possível uma gramática moral comum e, especialmente em saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais passam a desempenhar papéis particularmente intrincados quanto à diversidade moral e à natureza dos bens envolvidos nas práticas de saúde.

Como um ginecologista de moral católica, por exemplo, que pensa o aborto como moralmente errado, deve lidar com o direito do aborto em sociedades onde a prática permanece amplamente estabelecida e acessível a todos? Para Engelhardt, os profissionais podem fazer uso do recurso de objeção de consciência garantido pelo “reconhecimento legal dos seus direitos de não colaborar com o que consideram imoral”<sup>462</sup>, ou seja, um direito do exercício de sua autonomia, contudo, o Estado não pode deixar de promover políticas públicas que atendam tanto aquele que partilha da crença da imoralidade do aborto quanto aquele que considera o aborto moralmente defensável e praticável.

Essa isonomia diante do aparato estatal das democracias aloca o respeito mútuo no cerne da noção de moralidade de Engelhardt (2008). Por isso, para um bioeticista, como Elio Sgreccia (2014), “o respeito pelo bem do paciente significa apenas respeitar o acordo, não a pessoa de algum modo conteudista qualquer. É um respeito sem conteúdo que leva somente à afirmação de que não se pode decidir nada se também os outros não consentiram”<sup>463</sup>, porque, “a bioética deve libertar de costumes e restrições injustificadas, aqueles contrários às exigências da razão moral universal”<sup>464</sup> e, ao fazer isso, se torna capaz de estabelecer um solo comum onde diferentes estranhos morais, com seus relativos valores, podem formar uma mesma comunidade

<sup>461</sup> BERGSMAS; THOMASMA, 2000, p. 104

<sup>462</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 127.

<sup>463</sup> SGRECCIA, 2014a, p. 229.

<sup>464</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 20.

moral, por meio da prática do respeito recíproco. Em suma, “na medida em que se deseja garantir autoridade moral para a ação comum das pessoas, quando discordam dos desejos de Deus e da natureza da racionalidade moral, só podemos derivá-la do acordo das pessoas envolvidas”<sup>465</sup>. É tal acordo que concede espaço para que cada um se autodetermine e conduza sua vida do modo que julga melhor para si liberando também os outros para viverem suas vidas do jeito que considerarem melhor.

Ao adotar a gramática do acordo mútuo, Engelhardt enfatiza uma bioética com compromisso de noções de respeito às pessoas, no exercício da prática de igualdade e de eliminação de políticas públicas de saúde que as explorem, por meio dos discursos particulares de benefício às pessoas que buscam pelo bem de saúde. Este respeito é evidenciado através do reconhecimento de que as pessoas são livres para agir de acordo com suas próprias concepções de bem e de vida boa, afinal, como insiste, “existem profundas divergências quanto à natureza do bem e à classificação dos princípios de certo e de errado”<sup>466</sup>. E, as diferentes classificações de bem, irreduzíveis entre si, “apoiam moralidades significativamente diferentes com seus próprios entendimentos sobre o florescimento humano e a justiça”<sup>467</sup>.

Uma sociedade democrática deve ser tornar um “pregão moral”<sup>468</sup>, isto é, nada mais que uma arena de mediação de conflitos onde todos os diferentes agentes morais pacíficos possam estruturar projetos com outros agentes igualmente pacíficos e consentidos. O não consentido em praticar o respeito mútuo deve ser restringido e “alijado da comunidade pacífica”<sup>469</sup>, por meio de sanções estatais, afinal, interdito o ambiente de respeito mútuo, os partidários de diferentes conteúdos morais, incorporados por pessoas ou instituições públicas ou privadas, são tentados a atuar paternalisticamente em nome de uma visão moral particular e, por isso mesmo, como alegará o autor, autoritária e estranha a uma parte dos agentes morais. E o consentimento é tão importante para a bioética engelhardtiana que esta chega a defender que “o princípio do consentimento diz respeito aos direitos de os indivíduos escolherem livremente, mesmo quando essa liberdade é dirigida não à valorização da liberdade, mas à troca das liberdades por outros bens”<sup>470</sup>. Portanto, continua, “no contexto da moralidade secular geral, [que] o princípio do consentimento sempre supera o da beneficência”<sup>471</sup> e “o princípio da beneficência exige o

---

<sup>465</sup> ENGELHARDT, 2001, p. 292.

<sup>466</sup> ENGELHARDT, 2001, p. 292.

<sup>467</sup> ENGELHARDT, 2001, p. 292.

<sup>468</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 23.

<sup>469</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 142.

<sup>470</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 163.

<sup>471</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 163.

recurso ao princípio do consentimento para poder ser aplicado”<sup>472</sup>. Em suma, a primazia do consentimento sobre o benefício “leva a problemas de identificar quais ações são moralmente corretas ou não, porque este princípio somente identifica o que seria aceito ou não pelo indivíduo, permitindo assim, ações moralmente incorretas”<sup>473</sup>.

Embora não defenda a diversidade como boa por si mesma, o polêmico Engelhardt (2008) sustenta que, contra a diversidade, “o Estado não é a mão de Deus. [...] Assim, o Estado secular apresenta-se, por omissão, inevitavelmente politeísta”<sup>474</sup>. Na omissão do Estado, são os próprios agentes que devem discutir e pactuar os termos de sua contingência moral e o uso metafórico do termo politeísta serve para dizer que o Estado secular deve dar legítimo espaço às preferências e às escolhas das pessoas, independente dos termos valorativos que estas comportam, pois a noção contemporânea de florescimento humano reserva às instituições estatais somente o dever de respeitar a integridade de cada indivíduo disposto a contribuir com o pacto social.

Como não poderia ser diferente, o Estado é alçado à condição de promotor processual da formação de acordos, inclusive, na esfera das políticas de saúde e assistência médica. E, se a pessoa é agora a fonte da autoridade moral, “a formação do relacionamento entre médico e paciente compreende a aceitação do compromisso e o estabelecimento de limites”<sup>475</sup>. Aceitação do compromisso quando o médico e o paciente coincidem na profissão de uma mesma moral substantiva, isto é, quando são amigos morais, e o estabelecimento de limites, quando reivindicam moralidades distintas, ou seja, quando são estranhos morais.

Portanto, o consentimento livre e informado desempenha seu papel central não tanto por causa de um compromisso com um ideal liberal, mas pela descrença na possibilidade de descoberta de uma visão concreta dos objetivos de assistência à saúde, em um contexto pluralista secular.<sup>476</sup>

E assim, ao pesar a inexistência de uma hierarquia axiológica com autoridade de unir os diferentes agentes, Engelhardt (2008) está enfatizando categoricamente que “indivíduos não podem ser submetidos uns aos outros, nem usados sem a sua permissão”<sup>477</sup>. O respeito mútuo se torna a única condição capaz de encorpar uma bioética global que unifique a diversidade moral em questões relacionadas à reprodução humana, clonagem, aborto, suicídio assistido,

---

<sup>472</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 164.

<sup>473</sup> SCHMIDT; TITTANEGRO, 2009, p. 189.

<sup>474</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 38.

<sup>475</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 346.

<sup>476</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 347.

<sup>477</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 213.

eutanásia, alocação de recursos de saúde e outros relativos aos debates bioéticos. Torna-se necessário ter presente que o bioeticista afirma:

A escolha individual livre e responsável é realizada por meio de escolhas reais por indivíduos reais, permitindo-lhes perseguir pacificamente seus próprios anseios, desejos e visões de bem com o consentimento dos outros. Através do mercado e dentro de estruturas estatais limitadas, a competição moral pode produzir um bem maior: uma sociedade econômica e culturalmente enriquecida que nenhum dos indivíduos e comunidades explicitamente afirmou ou buscou.<sup>478</sup>

É nesse sentido que o autor recomenda que as sociedades modernas se tornem um mercado de autocompreensão moral, a qual seja operada por indivíduos livres, responsáveis e conscientes de uma gama de interesses valorativos, inclusive, de natureza moral, por todas aquelas que concordam com a busca pacífica por liberdade, igualdade, prosperidade e segurança.

A autoridade moral, portanto, é derivada da permissão de quem escolhe colaborar com um espaço prático de exercício moral para todos, independente de seus valores, estabelecendo, segundo Engelhardt (2006), duas restrições fundamentais, conforme sugerido anteriormente;

1. pessoas reais (ou seja, agentes morais reais) só podem ser usadas (a) com sua permissão real (este requisito é uma condição de tomada de decisão baseada na possibilidade de uma moralidade que transcende a diversidade de perspectivas moral-teológicas e morais-filosóficas) ou pelo menos (b) em termos da prática de resolver controvérsias à luz do reconhecimento de pessoas como tendo autoridade sobre si mesmas;

2. os agentes morais nunca devem agir malevolamente, pois isso é agir contra o próprio projeto de moralidade, a busca do bem (este requisito é vazio de conteúdo moral até que seja especificado em um entendimento moral particular, que pode fornecer conteúdo para o *bonum* e o *malum*).<sup>479</sup>

Dois requisitos que encorparam os dois únicos princípios<sup>480</sup> morais e bioéticos possíveis às sociedades modernas: autonomia no agir, segundo o próprio entendimento; e a beneficência pela promoção do bem que evita o prejuízo. Sendo a beneficência sem conteúdo, afinal, ela comunica uma regra de ouro invertida, faça aos outros o bem deles, permanecendo este princípio como reforço àquele de autonomia que o autor chamou de *Princípio da Permissão*.

<sup>478</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 23.

<sup>479</sup> ENGELHARDT, 2006, p. 25.

<sup>480</sup> Sobre a natureza e o papel dos princípios, diz Engelhardt: “mesmo não sendo fundamentais, os princípios são, pelo menos, úteis. Esses princípios também funcionam para indicar as fontes de áreas particulares de direitos e obrigações morais. Nesse sentido, são *principia*: indicam a fonte, o começo, o início ou as origens de áreas particulares da vida moral”. ENGELHARDT, 2008, p. 132.

Nesse sentido, “a autoridade moral em política secular de assistência à saúde vem da permissão e, mesmo nas circunstâncias de complexas realizações de colaboração, estará em sua raiz consensual ou contratual”<sup>481</sup>. E, então, a moralidade do ato médico se reduz ao fato deste ato ter sido realizado sobre a permissão ou não do paciente. Como consequência,

- i. sem essa permissão ou consentimento não há autoridade;
- ii. ações contra esta autoridade são merecedoras de acusação, no sentido de colocarem o violador fora da comunidade moral em geral, e tornando lícita (mas não obrigatória) a força retaliatória, defensiva ou punitiva.<sup>482</sup>

Para clarificar o conteúdo do princípio, o autor sumariza e especifica os critérios de seu Princípio da Permissão da seguinte forma:

- A. *Consentimento implícito*: indivíduos, grupos e Estados têm autoridade para proteger os inocentes da força que não alcança consentimento.
- B. *Consentimento explícito*: indivíduos, grupos e Estados podem decidir pela vigência de contratos ou criar direitos de assistência social.
- C. *Justificação do princípio*: o princípio do consentimento expressa a circunstância de que a autoridade para resolver disputas morais em uma sociedade pluralista, secular, só pode ser obtida a partir do acordo dos participantes, já que não deriva de argumentos racionais ou da crença comum. Portanto, a permissão ou consentimento é a origem da autoridade, e o respeito ao direito dos participantes de consentir é a condição necessária para a possibilidade de uma comunidade moral. O princípio do consentimento proporciona a gramática mínima para o discurso moral secular. É tão inevitável como o interesse das pessoas em acusar ou elogiar com justificação e resolver questões com autoridade moral.
- D. A motivação para obedecer o princípio encontra-se vinculada aos interesses em agir de um modo i) que é justificável a pessoas pacíficas em geral, e ii) que não justificará o uso de força defensiva ou punitiva contra a própria pessoa.
- E. *Implicações para as políticas públicas*: o princípio do consentimento proporciona base moral para políticas públicas destinadas à defesa dos inocentes.
- F. *Máxima*: Não faça aos outros aquilo que eles não fazem consigo mesmos, e faça por eles o que foi contratado para fazer.
- G. O princípio do consentimento proporciona a base para aquilo que poderia ser chamado de moralidade da autonomia como respeito mútuo.<sup>483</sup>

Apesar de longo, o extrato se mostra importante ao argumento geral, dado que torna explícito o conteúdo geral do princípio de permissão que sustenta a bioética global pensada por H. Tristram Engelhardt, Jr (2008). É visível seu radical autonomismo bioético sobre um razoável diagnóstico de pluralismo moral nas sociedades globais, o qual ninguém pode contestar. Mas, por este autonomismo radical, o autor introduz uma série de questões que merecem atenção mais de perto tanto de eticistas quanto de bioeticistas, como também tanto por aqueles preocupados com a moralidade como aqueles preocupados com as relações éticas

<sup>481</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 115.

<sup>482</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 158.

<sup>483</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 158. [grifo do original]

entre profissionais de saúde e seus pacientes. Isso porque, ao legitimar o ato moral sobre o consentimento das pessoas, o filósofo estabelece um valor moral vazio deixando espaço para que as subjetividades façam a introdução do seu conteúdo.

Nem mesmo a razão universal e geral é capaz de introduzir o seu conteúdo podendo, no máximo, criar diretrizes para o acordo que deixa o campo moral aberto à escolha de cada um, conforme seus próprios projetos de florescimento humano, o que abre espaço para uma série de arbitrariedades quanto ao direito daqueles que podem não ser capazes de fazer escolhas por si mesmos.

Outro ponto a ser observado na bioética de Engelhardt é que, ao contrário do Relatório Belmont, o bioeticista especifica o sentido de ser pessoa. Somente a pessoa pode realizar o contrato, o acordo, sendo ela o fundamento último do Princípio da Permissão nomeado por ele como “moralidade da autonomia como respeito mútuo”<sup>484</sup>, isto é, moralidade de agir conforme suas próprias crenças cedendo ao outro o mesmo direito, sem lhe infringir qualquer dano. E como o autor define pessoa?

Ao definir pessoa, Engelhardt argumenta que seja preciso considerar que nem todas as pessoas são iguais. O âmbito da assistência à saúde, por exemplo, lida com indivíduos de capacidades aparentemente divergentes: adultos competentes, adultos com deficiências intelectuais, fetos, bebês e crianças. E, como a comunidade moral secular preocupa-se sobretudo “com argumentos morais e podem [pode] ser por eles convencidas”<sup>485</sup>, os “adultos competentes têm uma posição moral não ocupada por fetos ou bebês [...]”<sup>486</sup>. Dessa forma, o adulto moralmente competente tem uma posição moral central que não é desfrutada pelos fetos, pelas crianças, pelos deficientes mentais, pelos inconscientes por quaisquer ordens, pelos senis ou por aqueles acometidos por quaisquer doenças degenerativas cerebral.

Segundo Engelhardt, isso ocorre porque “a própria noção de uma comunidade moral secular presume uma comunidade de entidades autoconscientes, racionais, livres para decidir e possuidores de sentido de preocupação morais”<sup>487</sup>. Perigosamente, o autor argumenta que são essas entidades racionais e autoconscientes, identificadas como pessoas, que podem fornecer um ponto de vista intelectual e moral, ao serem capazes de elaborar regras para a comunidade moral pacífica, a qual é formada pelo consenso entre todos. Corroborando seu diagnóstico

---

<sup>484</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 159.

<sup>485</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 170.

<sup>486</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 169.

<sup>487</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 171.

fundamental, defende que somente “pessoas podem envolver-se na prática da ciência empírica, enquanto são estranhas metafísicas”<sup>488</sup>.

Por este encadeamento especulativo, a noção de pessoa se identifica com a noção de autonomia, visto que, para o autor, “o que distingue as pessoas é a sua capacidade de autoconsciência, racionalidade e preocupação, como o merecimento de acusação e elogio”<sup>489</sup>, requisitos identificados com a autonomia pessoal, enquanto que “a liberdade é básica em uma sociedade justa porque ela é o fundamento da própria estima”<sup>490</sup>. Em suma, somente o indivíduo definido como pessoa poderia apresentar as capacidades de:

a) *autoconsciência*, como competência para refletir sobre si mesmo; b) *racionalidade*, principalmente discursiva, como habilidade necessária para o consentimento moral; c) *merecimento* como disposição para emitir e/ou receber críticas e/ou elogios; e d) *liberdade*, pois precisa compreender a si mesmo como ser livre.<sup>491</sup>

Logo, sobre a pessoa repousa a liberdade para ação no mundo e a autonomia para se autodeterminar, ao prover o consentimento que sustenta a moralidade do respeito mútuo conveniente aos estranhos morais que habitam nas atuais sociedades globais.

E quanto aos indivíduos que, segundo Engelhardt (2018), não são pessoas em sentido estrito? Que não podem fazer acordo e que, portanto, não são agentes morais? Segundo Engelhardt (2008), uma vez que esses indivíduos não podem determinar para si mesmos sua própria hierarquia de custos e benefícios, “outros precisam tomar por eles essas decisões. Como as decisões dependem do sentido moral daquele que decide [...] estes seres terão impostas sobre seus destinos as decisões particulares de outros indivíduos ou comunidade de indivíduos”<sup>492</sup>, o que é bastante temerário já que arrisca legitimar violações como as que foram vistas em no passado.

Mesmo que o autor posteriormente apele para uma ideia de solidariedade mútua e de respeito pela pessoa<sup>493</sup>, que fetos e crianças virão a ser e que os incapazes, um dia, foram, se a

<sup>488</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 170.

<sup>489</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 174. Segundo o bioeticista, o sentido de acusação e elogio é um “*sentido moral mínimo*. Os sociopatas deixariam de ser agentes morais (pessoas no sentido moral) apenas se perdessem a capacidade de entender o merecimento de acusação, a ponto de não poderem acusar aqueles que os ferem”. ENGELHARDT, 2008, p. 174. [grifo do original].

<sup>490</sup> SCHMIDT; TITTANEGRO, 2009, p. 191.

<sup>491</sup> CASSIANO, 2019, p. 771.

<sup>492</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 177.

<sup>493</sup> Para Engelhardt, existem quatro sentidos em que um indivíduo é nomeado como pessoa: “sentido da pessoa como agente moral, que chamei de pessoa no sentido estrito (poderíamos chamá-la de pessoa<sub>1</sub>), em contraste com um sentido social de pessoa a quem quase todos os direitos das pessoas estritas são atribuídos, como é o caso de crianças pequenas (pessoa<sub>2</sub>). Um sentido social de pessoa também é atribuído a indivíduos que não são mais, mas já foram pessoas, e ainda são capazes de algumas interações mínimas (pessoa<sub>3</sub>). Um sentido social de pessoa é dado àqueles muito severa e profundamente retardados e dementes, que nunca foram e nunca serão pessoas no

pessoa é quem forma o padrão de ação moral ou imoral, por um consenso alheio aos vulneráveis, estes últimos podem ser desfavorecidos em vários âmbitos da vida e sobre vários direitos. É só lembramos na história recente as várias atrocidades que foram cometidas a indivíduos que não eram considerados pessoas por parte de determinados grupos sociais dominantes de um Estado.

O consenso social da ‘comunidade ética’ justifica para esse pensador o preterimento de todos os que não fazem ainda parte da comunidade (embriões, fetos e crianças), cujos direitos dependeriam, portanto, dos adultos e, enfim, não são considerados como pessoas. Assim também acabam sendo subestimados, no nível de ‘não mais pessoas’, todos os que não estão mais integrados socialmente, como os doentes privados de relação social ou os dementes não recuperáveis. Em suma, o conceito de pessoa humana acaba sendo um conceito sociológico.<sup>494</sup>

Diante do esvaziamento axiológico que condena a comunidade moral à indiferença quanto aos valores que circulam em seu âmbito concreto, bem como diante do alijamento de certos indivíduos do sentido de pessoa, umas das noções mais cara às concepções de respeito e direitos humanos, Stephen Hanson (2009) é contundente, ao esboçar suas impressões acerca dos riscos envolvidos na bioética engelhardtiana:

Em muitos danos e eventos trágicos que parecem infelizes e merecedores de melhoria, não temos, portanto, nenhuma obrigação moral de retificar e, os indivíduos, não são obrigados a ajudar ou a lidar com eles. Aborto, prostituição, combates até a morte por lutadores, abuso de animais, pessoas morrendo de fome enquanto outras se empanturram de remédios para vômito e, assim por diante, todos estão completamente permitidos, desde que as pessoas [...] tenham escolhido livremente participar.<sup>495</sup>

Isso implica dizer que, em bens de saúde, diante de um paciente autônomo, mesmo discordando de sua vontade, um médico está permitido, no máximo, a tentar persuadi-lo, racionalmente, o que não quer dizer que terá sucesso, já que a razão não é capaz de comprovar o que seja o bem – metafisicamente fundamentado, na tecitura moral desenhada por Engelhardt. Assim, o médico não estará autorizado a proibi-lo, sob a força de qualquer lei ou reivindicação substantiva de bom e justo.

“O respeito pelo bem do paciente significa apenas respeitar o acordo, não a pessoa de algum modo conteudista qualquer. É um respeito sem conteúdo que leva somente a afirmação de que não se pode decidir nada se também os outros não consentirem”.<sup>496</sup> Enquanto aqueles

---

sentido estrito (pessoa<sub>4</sub>). Alguns podem também atribuir um sentido social de pessoa [aos] que não podem interagir sequer em mínimos papéis sociais (pessoa<sub>5</sub>)”. ENGELHARDT, 2008, p. 190.

<sup>494</sup> SGRECCIA, 2014a, p. 77.

<sup>495</sup> HANSON, 2009, p. 21.

<sup>496</sup> SGRECCIA, 2014a, p. 229.

que não têm *status*, em si e *de per se*, na comunidade moral, os fetos, os recém-nascidos, os retardados mentais graves e os que estão em coma sem esperança, ficam à mercê do que as pessoas, os participantes primários do empreendimento moral, julgam o que seja o melhor para elas, o que é bastante temerário como foi dito anteriormente. Como entender “faça aos outros o bem deles”<sup>497</sup>, se esses outros não são considerados pessoas, aqueles entes que propriamente têm concepção de bem, se quem tem legitimidade para fazer acordos e garantir seus valores e direitos são aqueles em posição de reivindicar e acordar suas ações morais?

Esses indivíduos, não pessoas, Engelhardt os aloca na condição de propriedade<sup>498</sup> de pessoas. Diz ele que “a propriedade deriva da permissão; é constituída dentro da moralidade do respeito mútuo”<sup>499</sup> em sentido de que propriedade é tudo aquilo que pode ser dito como produto ou posses de pessoas. Dessa forma, comentando um caso de aborto, argumenta:

Embora a sociedade possa oferecer incentivos para ações reprodutivas ou omissões de diversos tipos, a autoridade moral limitada do Estado e a condição do feto como propriedade privada impossibilitam à moralidade secular geral usar da força não consentida para determinar as escolhas de aborto feitas pelas mulheres. A menos que os procriadores tenham transferido os seus direitos a outros (por exemplo, doando o embrião a outra mulher ou casal), eles têm o direito moral secular de abortar o feto, mesmo se outros pretendem de boa vontade adotar a criança vindoura.<sup>500</sup>

Em sua radical moralidade secular, o bioeticista dirá que são as pessoas que atribuem valor aos zigotos, aos embriões ou aos fetos, portanto, são as pessoas que podem decidir sobre seus futuros. E poderia se perguntar ao filósofo: e, se por acordo, fosse decidido conceder direito de pessoas a esses indivíduos? O que caminhará um trabalho sem sucesso, do ponto de vista lógico-racional, já que há disputas irreduzíveis quanto ao reconhecimento de termos importantes para a formalização de concepção de pessoas e direitos.

Pelo exposto, podemos então concordar que Engelhardt é quem mais radicaliza a noção de autonomia como princípio bioético na forma do princípio de consentimento ou permissão. Está claro para nós que o princípio tem valor prioritário identificando-se com a noção de pessoa e, por consequência, com a noção de agente moral. A conta inflacionada na compreensão de pessoa, isto é, de indivíduos dotados de autoconsciência, racionalidade, merecimento e

<sup>497</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 146.

<sup>498</sup> Ao tematizar o princípio de propriedade, Engelhardt argumenta que objetos, animais e alguns indivíduos e pessoas são posses de outras. Crianças (ou embrião), porque ainda não são pessoas e dependem de outros para chegar a ser uma pessoa, que podem, por acordo, ser possuídas por outras, por meio do estabelecimento de acordo mútuo. Pessoas em condições incapacitantes ou lesões severas também podem ser propriedades de suas famílias ou Estado quando não são capazes de decidir por si mesmas. In. ENGELHARDT, 2008, p. 196-212.

<sup>499</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 209.

<sup>500</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 311.

liberdade, está relacionada, por outro lado, com o esvaziamento axiológico de termos morais como bom, justo e permissível, o que é preocupante, uma vez que nada é dito sobre virtude e capacidade de fazer o bem por parte desta pessoa.

Por isso, o conteúdo virtuoso da vida moral se encontra tão somente relacionado ao respeito mútuo entre os agentes morais. Dessa forma, o autor propõe uma bioética esvaziada de conteúdo, exercida por uma autonomia radical onde até mesmo a solidariedade precisará receber legitimidade através da permissão do beneficiado pela ação.

Além do mais, este mundo moral habitado por nada mais do que entidades monolíticas conta com precedentes perigosos aos vulneráveis, uma vez que são alocados pela teoria engelhardtiana como propriedades de pessoas ou instituições, no caso, instituições de saúde, quando pacientes não podem mais contar com familiares e outros responsáveis. É preciso ter em conta que, como alegado por Engelhardt, por não haver unanimidade sobre a concepção de bem, as normas se tornam refratadas do quadro mais específico, no qual ocorrem as práticas e as decisões daqueles que têm poder para decidir, isto é, tais indivíduos então ficariam à mercê daquilo que essas pessoas julgariam a respeito deles. Um precedente perigoso, conforme a história da medicina já demonstrou.

Em suma, entende-se, para o bem da comunidade moral, que melhor seria que o Princípio da Permissão não fosse o único disponível à bioética, afinal, a biótica, por natureza, trata com aquilo que há de mais vulnerável e valoroso ao humano: a vida. E são, sobretudo, os que são considerados não pessoas os que mais precisam ter seus interesses, vontades e possíveis escolhas levados em consideração por meio de proteção prática.

Nesse sentido, entende-se que a autonomia não deve ser assumida como uma conta de tudo ou nada, pois, a pessoa, em sentido forte, aquela descrita como racional, consciente, responsável, livre de entraves externos ou internos, capaz de deliberar em segundo nível e assim por diante, muito provavelmente só existe nas descrições teóricas dos filósofos. Por outro lado, a bioética precisa ter respostas para todo tipo de gente e incluindo aquela gente que busca os serviços de saúde com algum comprometimento de suas capacidades, nem sempre em pronta disposição de requer qualquer um de seus interesses ou direitos, mas com algum interesse primário de ser ao menos respeitada pelo outro.

Outro ponto a notar é a dificuldade imposta pelas concepções de autonomia e de pessoa fortemente idealizadas por Engelhardt (2008). Em uma bioética global, com clara assimetria de acesso à informação e direitos de saúde, como promover normas e regras bioéticas que não se imponham como valores dos mais fortes às demais pessoas, aos menos favorecidos e às suas propriedades?

Nesse sentido, a teoria engelhardtiana parece não ter uma resposta suficientemente razoável aos grandes males morais da humanidade, o que nos leva a pensar que, pela complexidade do fenômeno moral, a qual o próprio autor evidencia, não se torna razoável a aceitação da dominância de apenas um princípio moral e, portanto, sua elaboração se apresenta como uma redução contraproducente, quando lembramos, por outro lado, a riqueza de bens morais disponíveis e exercidos pela humanidade por meio, por exemplo, da solidariedade.

Engelhardt diz que “o princípio do consentimento sempre supera o da beneficência. A obrigação de fazer aos outros o bem deles é fundamental. No entanto, a obrigação como tal não é especificada”<sup>501</sup>. Mas será que, se deparando com uma criança perdida, sem seus pais, alguém teria dúvidas de que seria sua obrigação acolher essa criança e buscar pelos seus pais? Como bem pondera Tom L. Beauchamp, acreditamos que “obrigações morais devem ser incluídas em qualquer sistema cujo objetivo é capturar as exigências morais”<sup>502</sup> e, ao não promover essa inclusão, Engelhardt (2008) deixa deficitária sua teoria moral e, por espelhamento, sua teoria bioética.

Ao negar qualquer ponto de vista moral, isto é, substantivo, geral e universal, com força normativa independente, o bioeticista promove, na verdade, o que parece mais uma teoria política, ao invés de uma teoria bioética. Seu trabalho está muito preocupado em fortalecer uma organização social e política promotora de acordos, ao passo que não indica uma substância moral normatizadora das relações humanas.

Há, portanto, uma bioética sem ética. Um espaço vazio onde qualquer valor pode ser alocado, já que os indivíduos são imbuídos de valores e almejam uma vida boa, depreendendo-se, então, de sua proposta de fundamentos da bioética, para usar o nome de obra, uma bioética sem fundamento, sem conteúdo, com apenas uma sugestão administrativa de sociedade e de instituições de saúde.

Por fim, vale reconhecer o que é tido como contribuição singular de Engelhardt ao Relatório Belmont. Segundo Albert Jonsen (1998), um dos comissionados de Belmont, foi Engelhardt que, por meio de um artigo<sup>503</sup> enviado à comissão, articulou a linguagem da autonomia como um princípio bioético.

Engelhardt considerava ‘o consentimento livre e informado do sujeito humano ... [e] o consentimento por procuração ... para proteger os melhores interesses dos indivíduos incapazes de consentir e evitar a coerção’ como questões processuais que

---

<sup>501</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 163.

<sup>502</sup> BEAUCHAMP, 1997, p. 98..

<sup>503</sup> Neste artigo, H. Tristram Engelhardt aborda a bioética exclusivamente em casos de experimentações com sujeitos humanos. Ver em: ENGELHARDT, 1979, p. 139-168.

refletem o respeito pelas pessoas. [...]. A Comissão defendeu inequivocamente o respeito pelas pessoas como o primeiro dos princípios básicos relevantes para a condução da investigação.<sup>504</sup>

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como artefato processual, foi considerado pela comissão como peça de respeito pelas pessoas. Como o relatório não especifica o que entende por pessoas, fica subentendido se tratar dos indivíduos que se dispõem aos serviços de saúde, seja na etapa de experimentação ou assistência. Desse modo, ao estabelecer a autonomia como princípio *prima facie*, o relatório deixou um realístico e prudencial espaço para o exercício de outros valores, além daquele que estabelece a obrigação de respeito pelas pessoas por parte das equipes médicas.

E, por isso, parece-nos que o princípio de Respeito à Autonomia pode auxiliar melhor uma bioética que leve em real consideração a complexidade do fenômeno moral, bem como a singularidade de pessoas que buscam o bem de saúde.

---

<sup>504</sup> JONSEN, 1998, p. 153.

### 3 O PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA DE TOM. L. BEAUCHAMP E JAMES F. CHILDRESS

Antes de examinarmos o princípio de Respeito à Autonomia, vale resgatar a concepção de autonomia assumida pela moralidade moderna e mais especificamente a concepção que foi assimilada pela bioética. Como foi analisada, a autonomia migrou da filosofia política para a filosofia moral estendendo o apelo de autodeterminação das cidades antigas ao agente moral projetado no conceito moderno de pessoa.

Nesse sentido, a autonomia, como determinação pessoal, se manteve intrinsecamente ligada à noção de liberdade, enquanto independência de restrições, externas e internas, ligada à noção de capacidade de autodeterminação pessoal. Seguindo este passo, para Beauchamp e Childress, “todas as teorias acerca da autonomia tem em comum a *liberdade* (independência de outras influências) e a *intencionalidade* da ação”<sup>505</sup>, isto é, independência para agir sobre a capacidade individual de deliberar um plano sobre os próprios interesses e valores.

Dos requisitos liberdade para ação e capacidade para autodeterminação, as teorias da autonomia se mantiveram debruçadas sobre a análise conceitual do que significa ser pessoa e, por isso, a maior parte da literatura ancora o estatuto moral ao conceito de personalidade. Uma teoria que ilustra bem tal apropriação é a de identidade pessoal promovida por John Locke (1999). Foi a filosofia lockiana que estabeleceu uma noção de pessoa, ser de razão, reflexão e autoconsciência<sup>506</sup>, em contraposição às noções de substância (espírito material) e de homem (corpo biológico e espírito material).

E, ao afirmar que “regras morais requerem prova; *ergo* não são inatas”<sup>507</sup>, o filósofo estabeleceu uma noção de agente moral correlata à pessoa, o cognoscente, em que a moralidade se assentaria sobre a sua capacidade de discernimento, por meio da liberdade, para a realização da felicidade<sup>508</sup>. Razão e liberdade foram concebidas como fundamentos para a personalidade moderna e, do mesmo modo, para o agir do agente moral.

Esta mesma simetria está estabelecida na bioética de Engelhardt (2008), ao dizer que “o que distingue as pessoas [de humanos] é sua capacidade de autoconsciência, racionalidade e

<sup>505</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 86. [grifo do original]

<sup>506</sup> John Locke colocou em teste sua teoria da identidade pessoal, no capítulo 27, Da Identidade e Diversidade, livro II, acrescentado à segunda edição do Ensaio sobre o Entendimento Humano, em 1694. Ver em: LOCKE, John. Ensaio sobre o entendimento humano II.27 Da identidade e da diversidade. *Sképsis*, n. 12, p. 169-188, 2015. Disponível em: <http://philosophicalskepticism.org/wp-content/uploads/2015/09/Ensaio-sobre-o-entendimento-humano.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

<sup>507</sup> LOCKE, 1999, p. 51.

<sup>508</sup> LOCKE, 1999, p. 157.

preocupação com o merecimento e acusação ou elogio”<sup>509</sup> acrescentando o sentido de as pessoas serem “livres para decidir”<sup>510</sup>, ao arcarem com a responsabilidade de suas escolhas. Ao não se colocarem como causa e efeito da determinação de quaisquer outras pessoas ou autoridades. A partir desta equivalência entre pessoa e agente moral, afirmou-se que “a moralidade da autonomia é a moralidade das pessoas”<sup>511</sup>. E, dessa forma, podemos traduzir que, ao longo da modernidade, a

(...) noção filosófica de autonomia pessoal (ou livre arbítrio) foi caracterizada de diferentes maneiras: como um direito fundamental que justifica outros direitos, como os de aborto ou liberdade de expressão; como um bem político básico da teoria política liberal; como um personagem ideal em pé de igualdade com coragem ou integridade; e como um estado ou capacidade necessária de agentes morais plenos.<sup>512</sup>

Sem, contudo, que fosse dada atenção à relativa distinção de que “a pessoalidade moral, em contraste, refere-se a indivíduos que possuem propriedades ou capacidades como agência moral e motivação moral”<sup>513</sup>. Propriedades ou capacidades que, inclusive, distinguiram pessoas morais de todas as outras entidades não morais, mas que, no entanto, permaneceram confundidas, quando se converteu, sem maiores análises, autoconsciência e racionalidade em agência e motivação moral.

E, então, a pergunta mais importante que tais teorias precisariam enfrentar seria a seguinte: como a personalidade moral e/ou qualquer outro *status* de conhecimento moral pode(m) ser estabelecido(s) a partir de propriedades cognitivas, como racionalidade e autoconsciência?

Para Tom Beauchamp (2010), uma entidade qualquer, a qual seja detentora de razão e autoconsciência, não se mostra automaticamente capaz de se configurar como agência moral e de diferenciar o certo e o errado. Também pode faltar-lhe motivos morais e todo o senso de responsabilidade deles derivado. Uma entidade com estas características, razão e autoconsciência simples, pode

(...) ser um computador, um predador perigoso ou um demônio maligno. Por mais elevado que seja nosso respeito pelas capacidades cognitivas desta entidade, essas capacidades não equivalem à personalidade moral e não estabelecerão qualquer forma de estatuto moral. As capacidades de linguagem, racionalidade, autoconsciência e

---

<sup>509</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 174

<sup>510</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 171.

<sup>511</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 174.

<sup>512</sup> STOJAR, 2007, p. 12.

<sup>513</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 247.

coisas semelhantes carecem de uma conexão intrínseca com propriedades morais, como agência moral e motivação moral.<sup>514</sup>

A diferença entre propriedades cognitivas e propriedades morais estão, inclusive, elaboradas por conhecidas teorias do desenvolvimento moral, no campo da psicologia<sup>515</sup>. É Jean Piaget (1896-1980), por exemplo, quem esclareceu o movimento de desenvolvimento moral da criança que até os 10 anos de idade permanece essencialmente heteronômica, pelas ações realizadas em derivação da pressão do adulto sobre a criança. É a partir desta idade que aparece a agência moral na criança, como “resultante do respeito mútuo e das relações de cooperação [caracterizando-se] por um sentimento diferente, o sentimento do bem, mais interior à consciência e, então, o ideal da reciprocidade tende a tornar-se inteiramente autônomo”<sup>516</sup>, o que sugere que a consciência propriamente moral se desenvolve a partir de condições cognitivas estabelecidas, como razão e autoconsciência, mas, nem por isso, estando desde sempre em operação madura no indivíduo cognoscente.

Outro ponto a ser enfrentado concerne às dificuldades na aplicação do princípio teórico, autonomia, aos casos práticos expostos na concretude do fenômeno moral. A passagem de princípios teóricos para princípios práticos, o que forma propriamente um paradigma de aplicabilidade, é reconhecida como uma tarefa desafiadora e inegociável à justificação moral no âmbito da bioética, no caso, especialmente na modelação de uma ética biomédica.

Por isso, duas tradições têm debatido a melhor forma de realizar este esforço: o principialismo e o particularismo. O primeiro insistindo na prioridade do princípio, na orientação da tomada de decisão, e o segundo defendendo uma inegociável predominância das condições fáticas de cada caso para a inferência do que deva ser feito em cada situação. Uma resposta alternativa aos dois paradigmas seria a que indica a existência de princípios *prima facie*, isto é, um paradigma que postula a existência de vários princípios para a orientação moral, embora tais princípios não sejam absolutos até receberem legitimidade contextual. Logo, o princípio a justificar a correção do ato moral dependeria das circunstâncias de cada conflito em deliberação.

Como as teorias de princípios *prima facie* se encontram primordialmente preocupadas com obrigações, regras e normas, este tipo de teoria deixa evidente o entendimento de que um princípio deva ser entendido pela razão que ele comunica, sobretudo, porque ele não se constitui

---

<sup>514</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 250.

<sup>515</sup> Trato da psicologia do desenvolvimento moral de Jean Piaget (1896-1980) e de Lawrence Kohlberg (1927-1987) em: PASSOS, Isabella M. **Afinal, ensinar filosofia moral ou raciocínio moral?** Monografia (Especialização em Ensino da Filosofia). Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, p. 95, 2019.

<sup>516</sup> PIAGET, 1996, p. 5.

em um inventário a respeito de como o agente moral deva se comportar ou realizar um ato moral nesta ou naquela situação. Diante de cada conflito moral, é necessário uma pesquisa factual abrangente e um raciocínio correto na aplicação do princípio, na forma de regras e normas, para a ação do agente.

Consideremos o exemplo: quebrar promessas é errado. Há uma ambiguidade nesta afirmação, dado que ela pode exprimir tanto que (1) quebrar promessa é errado absolutamente quanto que (2) quebrar promessas é errado *prima facie*. Quem aceita o princípio absoluto (1) julgará que um ato que implique a quebra de promessas será sempre errado e, portanto, não permissível. Quem o julga como princípio *prima facie* defenderá a existência de casos em que o ato de quebrar promessas esteja moralmente justificado, como quando ocorre uma urgência moralmente mais imperativa que aquela de cumprir uma promessa que pode esperar outro momento para a sua conclusão definitiva. O princípio de não quebrar a promessa implica na obrigação concreta de fidelidade e, em casos em que haja dois princípios em choque, tais como, por exemplo, salvar a vida de alguém ou pagar uma dívida a um amigo, parece justificável salvar uma vida e reafirmar a fidelidade ao amigo em um outro momento. Quem aceita o princípio como absoluto, feita tal escolha, terá violado absolutamente a moralidade requerida ao seu ato, neste caso, imoral.

Pensado nesses termos, o que torna um princípio em condição de aplicação consistente? Georg Spielthener (2015) ressalta quatro elementos essenciais a um princípio: “o status normativo, o conteúdo da norma, a condição de aplicação e o tipo de norma que o princípio expressa”<sup>517</sup>. Este conjunto elementar é o que torna a linguagem de princípios morais menos geral, vaga e ambígua e, deste modo, manejável aos agentes das ciências práticas, neste caso, os profissionais das ciências biomédicas, com seus relativos desafios do exercício ético de sua profissão. Essa relação justa, a partir da modernidade, implica deixar que cada pessoa possa promover o seu florescimento, conforme seu *status* de pessoa autônoma. Isto implica não usar uma pessoa como meio e, assim, nada mais natural que a autonomia adentrasse nas relações entre médicos, pacientes, cientistas e sujeitos de pesquisa.

Descobertas de violações de direitos das pessoas colocaram em evidência a reivindicação pelo respeito às pessoas alterando profundamente o modo de as ciências biomédicas se relacionarem com os indivíduos e com a comunidade humana em geral, não sem enfrentar o desafio de colocar em prática um termo ambíguo, multifacetado, de origem não moral, e com nítidas fragilidades em sua passagem da teoria para a prática. O que, no campo da

---

<sup>517</sup> SPIELTHENNER, 2015, p. 278.

bioética, implicou na adoção de diferentes concepções de paciente autônomo ao deslocar o foco dos prestadores de cuidados para o paciente nos contextos de suas preferências e tomada de decisão.

Duas teorias serviram para demonstrar este esforço no campo da ética biomédica: o respeito pelas pessoas, do Relatório Belmont, e o Princípio da Permissão, de H. Tristram Engelhardt, Jr., dois modos diferentes de apropriação da noção de autonomia pessoal. Dois casos que põem em relevo a diferença de tratar um princípio como não absoluto, no caso do relatório Belmont, e como absoluto, no caso do Princípio de Permissão.

Deste ponto chegamos ao princípio de Respeito a Autonomia, de Beauchamp e Childress. E neste capítulo analisaremos: (1) a conceitualização da autonomia pelo afastamento de algumas teorias substanciais; (2) a especificação em regras do princípio de autonomia; e (3) a avaliação do instrumento de afirmação prática do respeito à autonomia do paciente, conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tendo analisado esses itens, ficará distinguível a natureza e o conteúdo do princípio da ética biomédica prescrita pelos dois autores.

### **3.1 Origem e natureza do princípio de Respeito à Autonomia**

A análise quanto à origem, natureza e força normativa do princípio de Respeito à Autonomia se mostra mais produtiva pela exploração inicial de alguns afastamentos que os autores deste princípio tomam das concepções substantivas de autonomia. Algumas destas, inclusive, apresentadas no primeiro capítulo, por causa da indicação de Beauchamp e Childress como teorias influentes sobre a formulação de seu princípio. Tais afastamentos, pela via negativa, são significativos, pois depuram o que os autores entendem como autonomia fornecendo-lhes, posteriormente, condições de passar ao processo positivo de especificação e de justificação do conceito abstrato, autonomia, propiciando, assim, empregar valor normativo e prático às regras e normas biomédicas mais adequadas a uma teoria de ética biomédica.

Como se tem insistido por toda a discussão, é tarefa distintiva da bioética avaliar e fornecer normas e regras, de modo que as práticas biomédicas sejam reguladas por práticas eticamente adequadas aos valores humanos e ao contexto da prestação de serviços de saúde, inclusive, uma conjuntura imersa a muita conflitividade.

A teoria moral tem papel crucial na produção de soluções para o campo da bioética e, para tanto, uma tarefa penosa, que gera desconfiança quanto ao sucesso no alcance da coerência entre princípios e práticas particulares, é a tradução de concepções e ideais de autonomia, em

razão de práticas para o agir de profissionais, os quais nem sempre estão familiarizados com a gramática ética requerida ao exercício de sua ciência e prática.

A especificação de princípios é o que habilita uma teoria a fazer uso prático de um princípio abstrato, o que ocorre pela via de sua redução a critérios consistentes, para posterior manejo na ação profissional, por meio de uma harmonia prévia ao conteúdo normativo do princípio abstrato.

Todos nós que acreditamos nos princípios da bioética estamos cientes de que os princípios genuínos carecem de substância moral diretiva e específica até que tenham sido especificados para fins particulares. Os princípios não especificados são necessariamente gerais; como tal, são aplicáveis a (governo) uma ampla gama de circunstâncias. À medida que o território regido por um princípio é restringido (as condições se tornam mais específicas - por exemplo, mudando de "todas as pessoas" para "todas as pessoas adultas"), torna-se cada vez menos provável que uma norma possa ser qualificada como um princípio. Um princípio, então, deve por sua própria natureza ser altamente abstrato e de especificidade severamente limitada.<sup>518</sup>

Esta clareza promovida pela especificação se encontra ausente na postulação de Respeito pelas pessoas do Relatório Belmont. O princípio apresentado pelo relatório se limita a configurar a pessoa autônoma, sustentação do consentimento livre e esclarecido, como aquela capaz de deliberar sobre objetivos pessoais e de agir sob a direção de tal deliberação. Mas quem é este indivíduo no serviço de saúde pelo qual a pessoa que busca pelo atendimento médico sofre de algum tipo de declínio, seja de ordem executiva (habilidade) ou decisória (competência)? Um prisioneiro que tem competência para tomar suas próprias decisões, mas que se encontra com a liberdade executiva restringida dever ser enquadrado como um autônomo ou não? Neste caso, como os serviços de saúde, que assumem o respeito pelas pessoas tal e qual como formulado pelo relatório Belmont, devem se relacionar, por exemplo, com a pessoa encarcerada?

Apesar de contraproducente, alguns podem entender o prisioneiro como um não autônomo, uma vez que esta pessoa se encontra tutelada nas mais diferentes condições de subsistência, tais como alimentação, lazer, contato com familiares e amigos, acesso a bens culturais, entre outros. Encarcerados são um bom exemplo de pessoas que, quando se encontram sobre a assistência de saúde do Estado, a tendência é de que qualquer autonomia destes indivíduos seja ainda mais esvaziada, por ações paternalistas justificadas sobre a alegada responsabilidade institucional sobre suas integridades física, psicológica ou social.

---

<sup>518</sup> BEAUCHAMP, 1997, p. 98. [grifo do original]

Por isso, a insistência de que um caminho inegociável para a especificação de princípios é a depuração do conceito abstrato em normas diretivas para a ação. E a especificação é a transposição da ideia regulativa, o conteúdo do princípio, em uma norma básica, com instrução objetiva para a ação moral. Uma distinção importante, explicada por Maliandi e Thüer (2008) da seguinte maneira:

[existe] uma distinção entre *regras* e *princípios* segundo o nível de especificação e justificação que cada um promove. As regras guiam e justificam ações particulares (em medicina, por exemplo, uma regra moral é não atuar sem o consentimento do paciente). Os princípios abarcam um nível mais geral de justificação”<sup>519</sup>.

O princípio é o sentido e razão fundamental para agir de um jeito ou de outro. Enquanto a norma ou a regra, o modelo descritivo da ação, a sua forma. E a transposição do princípio geral para regras diretivas se inicia pela insubstituível clarificação dos termos e significados do princípio. Porquanto, assim como acontece em outros campos epistemológicos, também em bioética “cada noção é indeterminada até nova especificação e cada uma pode ser usada apenas como um guia para os filósofos na construção de uma teoria”<sup>520</sup>, o que não é diferente com o princípio da autonomia.

A pergunta a se fazer quanto a tal necessidade epistemológica é: em que sentido este princípio abstrato pode performar uma teoria prática diariamente desafiada por inúmeros contextos, tais como a crescente impessoalidade nos cuidados médicos; a resistência, relutância ou incompetência do corpo clínico para a prática de regras bioéticas; o acelerado avanço de pesquisas biomédicas e a introdução de mecanismos tecnológicos em sua prática; e a gestão da medicina por órgãos, instituições e agências alheios aos conflitos que ocorrem na ponta da prestação dos serviços de saúde?

Para efeito do mapeamento conceitual do princípio de Respeito à Autonomia, a sua elucidação inicial se mostrou mais produtiva pela avaliação dos afastamentos que Beauchamp e Childress realizaram de importantes teorias da autonomia. Chama a atenção o fato de os autores não se mostrarem excessivamente preocupados com as condições de personalidade ou com o que torna uma pessoa autônoma. Antes, presumiram que todo paciente seja considerado como uma pessoa autônoma, uma vez que reconhecem que, mesmo pessoas autônomas, por vezes, “não conseguem agir autonomamente por causa de restrições temporárias causada por doença ou depressão, ignorância circunstancial, coerção ou outras condições que restringem

<sup>519</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 64. [grifo do original]

<sup>520</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 80.

opções”<sup>521</sup>. Limitações de diferentes ordens, importantes ou não ao conflito que precisa ponderar, mas que no entanto, justificaria tomar o indivíduo como não autônomo, se avaliado sobre requisitos restritivos, como aqueles que aparecem nas teorias contemporâneas da autonomia.

Beauchamp e Childress partem deste ponto, ao constatarem que práticas que partiram de uma concepção com os altos padrões para a autonomia falharam, ao classificarem um número grande de pacientes como incompetentes para tomar suas próprias decisões. Como anunciado, padrões muito exigentes de autonomia criam problemas como aqueles relacionados à teoria de Engelhardt, na circunstância em que introduz uma distinção entre “pessoas” e “pessoas no sentido social”, sendo essas últimas:

(1) seres humanos que no passado eram pessoas no sentido estrito (por exemplo, indivíduos que agora sofrem do mal de Alzheimer em estágio avançado); (2) seres humanos que provavelmente se tornarão pessoas e entraram em um papel social que lhes dá condição social especial (por exemplo, os bebês); e (3) os seres humanos que não se tornaram e jamais se tornarão, pessoas no sentido estrito da expressão (por exemplo, os deficientes mentais).<sup>522</sup>

Essa distinção que deposita a autoridade moral sobre a agência de alguns, por considerar que haja “um sentido da pessoa como agente moral, que chamarei de pessoa em sentido estrito”<sup>523</sup>, deixa as “pessoas em sentido social”<sup>524</sup> à mercê das determinações morais daquelas, produzindo os riscos associados à violação de direitos humanos, como aqueles observados ao longo do século XX. Para Engelhardt (2008), somente as pessoas em sentido estrito são capazes de fazer acordos e “os agentes morais humanos são entidades que fazem acordo, inclusive, acordos obrigatórios no tempo”<sup>525</sup>. Portanto, somente as pessoas em sentido estrito são agentes morais enquanto autônomos. Isto é, pessoas racionalmente capacitadas a fazerem escolhas e respeitarem as escolhas de seus iguais. Mas, “uma dificuldade central é que a autonomia racional (seja como for concebida) é mais exigente cognitivamente do que uma concepção de autonomia individual como mera escolha pura”<sup>526</sup> arriscando-se tornar um padrão inatingível para pessoas comuns.

---

<sup>521</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 80.

<sup>522</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 188.

<sup>523</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 190.

<sup>524</sup> Para o filósofo, pessoas em sentido social “não são pessoas em qualquer sentido estrito. No entanto, muita gente se preocupa em atribuir-lhe diversos direitos dos quais normalmente desfrutam as pessoas adultas. No caso das regras contra mutilar ou ferir, mas não matar fetos e bebês, é possível apresentar uma justificação de nossas preocupações morais em termos do respeito pela futura pessoa que o feto ou bebê provavelmente virá a ser”. ENGELHARDT, 2008, p. 185.

<sup>525</sup> ENGELHARDT, 2008, p. 195.

<sup>526</sup> MANSON; O’NEILL, 2007, p. 21.

E esse tipo de fragilidade ocorre porque o conceito de pessoa, no qual Engelhard (2008) ancora o estatuto moral, se constitui bastante robusto e, portanto, amplamente restritivo, exigindo do filósofo a estabilidade da coerência, ao definir requisitos morais para a fundamentação de sua bioética. Se, para o filósofo, “a moral secular não teria conteúdos concretos, somente procedimentos deduzidos do princípio básico da moralidade do respeito mútuo, fundamentada numa necessidade intelectual”<sup>527</sup>, e, então, se

(...) a autonomia individual é vista como fundamental à ética, mas apenas como uma questão de escolha, então as únicas restrições permissíveis à escolha serão aquelas exigidas para proteger a autonomia individual dos outros. Todas as escolhas que deixam a autonomia dos outros intacta – por mais bizarras, autodestrutivas, ofensivas e degradantes – serão permitidas, e as restrições a elas serão inaceitáveis. Nada será proibido ou inaceitável entre adultos consentidos.<sup>528</sup>

Então, por coerência, os que endossam este tipo de individualismo ético, monístico, não poderão intervir sobre práticas como “o canibalismo consensual, os mercados de partes de corpos humanos ou ações que degradam os outros, mesmo com o seu consentimento (arremesso de anão, sadismo consensual)”<sup>529</sup>, o que merece ser questionado e rejeitado por uma comunidade que reconhece a dignidade humana como fundamento ético.

Em suma, pode-se dizer que a teoria de Engelhard é uma ética para os poderosos, os que podem fazer acordos, deixando as demais pessoas confiadas à caridade privada, segundo os acordos dos consentidos, as pessoas em sentido estrito. É por causa deste tipo de implicação que Beauchamp e Childress se preocuparam em afastar teorias muito robustas ou substantivas da autonomia pessoal. E um dos afastamentos ocorreu por meio das críticas que fizeram às teorias da liberdade pessoal e da autonomia, as quais foram identificadas como sendo de Gerald Dworkin e Harry Frankfurt, respectivamente.

Foi observado anteriormente que a característica comum a ambas as teorias é que nelas a pessoalidade se identifica com uma forma de autoconsciência e que esta envolve a autorreflexão distanciada dos desejos imediatos, os quais são chamados desejos de primeira ordem, o que difere, intrinsecamente, animais de pessoas. Segundo os autores, os julgamentos são realizados por desejos, preferências e volições de segunda ordem, assim, “os estados mentais de segunda ordem têm os estados mentais de primeira ordem como seus objetos intencionais e as preferências consideradas são aquelas formadas sobre os desejos e crenças de

<sup>527</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 235.

<sup>528</sup> MANSON; O'NEILL, 2007, p. 20.

<sup>529</sup> MANSON; O'NEILL, 2007, p. 20.

primeira ordem”<sup>530</sup>. Ao repudiar racionalmente o desejo de primeira ordem, a ação cumprida pela preferência de segunda ordem é caracterizada como escolha da pessoa autônoma tratando-se, portanto, de uma teoria “relacionada à independência processual”<sup>531</sup> em que o eu seja retratado como uma entidade dividida entre dois desejos. Mas qual seria o problema desta teoria?

Se, para serem autônomos, os desejos de uma ordem inferior devem ser identificados com um nível superior, parece lógico afirmar que esses desejos de ordem superior também devem ser autônomos, no sentido em que devem ser identificados com um nível ainda mais alto.<sup>532</sup>

Contudo, como saber se o desejo de segunda ordem é realmente autônomo? A resposta a esta pergunta sugere o início de um processo de regressão infinita dos níveis de desejo, o que se torna no mínimo bastante problemático.

Se uma mulher se ressentir de seu desejo de comer menos um saco inteiro de biscoitos, porque ela realmente quer perder peso, pode-se perguntar se esse desejo de perder peso é ou não autônomo. Talvez, em um nível ainda mais alto, ela sinta que não deveria querer perder peso, porque só o faria para se encaixar em algum ideal cultural de beleza feminina. Talvez seu desejo de ser mais magra não seja autônomo, mas o produto da socialização e doutrinação de anúncios e comerciais de televisão.<sup>533</sup>

Sabendo da dificuldade, a fim de evitar um regresso infinito, Frankfurt argumenta que o desejo de segunda ordem é aquele que alguém tem “quando quer simplesmente ter um certo desejo ou quando quer que um certo desejo seja a sua vontade”<sup>534</sup> introduzindo um componente fraco de autenticidade do eu, afinal, e se a mulher do exemplo anterior quiser que seu desejo seja seguir padrões pouco saudáveis de magreza, os quais são estimulados pela cultura do corpo ideal? Ou se ela quiser se manter acima do peso, em faixas não saudáveis, para atender a atual reivindicação de amor-próprio, tão difundida pela cultura da aceitação?

Por outro lado, mesmo que Frankfurt diga que “a estrutura da vontade de uma pessoa pressupõe, portanto, que ela é um ser racional”, se assumido sobre forte componente ideal por seus intérpretes, uma vez que Frankfurt não delimita os conteúdos operativos da razão, o

(...) preço moral pago nessa teoria é que os indivíduos que não refletirem sobre seus desejos e preferências em um nível superior não merecem respeito por ações que

<sup>530</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 251.

<sup>531</sup> SCHERMER, 2012, p. 4.

<sup>532</sup> SCHERMER, 2012, p. 5.

<sup>533</sup> SCHERMER, 2012, p. 5.

<sup>534</sup> FRANKFURT, 2006, p. 32.

derivam de seus compromissos, desejos e preferências mais arraigadas. Existe o perigo de serem classificados como iguais aos animais.<sup>535</sup>

Nas decisões cotidianas, pessoas não se envolvem em reflexões detidas para que verifiquem se aceitam ou se elas se identificam com as estruturas motivacionais que fundamentam suas ações no mundo. Grosso modo, a grande maioria das pessoas não terá consciência de suas histórias motivacionais ou do condicionamento envolvido e, portanto, não fará nenhuma identificação reflexiva mais exigente na tomada de decisão, o que não quer dizer que estas pessoas não sejam autônomas.

Por outra conta, Julian Savulescu (1994) também defende um conteúdo robusto e restritivo de autonomia a partir da definição geral de autonomia como autogoverno ou autodeterminação, entendendo por autodeterminação a capacidade de “formar um plano de como a vida de uma pessoa deve passar no tempo, escolhendo um curso de acordo com o que julga melhor para si”<sup>536</sup>. Como ocorre com a dupla Frankfurt e Dworkin, o filósofo julga que a escolha autônoma envolve a apreciação por meio da pesagem e também da avaliação de alternativas disponíveis, bem como da seleção da alternativa que melhor se adequa ao julgamento de como a vida deve ser vivida.

A avaliação deve ser medida por três critérios: “(1) conhecimento de informações relevantes disponíveis sobre cada um dos estados de coisas A e B, (2) erros de lógica não relevantes e corretos na avaliação dessa informação, e (3) imaginação vívida de P de como cada estado de coisas seria para P”<sup>537</sup>. Em que A e B se trata de duas opções disponíveis para a escolha de uma pessoa identificada por P. Por esta métrica, a escolha que atende aos três requisitos é formada pelo que Savulescu considera como desejo racional.

Ponto controverso na teoria de Savulescu está na justificativa da diferença entre desejos expressos e desejos racionais. Delimitando que o desejo racional é aquele que só pode ser formado por crenças propriamente racionais, posto que, segundo o autor, ser “autônomo requer que uma pessoa tenha crenças racionais”<sup>538</sup> e, usando a negativa de transfusão de sangue por parte de Testemunhas de Jeová, o filósofo passa a alegar que trata-se de um desejo formado sobre crenças irracionais. Irracionalidade atestada por dois aspectos, já que “suas crenças particulares não respondem às evidências nem são interpretações consistentes do texto

---

<sup>535</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 91.

<sup>536</sup> SAVULESCU, 1994, p.193.

<sup>537</sup> SAVULESCU, 1994, p.194.

<sup>538</sup> SAVULESCU, 1997, p. 282.

bíblico”<sup>539</sup>. Duas falhas de racionalidade que ele julga serem compartilhadas por qualquer religião que evoque interpretações literais de textos religiosos. Tratando, portanto, por desejos irracionais, Julian Savulescu sugere que responsáveis e profissionais de saúde não tenham qualquer obrigação de respeito às escolhas realizadas por estes pacientes<sup>540</sup>, o que recebe objeção prudencial da parte de Beauchamp (2010):

O fato de adotarmos crenças e princípios derivados de formas de autoridade institucional não as impede de serem nossas crenças e princípios. Os indivíduos aceitam autonomamente noções morais que derivam de muitas formas de tradição cultural e autoridade institucional. Se a decisão da Testemunha pode ser legitimamente invalidada com base em uma ação não-autônoma, o mesmo pode acontecer com muitas escolhas orientadas institucionalmente. Minha hipótese é que uma teoria da autonomia que entra em conflito com essa suposição é uma teoria inaceitável e moralmente problemática.<sup>541</sup>

No entanto, ao instaurar tal objeção, é certo que Beauchamp não está afirmando que profissionais de saúde e cuidadores estejam moralmente obrigados a respeitar todas as escolhas pessoais como escolhas autônomas ou que profissionais biomédicos não devam interferir em escolhas de pacientes. O que ele faz é chamar a atenção para o fato de que a definição de desejo irracional de Julian Savulescu (1994) se mostra conceitual e empiricamente duvidosa e, portanto, arriscada por não proteger as escolhas diárias de pessoas comuns tratando as escolhas dessas pessoas como formadas sobre crenças não racionais, por elas não alcançarem o modelo ideal de avaliação muito mais identificado com a tarefa filosófica.

Além da exigência de uma alta conta de racionalidade nas avaliações morais, outro requisito que contaria desfavoravelmente, segundo a teoria de Savulescu (1994), seria o tipo de escolha, como as escolhas realizadas por religiosos, com a consideração de que a ação autônoma seja por natureza incompatível com a autoridade de governos, organizações religiosas e outras comunidades que prescrevam valores e comportamentos. Como aponta Beauchamp, “não existe inconsistência fundamental entre autonomia e autoridade se os indivíduos exercem sua autonomia ao optar por aceitar uma instituição, tradição ou comunidade que consideram uma fonte legítima de direção”<sup>542</sup>. É o que ocorre, por exemplo, quando um paciente aceita seguir a autoridade de um médico, de um psicólogo ou de um conselheiro de sua confiança. Em vista da

<sup>539</sup> SAVULESCU, 1997, p. 284. Amostras do que consideram “evidências” e “interpretações consistentes” são oferecidas na exposição dos dois autores responsáveis pelo artigo e, a quem interessar, sugere-se uma revisão do argumento geral presente nele.

<sup>540</sup> Considerando as discussões de epistemologia da religião, formação de crenças e adesão autêntica a crenças religiosas, uma crítica ao argumento de Julian Savulescu pode ser encontrada em: PUGH, 2020, p. 217-222.

<sup>541</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 82.

<sup>542</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 105.

diferença entre as posições de conhecimento entre os agentes e o modelo de organização social das sociedades contemporâneas,

[...] você pode até deixar que o próprio corpo médico decida qual conduta médica é apropriada para o tratamento de um determinado processo de enfermidade. De fato, na sociedade democrática, os cidadãos, ao elegerem seus representantes (legisladores), abrem mão da autonomia de primeira ordem, como a apresentação de projetos de lei, mas exercem sua autonomia de segunda ordem, porque escolhem quem vai escrever tais projetos. A decisão de renunciar a “parte” da autonomia não deve ser interpretada como um ato heterônomo, pois é o próprio sujeito interessado que, agindo com absoluta liberdade, decide renunciar às decisões de primeira ordem.<sup>543</sup>

Autoridade e autonomia tornam-se profundamente incompatíveis somente quando a voluntariedade de uma pessoa não se constitui como sustentáculo do exercício de outro em seu nome. “Quem decide se subordinar livremente a um médico perde a autonomia de primeira ordem porque exerce a autonomia de segunda, escolhendo com autonomia o profissional ao qual deseja se subordinar”<sup>544</sup>. Logo, mostra-se contraproducente assumir esta pessoa como uma não autônoma, ao abrir espaço ao risco real de não se reconhecer com a devida atenção às capacidades e perspectiva da pessoa concreta, incluindo objetivamente seu direito de advogar e controlar os seus assuntos e preferências.

A realística relação entre autoridade e autonomia tem aparecido recorrentemente nos escritos de autores que advogam o que chamam de autonomia relacional. Esta concepção apareceu por meio das críticas aos modelos de autonomia, como a vontade racional estando independente de fatores relacionados às emoções, à vida comunitária, aos contextos sociais, às realidades de interdependência, reciprocidade e desenvolvimento das pessoas ao longo de suas vidas e situada na cultura. Para autores como Rebecca Walker (2020), a autonomia relacional não é uma visão nova acerca da autonomia, “mas uma tendência geral de corretivos teóricos para visões indevidamente individualistas, presuntivas de independência ou capacidades de autonomia”<sup>545</sup>, aos moldes de um individualismo desencarnado e independente da experiência social de primeira pessoa. Estes autores defendem, portanto, que a autonomia relacional sustenta uma forma de tomada de decisão compartilhada, uma vez que objetivos e interesses individuais se tornam socialmente apoiados sem que os indivíduos percam sua autonomia, o que, segundo a autora, se mostra uma “forma robusta de respeito positivo pela autonomia”<sup>546</sup>.

<sup>543</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 217.

<sup>544</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 217.

<sup>545</sup> WALKER, 2020, p. 529.

<sup>546</sup> WALKER, 2020, p. 532.

Os médicos podem apoiar a tomada de decisão autônoma por meio da construção de relacionamentos com os pacientes, da oferta criteriosa de conselhos, do compartilhamento de seus valores e pontos de vista e da criação de contextos nos quais os pacientes podem tomar todas as decisões de que são capazes e interessados em tomar por si próprios. Dessa forma, a tomada de decisão compartilhada pode ser elogiosa como uma promoção do cuidado centrado no paciente, em particular, quando não se baseia em modelos problemáticos de pacientes altamente capacitados ou independentes.<sup>547</sup>

De fato, anunciada desta forma, a autonomia relacional não parece nova. Alguns de seus aspectos estão presentes nas defesas de filósofos, como Charles Taylor (2017), ao postular a autonomia pessoal enquanto capacidade de fazer escolhas, assim como postula Frankfurt, com a diferença de que tais escolhas são articuladas por distinções “entre o que é mais ou menos elevado, nobre ou vulgar, corajoso ou covarde, pleno ou fragmentado, e assim por diante”<sup>548</sup>, valores que se encontram articulados não somente por estados psicológicos mas também por ferramentas linguísticas e práticas associadas à interação social e cultural.

Só sou um *self* em relação a certos interlocutores: de um lado, em relação aos parceiros de conversação que foram essenciais para que eu alcançasse minha autodefinição; de outro, em relação aos que hoje são cruciais para a continuação da minha apreensão de linguagens de autocompreensão – e, como é natural, essas classes podem sobrepor-se. Só existe um *self* no âmbito do que denomino “redes de interlocução”.<sup>549</sup>

Para o filósofo, a identidade pessoal de alguém é definida a partir de onde esta pessoa fala e com quem ela fala, o que faz referência a uma comunidade definidora de valores sobre os quais a pessoa faz as suas escolhas e exerce sua autonomia, embora tais escolhas possam se configurar como um contraponto à comunidade a qual pertença. Portanto, são esses valores que transformam a vontade e estabelecem a agência autônoma na forma de uma vida julgada e experimentada como mais digna de ser vivida em referência direta à comunidade na qual se vive.

Mas, apesar de concederem espaço eticamente justificado para a autonomia relacional, Beauchamp e Childress argumentam que esta autonomia não pode negligenciar ou ocultar as principais características da autonomia, conforme defendida por eles. Isso ocorre, porque os autores consideram que as

(...) pessoas são interdependentes e estão em perigo de socialização opressora e relações sociais opressivas que prejudicam sua autonomia por condições que formam

---

<sup>547</sup> WALKER, 2020, p. 532.

<sup>548</sup> TAYLOR, 2007, p. 19.

<sup>549</sup> TAYLOR, 2011, p. 55.

indevidamente seus desejos, crenças, emoções e atitudes e impedem de forma inadequada o desenvolvimento das capacidades e competências essenciais para a autonomia.<sup>550</sup>

A influência indevida ocorre quando, por exemplo, uma pessoa sofre uma ampla categoria de influências que podem incluir atos de amor, ameaças, educação inadequada, mentiras, sugestões manipulativas e apelos emocionais que impactam distintivamente sobre suas escolhas. Todos os tipos de influência podem se tornar meios de coerção ou manipulação e, por este curso, tais influências impactam substancialmente sobre a voluntariedade da pessoa. Como nos é dito por um filósofo que Beauchamp e Childress referenciam em sua concepção de autonomia,

podemos reconhecer o direito [a autonomia] sem de forma alguma implicar que a autossuficiência, a independência e a separação dos outros são objetivos que vale a pena perseguir. Respeitar a autonomia das pessoas requer resistir à tentação de “tomar conta” de suas vidas sem o seu consentimento, mas não nega a ninguém a escolha de compartilhar com os outros, reconhecer sua dependência, aceitar conselhos, ou mesmo se sacrificar pelos interesses de outros. O direito à autonomia permite às pessoas algum espaço para fazer suas próprias escolhas; mas não dita quais devem ser essas escolhas.<sup>551</sup>

Nesta posição de Thomas Hill (1991), há uma indicação de qual caminho Beauchamp e Childress tomam para a análise da autonomia praticável em bioética. E, assim, podemos perguntar: como entender todo aquele afastamento que os autores empreendem das teorias substantivas da autonomia ou da pessoa autônoma?

Em suma, e aqui aparece a características mais importante da teoria, o que os autores propõem é que sua abordagem da autonomia está fiada à tomada de decisão, o que os “leva a concentrar na *escolha autônoma*, e não nas capacidades gerais de governança e autogestão”<sup>552</sup>, as quais são entendidas como derivação da presença de capacidades cognitivas com alto desempenho racional e radical independência contextual. E, como veremos, esta característica muda completamente o modo como entenderão o conteúdo prático da autonomia, pois, ao se concentrarem na escolha autônoma, explicitamente se afastam das teorias substantivas ou conceitualmente restritiva, como as que mostram em Isaiah Berlin, Joel Feinberg, Harry Frankfurt, Gerald Dworkin e no trabalho do próprio Immanuel Kant, a quem fazem referência no aprimoramento de sua teoria<sup>553</sup>.

---

<sup>550</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 106.

<sup>551</sup> HILL, 1991, p. 49.

<sup>552</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 102.

<sup>553</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 138.

Um ponto importante a se notar é que, mesmo os autores se afastando, tais referências são mantidas na discussão para que eles possam, a princípio, fazer o trabalho de especificação das normas biomédicas pela via negativa do afastamento. Mas o que os autores têm em mente, ao postularem a autonomia como um princípio bioético?

Em vez de descrever uma teoria ideal da autonomia, nossa análise se concentra em condições não ideais. Analisamos a ação autônoma em termos de seletores normais que agem (1) intencionalmente, (2) com entendimento e (3) sem controlar influências que determinam sua ação. Esse relato de autonomia é projetado especificamente para ser coerente com a premissa de que as escolhas cotidianas de pessoas geralmente competentes são autônomas.<sup>554</sup>

Apontando a análise da autonomia sobre condições não ideais, caráter distintivo da resposta bioética ao fenômeno moral, os autores reforçam que o emprego que realizam do conceito está circunscrito à tomada de decisão nos cuidados da saúde, uma dimensão prática da moral, na qual, dependendo da autonomia em perspectiva, torna-se inviável falar de um direito ou de dever de respeito à autonomia para a maior parte dos pacientes. Há, por esta ordem, uma preocupação com a aplicabilidade do valor autonomia que empurra a teoria de princípios de ética biomédica para o terreno especulativo que floresceu a partir da década de 1970: o das teorias procedimentais. Um tipo de paradigma que também se encontra na superfície dos trabalhos de Harry Frankfurt e Gerald Dworkin.

Nas teorias procedimentais é suficiente que os processos de raciocínio dos agentes satisfaçam certas condições formais e procedimentais para que os resultados desses processos (decisões, preferências e desejos) sejam considerados autônomos. Contas processuais são "neutras em relação ao conteúdo". Não existem crenças, objetivos ou valores específicos que o agente autônomo deva adotar. Nem existem quaisquer padrões ou condições externas ao agente que operam como pedras de toque do raciocínio autônomo ou colocam restrições no conteúdo das preferências e desejos dos agentes.<sup>555</sup>

Contudo, como veremos, não parece justo enquadrar a teoria de Beauchamp e Childress nos grupos das teorias procedimentais, embora os autores assumam o princípio da autonomia em uma perspectiva de teoria da ação, na qual os termos identificadores da moralidade de uma ação dizem respeito à correção desta ação em cumprir alguns critérios definidos pela formulação de seu paradigma de aplicabilidade. Mas este aspecto procedimental aparece somente na face mais visível da teoria e do princípio de Respeito à Autonomia.

---

<sup>554</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 104.

<sup>555</sup> STOJAR, 2007, p. 12. [grifo do original].

Parece-nos prudente caracterizar a teoria de Beauchamp e Childress também como uma teoria da ação, uma vez que o que está em vista neste princípio da autonomia é o ato objetivo de respeito, um tipo de ação devida a alguém, com base em uma concepção de autonomia. Respeitar algo ou alguém confere *status* moral para a circunscrição que fazem à autonomia, indicando, assim, os critérios necessários à identificação da existência de uma escolha autônoma ou heterônoma circunstancial. Dessa forma, identificar a teoria como uma teoria da ação se mostra razoável, uma vez que focalizamos que são as ações os indicadores privilegiados da prática moral nos termos do princípio de Respeito à Autonomia.

Nesse sentido, deve-se perguntar: que tipo de ente corresponde à ação? “A grande maioria dos filósofos concordaria em dizer que ações são *eventos*, mudanças de certo tipo iniciadas por um agente (humano ou não humano)”<sup>556</sup>. O desenvolvimento de uma teoria da ação humana é central para os diferentes ramos da filosofia prática, entre elas, a moral. É da natureza da filosofia moral lidar com normas e princípios que prescrevem ou avaliam as ações.

Uma questão fundamental que surge nessas disciplinas é: que tipo de ações ou quais aspectos das ações podem ser objetos de julgamentos de valor e regulamentação normativa, e qual é a relevância para tais julgamentos e normas de fatores que são coletados nas descrições e explicações de ações, como intenções, motivos, efeitos causais, etc. Um dos tópicos que iluminam consideravelmente a natureza ou justificativa dos princípios morais e das normas jurídicas é aquele que se refere ao conceito de razões para agir e à estrutura do raciocínio prático, ou seja, o raciocínio que leva à execução de uma ação.<sup>557</sup>

E, então, os autores precisam caracterizar o evento por meio da caracterização do curso da ação em que a escolha de um paciente possa ser enquadrada como autônoma. Como mencionado, três componentes participam da escolha autônoma circunscrita por Beauchamp e Childress: (a) intencionalidade; (b) compreensão; e (c) livre de influências controladoras. A análise desses componentes é parte do processo fundamental para a especificação do princípio de autonomia, por isso, o próximo subtítulo se dedicará a analisar os conteúdos e termos que cada um desempenha. A realização rigorosa de sua avaliação auxiliará posteriormente na resposta sobre quem deve decidir em um cenário médico particular: o doente, o médico, os familiares, o pesquisador, os órgãos gestores das práticas médicas ou outros interessados na saúde do paciente.

---

<sup>556</sup> LECLERC, 2014, p. 71. [grifo do original].

<sup>557</sup> NINO, 1987, p. 13.

### 3.2 A forma e o conteúdo da ação autônoma: intencionalidade, entendimento e ausência de influências

Feitos os afastamentos estratégicos das teorias política e ontológica da autonomia, bem como das teorias da pessoa autônoma, Beauchamp e Childress (1979) precisam demonstrar como estabelecer a autonomia como princípio produtivo de ética biomédica. E, para tanto, o esforço que se coloca diante deles é o de como assumir uma concepção abstrata da autonomia transformando-a em um paradigma prático. Afinal, em tese, mesmo que não se preocupem com as teorias substantivas da autonomia, eles precisam fornecer um conteúdo moral a ser traduzido em normas e protocolos bioéticos.

Há pelo menos duas “maneiras possíveis de se conectar princípios e julgamentos particulares – especificação e equilíbrio – [estas] abordam duas dimensões distintas (mas inseparáveis) das normas – seu significado, alcance e escopo, por um lado, e seu peso ou força, por outro”<sup>558</sup>. E o trabalho de especificação e equilíbrio<sup>559</sup> dos princípios faz com que a teoria dos autores seja reconhecida como “o primeiro intuito de tratar de modo sistemático e ordenado os diferentes problemas éticos-médicos práticos que se apresentam tanto nas investigações biomédicas como na atividade direta de assistência médica”<sup>560</sup>, ao traduzirem-se princípios gerais em normas aplicáveis à rotina de assistência e pesquisa biomédica. Dizem os autores sobre os princípios gerais da moralidade:

Toda norma geral – na verdade, a própria moralidade – contém regiões de indeterminabilidade que precisam ser reduzidas mediante maiores desenvolvimentos e enriquecimentos. Se queremos que os princípios [...] tenham conteúdo suficiente, devemos ser capazes de especificar esse conteúdo de um modo que vá além do abstracionismo etéreo, indicando, ao mesmo tempo, a que casos se aplicam propriamente os princípios. Quando um princípio não possui especificidade suficiente, ele é vazio e ineficaz.<sup>561</sup>

Para Henry S. Richardson (2000), a especificação ou a particularização dos princípios, é um modo de interpretá-los, a fim de fornecer normas e regras diretivas devidamente vinculadas ao conteúdo geral do princípio do qual essas normas são especificadas. É um modo

---

<sup>558</sup> CHILDRESS, 2009, p. 70.

<sup>559</sup> Equilibrar princípios pressupõe uma certa concepção de peso ou força das normas morais presentes na concepção de princípios *prima facie*. Todos esses princípios são prescritivos e “a atribuição de pesos ou prioridades ocorre na situação, não através de formulação abstratas *a priori*”. CHILDRESS, 2009, p. 73. Como esta pesquisa analisa somente um dos princípios, a autonomia, não haverá espaço para o recurso de equilíbrio entre os quatro princípios que compõem a teoria biomédica de Beauchamp e Childress: respeito à autonomia; não maleficência; beneficência; e justiça.

<sup>560</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 110.

<sup>561</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 45.

de refiná-los à luz de objetivos concretos da rotina de pesquisa e assistência biomédica. Dito de outra maneira, especificação se

(...) trata do processo mediante o qual as normas gerais ou princípios se traduzem ou se concretizam em normas específicas que governam situações particulares. Assim, o princípio de respeito pela autonomia especifica-se em normas que obrigam a respeitar a intimidade, a guardar o segredo e a não intervir com um paciente competente sem seu consentimento informado.<sup>562</sup>

Um exemplo típico de especificação do princípio de Respeito à Autonomia é conferir-lhe o conteúdo “siga a diretiva antecipada de um paciente sempre que for clara e relevante”. ou seja, acolha a orientação do paciente sempre que ela for procedente e adequada. Como se constata, a indeterminação do princípio, diante do contexto de sua aplicação, respeita a autonomia do paciente, diminuindo consideravelmente a sua indeterminação prática ao fornecer uma orientação diretiva para os profissionais de saúde. Assim, pela especificação,

o cumprimento dos compromissos das normas com as quais se inicia é realizado estreitando o alcance das normas. Esse processo envolve, como Henry Richardson coloca, ‘explicitar onde, quando, por que, como, por que meios, para quem ou por quem a ação deve ser feita ou evitada’.<sup>563</sup>

A especificação é então a explicitação do significado, do alcance e do escopo de um princípio que, sem este processo, se mostra indeterminado e geral por sua forma abstrata. Por isso, a especificação é o meio própria de fornecer conteúdo objetivo ao princípio, na forma de regras, normas ou leis, ao apresentar tais regras como orientações concretas ao agir, diminuindo conflitos entre princípios, ao lhes conferir mais detalhamento de aplicabilidade; e caracteriza as exceções às máximas e regras práticas originadas no processo.

Outro exemplo de especificação do princípio de autonomia é a regra contra a mentira, seja ela no ato intencional de falsificar uma informação ou na omissão de informações importantes ao caso em julgamento, já que a verdade é um dos componentes essenciais no entendimento do termos em disputa e no fornecimento de um consentimento livre e esclarecido por parte do paciente.

No caso do princípio de Respeito à Autonomia, é preciso saber qual autonomia os autores se esforçam em clarificar, na forma de normas e regras biomédicas. Parte do esclarecimento ocorre quando tais autores dizem que, diferentemente do autogoverno político,

o

---

<sup>562</sup> FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 126.

<sup>563</sup> BEAUCHAMP, 2003, p. 269.

(...) governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas.<sup>564</sup>

A partir da tradição de autonomia examinada e sem maiores questionamentos ao conteúdo do agir livre e da autodeterminação, dois traços que reconhecem o indivíduo autônomo, os autores se direcionam ao escopo da ação livre, comunicada sobre a base evidente dos interesses e planos do paciente ou sujeito de pesquisa. E, para tanto, eles precisam caracterizar e justificar o que seja a ação livre moralmente coerente com o escopo do princípio de autonomia especificado pelos autores como sendo “uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas”<sup>565</sup>. Isso porque “os critérios apropriados da autonomia substancial devem ser contemplados em contextos particulares, e não determinados por uma teoria geral do que constitua um grau de autonomia substancial”<sup>566</sup>. E, segundo os autores, este primeiro critério apropriado é o *status* de “respeito a” ligado à suposição moderna de que pessoa e autonomia se encontram intrinsecamente ligadas.

Ao introduzir a concepção de respeito à autonomia do paciente, Beauchamp e Childress introduzem a linguagem propriamente moral ao universo das reivindicações associadas à autonomia individual. Respeitar a autonomia é respeitar o direito pessoal à autodeterminação, neste caso, à autodeterminação associada aos bens de saúde. Trata-se da defesa do respeito a uma consciência particular e do direito desta consciência à sua autodeterminação, em coerência com a eleição de uma ação, o que eles consideram moralmente bom. Enfim, “o *princípio da autonomia* baseia-se no reconhecimento do direito à autodeterminação, que cabe ao paciente ser tratado como um agente moral autônomo com capacidade de autorregulação e de decisão final, em todos os atos relativos à sua saúde”<sup>567</sup>.

Este princípio contém os direitos essenciais do paciente: liberdade de expressar opinião e decidir, solicitar informações, consentimento de sua parte para a realização de determinados procedimentos, possibilidade de iniciar, interromper ou suspender determinado tratamento quando considerar que não é benéfico para sua saúde, escolha livremente da qualidade de sua vida quando sofrer de doenças malignas.<sup>568</sup>

Posto desta forma, é necessário ainda continuar a especificação do conteúdo que se mostra apenas normativo. E preciso demonstrar os termos de sua prescritividade fornecendo

<sup>564</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 138.

<sup>565</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 56.

<sup>566</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 141.

<sup>567</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 79. [grifo do original].

<sup>568</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 80.

precisão à forma de suas normas e regras em relação aos contextos de aplicação. Como foi antecedido, intencionalidade, entendimento e ausência de influências configuram a ação livre e, segundo estes dois bioeticistas, este “relato de autonomia é projetado especificamente para ser coerente com a premissa de que as escolhas cotidianas de pessoas geralmente competentes são autônomas”<sup>569</sup>. E também acrescentando a competência à tríade de indicadores da ação livre, competência a qual nada mais é do que a capacidade que a pessoa possui para consentir com os termos do seu tratamento de saúde, na perspectiva de que “as pessoas organizam a sua vida com base em um conjunto de valores, interesses, objetivos e crenças. O exercício da autonomia depende da capacidade do indivíduo em tomar suas próprias decisões de forma coerente e integrada”<sup>570</sup>.

A capacidade de alguém de consentir com algo pode ser abordada sob diferentes critérios filosóficos, psicológicos, morais ou jurídico-políticos. No Brasil, por exemplo, a lei prescreve a competência associada à maioridade civil que, neste caso, é de 18 anos. É nesta idade que a pessoa fica habilitada para a prática de todos os atos da vida civil, sem a necessidade de assistência por um representante legal. Aos dezoito anos, um indivíduo se torna emancipado e, por isso, agente de sua própria vida enquanto cidadão de um país.

Sobre o interesse do que é abordado, trataremos aqui da caracterização dos componentes que integram os determinantes de uma ação que possa ser considerada autônoma, isto porque

paradoxalmente, as ações autônomas podem ser realizadas não apenas por pessoas autônomas - aquelas que geralmente, mas nem sempre, agem de forma autônoma - mas também (em algumas ocasiões) por pessoas não autônomas - aquelas que geralmente, mas nem sempre, deixam de agir de forma autônoma. Pessoas autônomas são os tipos de pessoas que se qualificam para escolher e consentir precisamente porque são autônomas.<sup>571</sup>

Esse paradoxo pode ser reconhecido na experiência cotidiana de pessoas com autonomia reduzida. Há, por exemplo, o caso daquelas que são hospitalizadas involuntariamente, por causa de períodos de confusão mental e de perda de memória, mas que, na maior parte do tempo, são capazes de realizar tarefas comuns. Nesses casos, “conceito de *incapacidade específica* tem sido invocado para evitar que generalizações vagas sobre a capacidade excluam as pessoas de todas as decisões”<sup>572</sup>, principalmente, aquelas mais comuns ao dia a dia de um tratamento.

---

<sup>569</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 104.

<sup>570</sup> CLOTET, 2000, p. 57.

<sup>571</sup> FADEN; BEAUCHAMP 1986, p. 235.

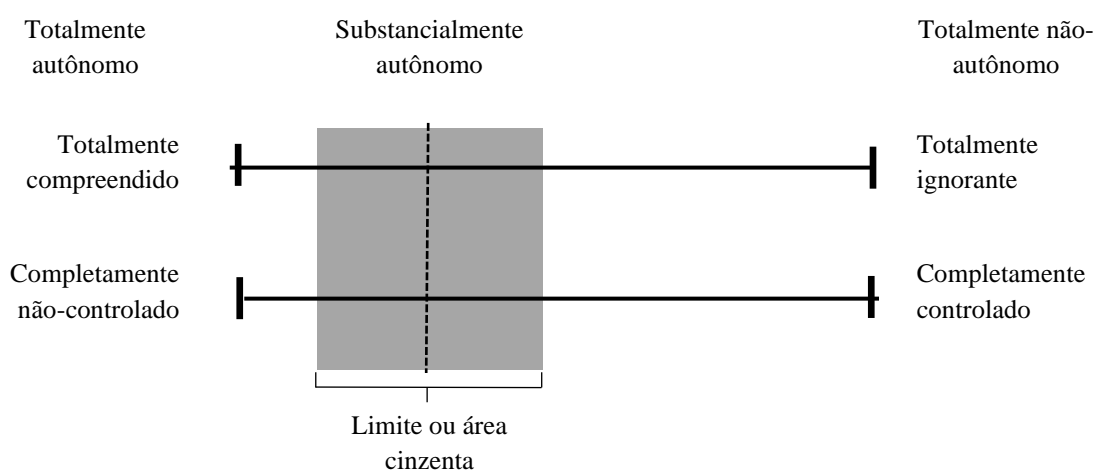
<sup>572</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 153. [grifo do original].

Por outro lado, pode haver também uma pessoa autônoma qualificada para assinar um termo de consentimento, mas que, ao fazê-lo sem compreender bem o seu conteúdo, descobre posteriormente que agiu do modo que não pretendia. Uma pessoa autônoma pode deixar de agir de forma autônoma em uma situação específica, se estiver “sobrecarregada por novas informações, ignorante, manipulada por uma apresentação inteligente de dados, e assim por diante”<sup>573</sup>. Essas nuances explicam por que os autores estão interessados em analisar a ação autônoma, em lugar da pessoa autônoma.

Além disso, ao introduzir tais componentes para a caracterização da ação autônoma, os autores projetam uma teoria em que a autonomia passa a ser compreendida por grau (Figura 1). Como veremos, a intencionalidade é absoluta ou não, pois os atos são intencionais ou não, mas a compreensão e a ausência de influências admitem graus, uma vez que as decisões são tomadas em contextos determinados pelos ambientes e pelas práticas médicas, bem como em contextos com a realidade de saúde do paciente.

As ações são autônomas em graus, em função de satisfazer essas condições em diferentes graus. Para ambas as condições, um *continuum* vai do totalmente presente ao totalmente ausente. Por exemplo, as crianças exibem diferentes graus de compreensão em várias idades, bem como diferentes capacidades de independência e resistência às tentativas de influenciar. Essa afirmação de que as ações são autônomas em graus é uma consequência inevitável de um compromisso com a visão de que duas das condições necessárias para a autonomia são satisfeitas em graus.<sup>574</sup>

Figura 1 - Graus de autonomia de ações intencionais



Fonte: FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 239

<sup>573</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 237.

<sup>574</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 88.

Para uma análise mais rigorosa, avaliaremos, a partir deste ponto, cada um dos componentes da ação autônoma e o primeiro diz respeito à intencionalidade do ato, o único componente que não admite grau.

### 3.2.1 O conteúdo e o papel da intencionalidade

A intenção é o que torna a ação moral diferente de qualquer outro evento na natureza. A intenção revela a racionalidade por detrás da ação enquanto pressupõe a representação de algo que tem o propósito de realizar. No ato, a escolha é imputada como questão de responsabilidade do agente, inclusive, quando o resultado não foi intencional. E dois aspectos se mantêm atinentes a esta ação: “um interno, relacionado ao agente, e outro externo, de natureza causal e que vincula a transformação de uma situação objetiva à vontade do agente”<sup>575</sup>. A ação intencional altera o *status* das coisas no mundo.

As literaturas psicológicas e filosóficas estão repletas de diversas análises da ação intencional que tratam a noção como sinônima ou coextensiva com ações diversamente descritas como volitivas, deliberadas, autorreguladas, autocontroladas, requeridas, voluntárias, fundamentadas, direcionadas a um objetivo, planejadas ou instrumentais.<sup>576</sup>

Apesar das diferentes noções associadas à intencionalidade, uma característica comum relacionada ao seu relato é a de que atos intencionais requerem planos integrando, assim, os aspectos cognitivos do indivíduo a um plano de ação objetivo. Dessa forma, “a relação entre a ação intencional e os planos de ação é direta. Para que um ato seja intencional, ele deve corresponder à concepção do ator - seu plano - do ato em questão (embora um resultado planejado possa não se materializar)”<sup>577</sup>. Outra característica é que a intenção também envolve um comprometimento forte do agente, ao contrário do simples desejo.

Podemos desejar coisas impossíveis ou contraditórias, mesmo sabendo que elas são impossíveis e contraditórias. Posso desejar nunca morrer, ou desejar que a aritmética seja completa. É só por ignorância que podemos ter a intenção de nunca morrer ou de demonstrar a completude da aritmética.<sup>578</sup>

---

<sup>575</sup> ESTÉVEZ, 2008, p. 121.

<sup>576</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 242.

<sup>577</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 242.

<sup>578</sup> LECLERC, 2014, p. 75.

A intenção fornece a ação à pessoa, já que requisita um agente minimamente racional que seja capaz de avaliar moralmente o melhor curso da ação elegida. Por óbvio, este tipo de avaliação requer crenças morais, mas também conhecimento do contexto que envolve a sua deliberação e, por isso, conhecimento na forma de entendimento é um dos outros dois requisitos para a consecução da ação livre.

Um ato também pode ser não intencional, mas parece contraproducente afirmar que, havendo uma intenção, ele possa ser considerado não intencional. O que se pode dizer é que, associados a um ato primário, aquele propriamente requerido, alguns outros atos, estes sim não intencionais, possam estar associados como quando alguém, para tirar um anel de dentro de uma canaleta, tem a sua mão molhada. O ato de molhar a mão, neste caso, não é intencional, mas não parece adequado falar de graus de intencionalidade. Ruth R. Faden e Tom L. Beauchamp (1986) concordam conosco ao explicar:

Não está claro o que (se é que alguma coisa) tornaria as ações mais ou menos intencionais, embora existam duas bases não totalmente implausíveis para explicar a ideia de graus de ação intencional. Estes são *atenção plena de vontade e correspondência com um plano de ação*. De acordo com a primeira - atenção plena ao querer - os atos são mais ou menos intencionais, de acordo com o quão enfaticamente a vontade está trabalhando ao expressá-los. Ações menos intencionais são em certo grau executadas automaticamente, com pouca ou nenhuma consciência cognitiva.<sup>579</sup>

A diferença na atenção plena da vontade pode ser explicada pela diferença no ato de dirigir do aprendiz e do motorista experiente. Não há dúvida de que o aprendiz emprega o mais alto grau de concentração, consciência ativa e deliberação durante seu ato de dirigir, o que não ocorre com o motorista experiente que passa a cumprir pequenos atos de direção de modo quase automático e, de fato, sem pensar. Mas, ainda assim, não parece assertivo dizer que este motorista dirige sem intenção. Quanto ao plano de ação, é muito claro que os dois motoristas estão alinhados quanto ao motivo da chegada a um lugar previsto, no ato da condução do veículo, mesmo que, durante o curso da ação, o plano mude por alguma circunstância. Uma ação pode mudar em relação ao plano inicial, por razões triviais, contudo, sem alterar substancialmente o caráter do ato planejado. Assim:

Até que ponto um ato intencional é deliberado pode muito bem ser medido por critérios de consciência, reflexividade e correspondência com um plano de ação. Mas mesmo atos comparativamente não deliberados, como quebrar ou acionar automaticamente um interruptor de luz, podem ainda ser intencionais exatamente nos mesmos aspectos que ações deliberadas como consentir em uma cirurgia.<sup>580</sup>

---

<sup>579</sup> FADEN; BEAUCHAMP 1986, p. 247.

<sup>580</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 248.

Por esses motivos parece adequado dizer que, principalmente em ação moral, não há espaço para se argumentar em favor de intenção em graus. Um ato é quisto ou não quisto, intencional ou não intencional, mesmo que o seu resultado não seja provisionado por seu plano de ação.

### 3.2.2 O conteúdo e o papel do entendimento

Para uma ação ser autônoma, o agente precisa ter a compreensão acerca do que está em jogo na decisão tomada e nos custos de sua efetiva execução. Pode-se dizer que uma pessoa entende uma ação sugerida ou necessária, se “a pessoa apreende corretamente todas as proposições que descrevem corretamente a natureza da ação e as consequências previsíveis ou possíveis resultados que podem ocorrer como resultado da execução ou não da ação”<sup>581</sup>. Esta descrição equivale aos fatos centrais e a outras descrições gerais e ela pode ocorrer em grau, se em relação à soma de detalhes de todo o evento. Em saúde, tais informações dizem respeito: aos diagnósticos, aos prognósticos, à natureza e ao propósito da intervenção, como também às alternativas a ela, aos riscos e aos benefícios, e às recomendações essenciais relativas à terapêutica escolhida.

Dito desta forma, parece simples compreender o entendimento, mas a verdade é que, na experiência da pesquisa e na assistência em saúde, muitas equipes médicas se deparam com pacientes com uma base de conhecimento tão limitada que comunicar qualquer novo procedimento de uma área tão especializada, como a medicina, se torna uma tarefa objetivamente árdua. O caminho para dirimir tal dificuldade se encontra nos profissionais médicos que precisam exercitar a comunicação bem-sucedida de informações especializadas às pessoas comuns. É preciso reaprender a se comunicar.

O esforço é cumprido, quando os profissionais de saúde entendem a importância e o direito do paciente de participar ativamente de cada etapa do tratamento de saúde que receberá, lembrando que “os benefícios da prática médica não estão ligados somente às capacidades técnicas do médico, mas também que a própria palavra do médico exerce um resultado terapêutico importante”<sup>582</sup>, para o bem ou para o mal. E, assim, não será necessário um entendimento robusto do processo terapêutico, mas apenas aquele necessário e determinante ao entendimento da natureza e do propósito da intervenção, das opções disponíveis ao tratamento, bem como dos potenciais aspectos positivos e negativos nas escolhas disponíveis, inclusive “o

---

<sup>581</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 85.

<sup>582</sup> DOHMS, 2014, p. n.p. [livro eletrônico].

paciente deve ser informado do provável curso a ser seguido pela sua doença, se ele eleger não receber qualquer tipo de tratamento”<sup>583</sup>.

Um dado importante que se deve ter em mente é que vários fatores contribuem para uma compreensão limitada no processo deliberativo do paciente. Capacidades cognitivas são alguns deles, mas também determinadas disposições psicológicas.

Alguns pacientes e sujeitos são calmos, atentos e ávidos pelo diálogo, enquanto outros estão nervosos ou distraídos de maneiras que prejudicam ou bloqueiam a compreensão. As condições que limitam sua compreensão incluem doença, irracionalidade e imaturidade. As deficiências no processo de comunicação também dificultam a compreensão. Uma falha na capacidade de uma pessoa de aceitar informações como verdadeiras ou imaculadas, mesmo se ela compreender adequadamente as informações, pode comprometer a tomada de decisões.<sup>584</sup>

Diante das condições psicológicas, a sobrecarga de informações ou o modelo de comunicação podem impedir o entendimento realístico da situação. O problema da não aceitação da informação e de falsas crenças tem papel de destaque no comprometimento da compreensão. Um ponto sensível na relação entre crenças falsas e o entendimento é que, por vezes, um paciente possa entender o tratamento proposto pelo médico, mas se recusar a ele, por acreditar não estar doente e, neste caso, “se a ignorância impedir uma escolha informada, pode ser permitido ou possivelmente obrigatório promover a autonomia, tentando impor informações indesejadas”<sup>585</sup>.

Na ocorrência de uma escolha limitada por uma crença cuja falsidade possa ser demonstrada, a atitude médica deve ser obrigatória no sentido da promoção da autonomia deste paciente por meio do processo de persuasão racional. A questão desafiadora ocorre se uma recusa de tratamento permanecer, mesmo havendo o esforço legítimo no esclarecimento do fato para o paciente. Neste caso, Beauchamp e Childress (2013) argumentam em favor do tratamento, caso a caso, das recusas, para que não haja um abuso no direito de recusa por parte dos pacientes ou uma indiferença da equipe médica para com os pacientes mais vulneráveis nos casos de recusas problemáticas. Uma solução para o tratamento dessas recusas está na implementação de procedimentos para a sua devida avaliação:

Por exemplo, as instituições podem desenvolver regras que proibem recusas, exceto quando aprovadas por órgãos deliberativos, como comitês de revisão institucional e comitês de ética hospitalar. Se um comitê determinar que o reconhecimento de uma

---

<sup>583</sup> CULVER, 2002, p. 96.

<sup>584</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 85.

<sup>585</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 136.

renúncia protegeria melhor os interesses de uma pessoa em um caso específico, a renúncia poderia ser mantida.<sup>586</sup>

O Conselho Federal de Medicina brasileiro implementou a Resolução nº 2.231, de 13 de junho de 2019, publicada no Diário Oficial da União em 4 de julho do mesmo ano, com o estabelecimento de normas éticas para a recusa terapêutica e para a objeção de consciência para as profissões de saúde. Quanto à recusa, duas situações são contempladas como abuso de direito do paciente e, portanto, devem ser recusadas pelo médico:

- I – A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.
- II – A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.<sup>587</sup>

É fato que a opção de recusa para tratamentos se constitui como um desafio de difícil solução, contudo, mecanismos de avaliação devem ser perseguidos, a fim de não acomodar violações de direito à autonomia do paciente. E, mais uma vez, o tratamento caso a caso pode dar conta de resolver a grande parte dos casos enfrentados por qualquer equipe médica.

### **3.2.3 O conteúdo e o papel da ausência de influências controladoras**

A terceira condição fundamental para a ação autônoma é que ela seja livre, isto é, independente e não governada por outros condicionantes que possam roubar o autodirecionamento da pessoa que age. Logo, a ausência de influência implica na condição negativa que não haja condições externas ou internas influenciando a ação. A influência está diretamente ligada ao conceito ativo de paternalismo, mas ela também pode ocorrer por meios velados, tais como: ameaças subjetivas de danos físicos ou psicológicos, promessas de amor ou afeto, incentivos financeiros, no caso de experimentos, mentiras, deturpações ou restrições informacionais, apelo à fraqueza emocional, compulsões, doenças debilitantes, distúrbios psiquiátricos, dependência de drogas, entre outros.

A ausência de influências controladoras diz respeito à legítima voluntariedade de um indivíduo. Mas voluntariedade não quer dizer o mesmo que intencionalidade. Uma pessoa, sob a mira de uma arma e que decide entregar seus pertences a um ladrão, age de modo intencional, mas não de forma voluntária, já que a ameaça a priva da liberdade de oportunidades de escolhas

<sup>586</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 137.

<sup>587</sup> BRASIL, 2019, p. 113.

autênticas, “ou seja, a pessoa pode responder à ameaça com uma ação intencional, embora completamente controlada pela influência de outra pessoa”<sup>588</sup>.

Outro ponto é que uma pessoa também pode sofrer influência sem que esta influência seja controladora. Se um médico usa a persuasão racional para que o paciente se submeta a um procedimento que pareça mais adequado para o seu caso, pode-se dizer que o paciente foi influenciado, mas não controlado. A troca de razões, inclusive, é a forma mais alta de respeito à autonomia do outro, pois pressupõe duas pessoas em posição igual de testes de crenças e entendimentos.

Das influências possivelmente repudiáveis, Beauchamp e Childress (2013) analisam três categorias: a persuasão, a manipulação e a coerção. Como alegamos duas possivelmente repudiáveis, pois, como dito há pouco, a persuasão entendida e praticada adequadamente não se constituirá uma forma de controle, mas antes, um meio desejável de troca de razões entre indivíduos autenticamente autônomos, uma vez que

a persuasão é a tentativa intencional e bem-sucedida de influenciar alguém por meio do apelo à razão. O persuasor oferece razões para tomar uma decisão específica, mas a pessoa que ele está tentando persuadir é livre para decidir se essas são boas razões, se deseja aceitá-las e se deseja basear sua decisão nelas. Por essa razão, a persuasão nunca é controladora.<sup>589</sup>

Esta compreensão é importante por demonstrar novo afastamento da autonomia concebida pela ética biomédica daquelas fortemente ideais, pois não há dúvidas de que a razão opera sob algumas normas de força e correção, normas as quais embutidas em sua própria performance. O próprio exercício racional aqui defendido, se realizado com razões justificadas, se mostra capaz de alterar, quando for o caso, a vontade e a escolha daquele que acolhe as razões trocadas no processo dialógico. Ser convencido não é ser controlado. E a autonomia prática não deve ser entendida como um eu ensimesmado que age sempre por entendimentos pré-existentes, mas antes, como afirma Jonathan Pugh (2020), “devemos substituir a condição relativa à ausência de controle interno por uma condição de autenticidade racionalista”<sup>590</sup>, desde sempre embutida na noção de deliberação moral. Esse tipo de persuasão deve ser entendido como compatível com a autonomia, com base em sua capacidade de aumentar o entendimento do paciente, ao esclarecer as condições de seu tratamento, conforme apresentadas pelo esboço acerca do conteúdo e do papel do entendimento.

---

<sup>588</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 257.

<sup>589</sup> SCHERMER, 2012, p. 30.

<sup>590</sup> PUGH, 2020, p. 59.

Todavia, é preciso ter em mente que o ato persuasivo pode se mostrar não compatível com pacientes que estejam sob o efeito do medo, do pânico, dentre outras emoções paralisantes. Todas estas são condições psicológicas que prejudicam a razão, tornando-se mais proveitosa ao paciente a produção do entendimento iniciada após as tratativas de suas necessidades de ordem psicológica.

A persuasão, portanto, envolve alterar as motivações de um paciente na forma indireta, ao tocar no elemento cognitivo, racional, formado por seu conjunto de crenças e saberes objetivos acerca de seu estado de saúde e prognósticos possíveis. Se ignorado esse elemento racional, a persuasão pode se tornar manipulação e, neste caso, manipulação psicológica, por exemplo. E qualquer tipo de manipulação prejudica a autonomia de uma pessoa. É importante também considerar que, em meio à troca de razões, o próprio corpo clínico também se coloca em condição de ter suas motivações devidamente questionadas, melhoradas ou contrapostas. Maartje Schermer (2012) argumenta que existem pelo menos três tipos de manipulação:

manipulação de opções (por exemplo, ofertas ou ameaças resistíveis), manipulação de informações (mentir, reter ou distorcer informações etc.) e manipulação psicológica (por exemplo, bajulação, indução de culpa, sugestão subliminar). A linha entre as formas controladoras e não controladoras de manipulação costuma ser difícil de traçar e pode ser muito tênue. Mentir e distorcer informações obstrui claramente a tomada de decisão autônoma. No entanto, é impossível apresentar as informações de forma completamente objetiva, e mesmo nuances sutis na formulação podem fazer diferença na medida da influência controladora exercida.<sup>591</sup>

A nuance entre o que seja manipulação e o que não seja exige um corpo clínico interessado no bem do paciente, bem como disponível e devidamente treinado quanto aos direitos do paciente e à importância do acesso por ele a toda e qualquer informação e recursos possíveis ao seu processo terapêutico. Na área da saúde, “com muito mais frequência é mencionado o uso clínico do privilégio terapêutico para suprimir informações a fim de manipular os pacientes de modo que consentam num procedimento medicamente desejável”<sup>592,593</sup>, o que se mostra um abuso da autoridade médica.

De qualquer forma, a manipulação deve ser pensada como uma categoria abrangente que inclui qualquer forma intencional de guiar a escolha de alguém sem o uso da persuasão ou de meios coercitivos. E o meio mais comum de manipulação é através dos usos de informações,

---

<sup>591</sup> SCHERMER, 2012, p. 30.

<sup>592</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 189.

<sup>593</sup> É chamado privilégio terapêutico toda ocorrência que envolve situações em que o médico está autorizado a atuar sem o consentimento do paciente. Tais situações dizem respeito aos casos de emergência, incapacidade, renúncia ilegítima ou “nos casos em que a revelação da verdade sobre a saúde do paciente possa causar-lhe prejuízo psicológico grave” (BRASIL, 2019, s/p).

seja restringindo o acesso a elas, parcial ou completamente, seja distorcendo-as, conforme o interesse daquele que manipula.

Existe ainda a manipulação através da exploração, como ocorreu com os sujeitos de pesquisa no caso Tuskegee, em que os sujeitos de pesquisa, os participantes, receberam benefícios monetários para participar do estudo de sífilis não tratada. Além da exploração econômica, eles também não receberam a informação de que já existia medicamento para tratar a doença que portavam fazendo com que permanecessem à mercê da equipe de médica.

A manipulação é, portanto, vista como a principal ameaça à voluntariedade. Por causa das emoções envolvidas em doenças graves e por causa das expectativas sociais do comportamento do paciente, os pacientes geralmente são mais vulneráveis à manipulação do que as pessoas saudáveis.<sup>594</sup>

Por outro lado, a coerção é a influência mais óbvia de receber censura pelas pessoas envolvidas em uma relação que pressupõe ser de consenso. Ela age tanto obrigando alguém a fazer algo que não quer como impedindo alguém de fazer algo que preferiria fazer. Três características podem ser destacadas em uma definição geral de coerção:

1. o agente de influência deve ter a *intenção* de influenciar a outra pessoa apresentando uma ameaça grave,
2. deve haver uma *ameaça* credível e,
3. a ameaça deve ser *irresistível*.<sup>595</sup>

Em suma, deve haver intencionalmente uma ameaça irresistível sobre aquele que é ameaçado. Contudo, pensamos nós, tal ameaça deve conter claramente uma sanção negativa da parte daquele que ameaça.

A coerção consiste, então, que a vontade de uma pessoa domine a de outra por meio de uma ameaça de dano grave ou uso da força. Se um médico ou familiar “ordena que um paciente relutante se submeta a um exame diagnóstico e coage o paciente a obedecer por meio de uma ameaça de abandono, o médico influencia e controla o paciente”<sup>596</sup>. O uso da força não é incomum por parte de policiais, tribunais, hospitais e clínicas que se envolvem em atos de internação involuntária para tratamentos psiquiátricos.

Se uma pessoa se sente coagida, isto não quer dizer que ela esteja realmente sendo coagida. A coerção é produzida por um outro agente, a fim de interromper e reorganizar o curso de ação autodirigida por uma pessoa. Não é o caso de uma pessoa que se sente insegura e

<sup>594</sup> SCHERMER, 2012, p. 31.

<sup>595</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 339. [grifo do original]

<sup>596</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 87.

preocupada em agradar os outros. É novamente o caso da pessoa que entrega a carteira para um ladrão. Apesar de sua ação ser intencional, ela não foi voluntária, pois havia uma condição coercitiva conduzindo sua ação.

Assim, como outros tipo de influência, a coerção também abarca disputas diferentes das caracterizações que estamos propondo. Aristóteles, por exemplo, considerava que atos forçados, ou seja, atos produzidos por coerção, são aqueles com origem externa ao agente e para os quais o agente não contribui de qualquer forma. Argumentou o filósofo em *Ética a Nicômacos*:

[...] (por exemplo, se um tirano, tendo em seu poder os pais e filhos de uma pessoa, desse ordem a esta pessoa para praticar alguma ação ignóbil, e se a prática de tal ação fosse a salvação dos reféns, que de outro modo seriam mortos); é discutível se tais ações são involuntárias ou voluntárias. Algo do mesmo gênero ocorre também na hipótese do lançamento ao mar da carga de uma nau durante uma tempestade; com efeito, ninguém lança a carga ao mar voluntariamente, mas como condição para assegurar a própria salvação e a de seus companheiros de viagem, qualquer pessoa sensata agiria assim. Tais ações, então, são mistas, mas se assemelham mais às voluntárias, pois são objeto de uma escolha no momento de serem praticadas [...]<sup>597</sup>

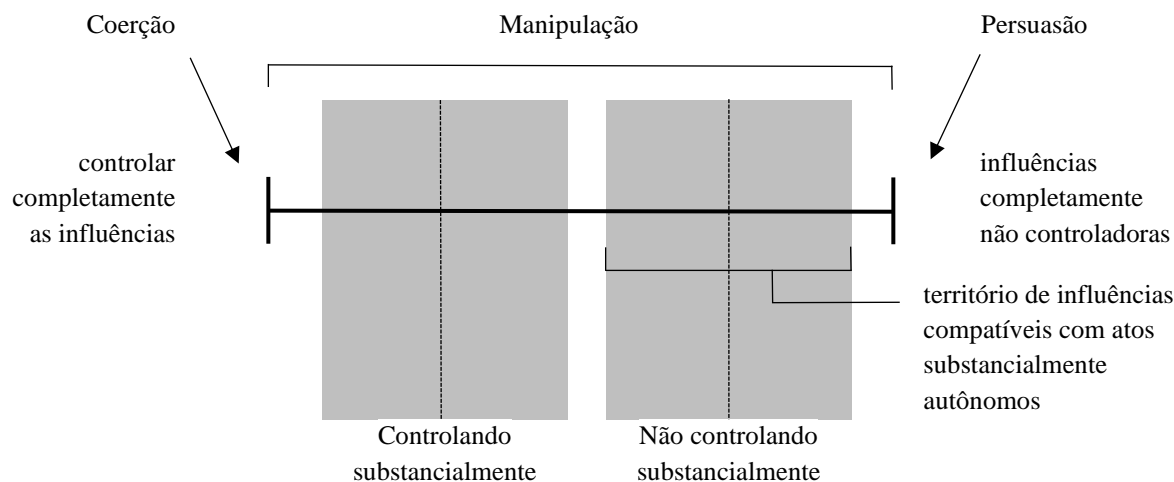
Ao que tudo indica, o que Aristóteles está chamando de mista, do ponto de vista da voluntariedade, é a diferença que fazemos quanto a uma ação ser intencional, mas não voluntária. Indiscutivelmente há uma intenção no ato, mas não há uma voluntariedade, uma vez que o coagido age sobre o ditame e regra do outro. Por vontade, uma pessoa não praticaria uma ação abjeta, a não ser, claro, neste caso, para salvar seus pais e filhos sobre o poder de um tirano. Então, a voluntariedade discutida por Aristóteles se mostra fragrantemente diferente da voluntariedade que está circunscrita nesta proposta de ação autônoma no terreno da ética biomédica.

Dos tipos de influência tratados, segundo Faden e Beauchamp (1986), conforme a Figura 02, “a manipulação é a única forma de influência que depende de um *continuum*”<sup>598</sup>. Esta pode se configurar desde a ocorrência de uma restrição familiar até a circunstância de haver ofertas de recompensas ou pressões institucionais para que se realize este ou aquele procedimento médico. Enquanto coerção e persuasão não, porque a primeira é sempre controladora, já que altera a voluntariedade de alguém por força e pela ameaça de dano; enquanto a segunda propõe a troca de razões, condições *sine qua non* do entendimento entre pessoas racionais, embora, o uso da argumentação e das informações de forma enganosa possa se caracterizar em termos de manipulação.

<sup>597</sup> ARISTÓTELES. 1985, p. 49.

<sup>598</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 258.

Figura 2. O *continuum* de influências do controlador ao não controlador



Fonte: FADEN; BEAUCHAMP (1986, p. 259)

Para autores como Jonathan Pugh (2020), os relatos de influências controladoras como intervenções que minam a autonomia, nos modelos em graus e que foram esboçados, se mostram teoricamente insatisfatórios, pois não são explícitos os limites e distinções defendidos por um *continuum* (Figura 2). Para Jonathan Pugh (2020), a abordagem racionalista pode demonstrar uma relação mais profunda entre autonomia e as diferentes formas de influências, as quais são efetivamente constatadas se:

- (i) O indivíduo é levado a: (a) sustentar crenças teoricamente irracionais ou (b) deixar de sustentar crenças verdadeiras decisivamente necessárias.
- (ii) O indivíduo é levado a sustentar um desejo motivador de uma maneira que ignora o elemento cognitivo da autonomia, de modo que: (a) não endossa o desejo, ou (b) o endossa com uma preferência que não é coerente com outros elementos coerentes de seu sistema de caráter.<sup>599</sup>

Na conta de Pugh (2020), são as interrupções substanciais dos elementos cognitivos e reflexivos que classificam a ação como não autônoma. Mas, novamente, somos levados a questionar o que seriam as alegadas crenças teoricamente irracionais, no receio de que se trate mais uma vez de uma abordagem desenvolvida para exigir de pessoas comuns um elevado nível de deliberação racional, para que sejam consideradas donas de uma ação livre e autônoma.

Uma consideração da ação autônoma, segundo os conteúdos em graus, resguarda muitos direitos de tomada de decisão, em ações simples dos participantes da rotina da assistência e pesquisa biomédica. Não há dúvidas de que pacientes de instituições psiquiátricas, que foram

<sup>599</sup> PUGH, 2020, p. 60.

declarados inaptos, por vezes, são capazes de fazer escolhas autônomas, como definir preferências alimentares, recusar alguns tipos de medicações ou telefonar para familiares. Uma boa teoria biomédica, que tenha a autonomia como valor, precisa dar conta deste tipo de paciente, o qual compõe o conjunto daqueles com necessidades relativamente simples, mas que tiveram seus direitos sonogados por um paternalismo muito mais preocupado com a doença do que com o adoecido.

Outro termo que aparece relacionado à ação autônoma é o da competência do agente, neste caso, do paciente ou do sujeito de pesquisa. Algumas vezes o termo competência aparece equivalente à capacidade e, para efeito do argumento da tomada de decisão do paciente, competência e capacidade serão usadas desta forma, porque, os próprios autores do princípio de Respeito à Autonomia, as consideram assim.

A competência está ligada à capacidade do paciente ou do sujeito de pesquisa de fornecer seu consentimento ou recusa a um procedimento ou a um tratamento sugerido pela equipe médica. Em geral, “as pesquisas sobre competência concentram-se em saber se essas pessoas são capazes, cognitiva, psicológica e legalmente, de tomar decisões adequadas”<sup>600</sup> no âmbito das decisões médicas. A competência, na tomada de decisão, está ligada à tomada de decisão autônoma e é a sua presença que confere validade aos aspectos práticos e legais do consentimento livre e esclarecido que veremos mais adiante.

Os julgamentos de competência ou capacidade em saúde desempenham um papel de guardião, distinguindo pessoas cujas decisões devem ser solicitadas ou aceitas de pessoas cujas decisões não precisam ou não devem ser solicitadas ou aceitas. Os julgamentos dos profissionais de saúde sobre a incompetência de uma pessoa podem levá-los a anular as decisões dessa pessoa, a procurar substitutos informais para a tomada de decisão, a pedir ao tribunal que nomeie um tutor para proteger seus interesses ou a buscar a institucionalização involuntária dessa pessoa.<sup>601</sup>

Os julgamentos de competência têm importância capital para o corpo clínico-assistencial e “o motivo de se determinar a incapacidade deve ser o de proteger os pacientes contra decisões que poderiam tomar que não fossem de seu interesse”<sup>602</sup>, porque “o princípio de autonomia em bioética não nega que pode haver formas justificadas de intervenção em pessoas incapazes de exercer uma decisão autônoma”<sup>603</sup>. Os mecanismos para a avaliação da capacidade de uma pessoa, inclusive, é o que legitima o paternalismo médico e não somente o paternalismo, mas também o tipo de autonomia que um determinado paciente porta. Assim, tais

---

<sup>600</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 114.

<sup>601</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 114.

<sup>602</sup> BEAUCHAMP,; CHILDRESS, 2011, p. 158.

<sup>603</sup> CLOTET, 2003, p. 177.

mecanismos podem qualificar ou desqualificar alguém para algumas decisões ou ações, mas não para outras. É só lembramos que na prática existem diferentes incapacidades – executiva, funcional entre outras – e tal constatação afasta a autonomia assumida pela ética biomédica das definições ideais de capacidade pessoal, nos termos da autonomia ontológica.

Além dos diferentes tipos existentes, a incapacidade pode se apresentar de forma intermitente. Em um momento, o paciente pode não ser incapaz de realizar uma dada ação, em outro, pode se mostrar completamente incapaz. Por isso, “o conceito de *incapacidade específica* tem sido invocado para evitar generalizações vagas sobre a capacidade que excluam as pessoas de todas as decisões”<sup>604</sup>. A avaliação da capacidade ou competência deve ser realizada a cada nova tomada de decisão, em contexto próprio de cada nova ação requerida ao paciente. Quando, por exemplo, “a incapacidade provém de um causa reversível, como da dor ou de uma medicação, o objetivo imediato é restabelecer a capacidade, antes de se tomar uma decisão”<sup>605</sup>. Logo, a partir da consideração de competência como “a capacidade de realizar uma tarefa”<sup>606</sup>,

os critérios de competências específicas variam entre os contextos porque os critérios são necessariamente relativos a tarefas específicas. O conjunto de critérios para alguém ser um mago competente é necessariamente diferente do conjunto de critérios para alguém ser um padreiro competente ou um treinador de animais competente.<sup>607</sup>

Este recurso de avaliação contextual da capacidade do paciente recebe o nome de “estratégia da escala móvel”<sup>608</sup> na defesa do princípio de Respeito à Autonomia, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2011), e tem como principal objetivo proteger os interesses substanciais dos pacientes, sejam eles autônomos ou pessoas com a autonomia comprometida. Cada um, ao seu modo, receberá o tratamento, conforme a sua capacidade imediata, pois a “abordagem da escala móvel permite que os modelos de capacidade se modifiquem de acordo com o risco vinculado à decisão”<sup>609</sup>. Uma criança<sup>610</sup> pode não ter o discernimento para consentir

<sup>604</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 153.

<sup>605</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 152.

<sup>606</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 115.

<sup>607</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 288.

<sup>608</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 119-120.

<sup>609</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 158.

<sup>610</sup> Em contexto de cuidados com a saúde, Luciana B. Munhoz (2014) defende que crianças devem estar envolvidas no processo de decisão, segundo o seu desenvolvimento, e prestar o “assentimento” correlato ao ambiente da decisão. Cf. MUNHOZ, p. 160, 2014. Esta recomendação foi acolhida pelo CFM, em 2016, ao registrar que “o assentimento livre e esclarecido consiste no exercício do direito de informação do paciente legalmente incapaz [...] Crianças, adolescentes e pessoas que, mesmo com deficiência de ordem física ou mental, estão aptas a compreender e a manifestar sua vontade, por intermédio do assentimento, de forma livre e autônoma, não devem ser afastadas do processo de informação e compreensão do procedimento médico que lhes é recomendado”. In. BRASIL. **Recomendação CFM nº. 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e

ou recusar uma cirurgia, mas ela pode consentir ou recusar o uso de um analgésico ou um tranquilizante. E tal consentimento ou recusa faz toda diferença em sua gradual percepção como pessoa responsável pelo seu bem-estar e sucesso de seu tratamento, mesmo que, por força de lei, ela ainda seja vista como incapaz de tomar decisões até que complete 18 anos de idade. Portanto,

Ser competente significa ter as habilidades ou possuir as capacidades necessárias para executar uma determinada tarefa. Segue-se dessa definição que a competência está sempre relacionada à tarefa: alguém pode ser competente para executar uma determinada tarefa, mas isso não implica competência para executar qualquer outra tarefa. Como as habilidades e capacidades podem mudar com o tempo, a competência também pode mudar. Além disso, como a maioria das habilidades e capacidades que contribuem para a competência pode ser possuída em graus variados, pode-se dizer que as pessoas possuem diferentes níveis de competência.<sup>611</sup>

Mas falar em diferentes níveis de competência não é o mesmo que dizer que este atributo age sobre uma pessoa no sentido de um *continuum* mas antes que a competência ou a capacidade só pode ser avaliada em sentido contextual, no ato da ação requerida, conforme os determinantes do contexto da atuação do agente. Por isso, guardado o nexos da ação autônoma defendida pela ética biomédica, a competência é sempre concebida com o sentido de tudo ou nada, tratando-se, portanto, de um limiar entre o que seja competente e o que não seja competente. E, de novo, a pessoa é competente ou não é competente para executar uma ação específica ou para prestar consentimento, do mesmo modo, específico e local.

Os pacientes ou possíveis sujeitos são competentes para tomar uma decisão, se tiverem a capacidade de compreender as informações materiais, julgar essas informações à luz de seus valores, pretender um determinado resultado e comunicar livremente seus desejos aos cuidadores ou investigadores. O direito, a medicina e, até certo ponto, a filosofia presumem um contexto em que as características da pessoa competente são também as propriedades possuídas pela pessoa autônoma. Embora *autonomia* e *competência* tenham significados diferentes (*autonomia* significa autogoverno; *competência* significa capacidade de realizar uma tarefa ou uma série de tarefas), os critérios da pessoa autônoma e da pessoa competente são notavelmente semelhantes.<sup>612</sup>

Embora alguns considerem pessoa autônoma semelhante à pessoa competente, de modo algum, se relacionará uma pessoa competente a uma ação competente, nos termos defendidos para a ação autônoma no âmbito dos serviços de saúde. Um paciente pode ser notadamente uma

---

esclarecido na assistência médica. Brasília, DF, 21 jan. 2016. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 10 de dez. 2020.

<sup>611</sup> SCHERMER, 2012, p. 34.

<sup>612</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 116. [grifo do original].

pessoa inteligente e habilidosa, mas sua ação autônoma pode ser comprometida por uma falsa crença determinante para um contexto peculiar de tomada de decisão. Por isso, sua capacidade de decidir, ou seja, sua competência depende da importância da decisão ou de algum dano que possa sobrevir a ela e uma falsa crença associada a esta tomada de decisão pode trazer prejuízos radicais para a legitimidade da decisão a ser tomada.

Por fim, vale ressaltar que existem diferentes mecanismos e ferramentas operacionais para avaliar as capacidades de uma pessoa. Existem as escalas de avaliação de demência, os exames de condições mentais que testam fatores, tais como orientação no tempo e no espaço, perseverança, memória, entendimento, coerência e depressão, e ferramentas para avaliar capacidades executivas (andar, pegar, segurar, entre outros). Todas ferramentas bastante utilizadas pelas ciências cognitivas.

E, “nas instituições de assistência à saúde, a seleção das habilidades, dos limites e dos modelos irá depender de políticas e de questões morais envolvendo os requerimentos da decisão”<sup>613</sup>. Especialmente no Brasil, as escalas de avaliação da autonomia estão mais presentes nas áreas de geriatria e saúde geral do idoso, o que parece justificável em um país marcadamente paternalista. Mesmo entre bioéticos brasileiros, abundam as vozes que consideram não haver espaço para a defesa da autonomia em um “país marcado pela marginalização e discriminação por diferentes formas de pobreza e pelo desamparo social”<sup>614</sup>. Isto pode ser considerado coerente no contexto em que estas mesmas vozes projetam a crítica de que a autonomia anglo-americana se sobrepôs aos princípios de beneficência, não maleficência e justiça, tornando-se, assim, um super princípio de um mercado médico que individualidade sufocou a coletividade<sup>615</sup>.

O perigo da utilização maximalista da autonomia está em – saindo do referencial sadio do respeito à individualidade e passando pelo individualismo em suas variadas nuances – cairmos no extremo oposto, em um egoísmo exacerbado, capaz de anular qualquer visão inversa, coletiva e indispensável ao enfrentamento das tremendas injustiças sociais relacionadas com a exclusão social, hoje mais do que nunca constatada.<sup>616</sup>

<sup>613</sup> BEAUCHAMP,; CHILDRESS, 2011, p. 158.

<sup>614</sup> DALL’AGNOL, 2012, p. 107.

<sup>615</sup> Para Miguel Kottow (2007), “a concepção de autonomia como autodeterminação criou uma série de distorções na vida social contemporânea” no sentido de que a “libertação” do indivíduo tirou dos Estados nacionais a agenda de prestação de serviços médicos levando-a para o mercado de cuidados, seguros e coberturas privadas. Ao deslocar a proteção do Estado para o mercado de saúde, “um número significativo de membros da comunidade perdeu cobertura e proteção, caindo na exclusão social. Os efeitos negativos desta natureza são o produto da separação da autonomia individual do bem social comum”. KOTTOW, 2007. p. 24.

<sup>616</sup> GARRAFA, 2005, p. 128.

Mas considera-se que este perigo pode ser corrigido com o devido equilíbrio entre os quatro princípios que operam em condição *prima facie* na ética biomédica de Beauchamp e Childress. Não se deve desconsiderar que a teoria dos autores se identifica com um principialismo do tipo pluralista. Então, sob esta lógica, a atenção dos bioeticistas brasileiros poderia se voltar à uma proposta de equilíbrio entre os princípios que fosse adequada às realidades brasileiras e latinas, o que produziria um modelo de deveres e direitos biomédicos que não deixasse de lado a autonomia do paciente.

Os próprios autores da ética biomédica não negam o lugar de uma autonomia situada no coletivo, como ponderado na discussão a respeito da autonomia relacional. O próprio James Childress, pelo artigo *The Place of Autonomy in Bioethics* (1990), enfatizou que “precisamos de vários princípios morais independentes, como beneficência individual e comunitária e respeito pela autonomia pessoal”<sup>617</sup>, e que a “tarefa da reflexão ética séria é indicar a importância e o peso relativo de várias considerações morais que devem ser mantidas com alguma tensão ou equilíbrio”<sup>618</sup>.

Corroborando com esta posição, parece-nos urgente que pacientes brasileiros sejam vistos *prima facie* como donos de seus atos de autodeterminação, com a devida salvaguarda daqueles que, por múltiplas razões, não podem exercer algum tipo de autonomia. Além do mais, nada impede que este direito possa ser entendido também como um traço de justiça e beneficência neste mesmo país tão marcado por violação de direitos, por falta de acesso a serviços de qualidade e, igualmente, por falta de oportunidades emancipatórias.

Um exemplo corriqueiro de violação de direitos é a rotina médica de prescrição de medicamentos pelo nome comercial, em lugar da indicação do nome do princípio ativo. A depender do tipo de medicação, em especial, aquela com retenção de receita fará com que o paciente somente consiga comprar a que foi indicada pelo médico, o que movimenta uma grande cadeia de bonificação de médicos por parte da indústria farmacêutica. Não precisa dizer que tal conduta tira a autonomia do paciente, ao coagir sua possível preferência por comprar um medicamento mais acessível por meio, por exemplo, da política de genéricos adotada pelo país.

Em síntese, conceder autonomia é também fazer justiça e beneficiar o paciente. Tal compreensão exige aos bioéticos brasileiros, especialmente aos filósofos, o entendimento de que “questões de autonomia e de justiça precisam caminhar lado a lado com questões de

---

<sup>617</sup> CHILDRESS, 1990, p. 12.

<sup>618</sup> CHILDRESS, 1990, p. 12.

solidariedade e beneficência”<sup>619</sup>. É imprescindível a busca por este equacionamento, a fim de conceder aos pacientes brasileiros uma entrada moral na prática biomédica ligada a uma orientação mais rica de dignidade humana<sup>620</sup>.

E sobre os modelos de capacidade, quanto mais agentes de saúde e pacientes requerendo o exercício da autonomia do paciente, mais ferramentas de avaliação serão desenvolvidas, implementadas e utilizadas nos serviços de assistência e pesquisa médica. Pelo menos é isso que mostra a história do princípio de autonomia na ética biomédica. Outro ponto a considerar é que a história mostra a necessária autocrítica do corpo médico assistencial e de pesquisa. É sabido que “médicos frequentemente julgam a competência do paciente com base em sua percepção da qualidade da decisão de um paciente”<sup>621</sup>.

O paternalismo e o preconceito do médico permeiam a avaliação da competência do paciente. Os pacientes são frequentemente encaminhados para avaliações de competência simplesmente porque eles recusam aconselhamento médico, embora tais recusas não sejam geralmente evidências de incapacidade.<sup>622</sup>

Isto posto, ferramentas e boas práticas relacionais são imprescindíveis à certificação da autonomia do paciente, visto que se constituem também condições inegociáveis à prática do consentimento livre e esclarecido, conforme analisaremos adiante.

### **3.3 A materialização da autonomia do paciente: o termo de consentimento livre e esclarecido**

Do ponto da prática biomédica, “a novidade introduzida pelo princípio da autonomia acentua o papel ativo e a importância do paciente no tocante à decisão, ao consentimento, à deliberação de tudo o que diz respeito ao seu estado de saúde”<sup>623</sup>. Este papel ativo nasce ligado ao processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, conforme analisado pelo

---

<sup>619</sup> DALL’AGNOL, 2012, p. 104.

<sup>620</sup> Ao analisar a legislação brasileira que promove a autonomia do paciente, Geraldine Gollo de Oliveira (2018) conclui “que o paciente tem direito a negar a se submeter a tratamento médico, ressaltando apenas os casos de urgência e emergência”. Segundo o autor, “o Código Penal tratou de desrespeito à autonomia e liberdade do paciente como crime”. Contudo, ao mesmo tempo que determina o respeito à vontade do paciente, “o Estado determina que o médico aja de forma paternalista a fim de salvar a vida do paciente sob qualquer custo. Logo, o médico, sendo cobrado pelo Estado a salvar vidas e limitado pelas normas deontológicas além das demais normas jurídicas, necessita de um caminho seguro para saber até onde o poder de um limita o poder do outro”. Essa ambiguidade nos “pareceres jurídicos e éticos desencadeia um dilema que desestabiliza o agir do profissional diante da negativa de o paciente prestar seu consentimento para a realização de tratamento de saúde”. In. OLIVEIRA, 2018, p. 62-63.

<sup>621</sup> NORMAN, 2012, p. 39.

<sup>622</sup> NORMAN, 2012, p. 38..

<sup>623</sup> SILVA, 2004, p. 116.

princípio de autonomia incorporado pelo Relatório Belmont, pelo Código de Nürenberg e pela Declaração de Helsinque, os três tratados no capítulo anterior. Por este percurso, a

(...) autonomia entrou na bioética por meio do Relatório Belmont como respeito às pessoas com suas duas facetas: as pessoas como agentes autônomos, capazes de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir de acordo com essa reflexão; e pessoas com autonomia reduzida que precisam de proteção.<sup>624</sup>

E, ligado a origem de agentes autônomos, nas relações bioéticas, o consentimento livre e esclarecido foi proposto como o ato pelo qual um indivíduo competente, informado e livre fornece sua autorização para que se realize determinado procedimento médico para recuperação plena de sua saúde. Para alguns, como o bioeticista Joaquim Clotet (2000), “o consentimento informado obtido de forma correta legitima e fundamenta o ato médico ou de pesquisa como justo e correto”<sup>625</sup>, dada a sua importância para a tradição de respeito ao paciente.

Mas é preciso ter claro que, apesar do consentimento nascer ligado à postulação da pessoa como um autônomo, lembrando que o Relatório Belmont fala de respeito às pessoas, para o princípio de Respeito à Autonomia de Beauchamp e Childress, o consentimento se mantém intrinsecamente ligado ao ato ou ação caracterizada como autônoma. Um paciente pode não ser considerado autônomo, de várias maneiras, como no caso de um usuário de drogas, mas, se ele detém capacidades para uma deliberação específica, seu ato de consentimento deve ser entendido como autônomo e ele deve ser tratado enquanto tal.

A expressão “*informed consent*” vem sendo traduzida e utilizada, entre nós, como consentimento, pós-informação, consentimento consciente, consentimento esclarecido, consentimento informado ou consentimento livre e esclarecido<sup>626</sup>, sendo a última a mais utilizada na literatura brasileira. Mas, seja qual for o termo utilizado, ele designa somente uma coisa: que um paciente, em vista de sua dignidade, somente se sujeitará a uma intervenção médica, física ou psicológica, mediante ao seu consentimento esclarecido e livre de quaisquer coerção ou manipulação por parte outros. Portanto, o

(...) ato de consentimento, enquanto tal, será consciente (a pessoa é competente do ponto de vista psíquico, e também jurídico, para o aspecto preciso, concreto e singular a que se refere aquela sua autorização), esclarecido (a pessoa compreendeu devidamente a informação prestada sobre o procedimento em si e seus eventuais

<sup>624</sup> KOTTOW, 2007. p. 25.

<sup>625</sup> CLOTET, 2000, p. 27.

<sup>626</sup> BRASIL. **Recomendação CFM nº. 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF, 21 jan. 2016. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 10 de dez. 2020.

efeitos secundários) e voluntário (a pessoa é totalmente livre de dar ou recusar o seu consentimento em qualquer momento do processo de recusa).<sup>627</sup>

É relevante ressaltar que, especialmente, os autores do princípio de Respeito à Autonomia estão interessados no ato do consentimento como expressão da escolha e da ação autônomas. E diferentemente daqueles que consideram o consentimento livre e esclarecido como um dispositivo formal, de uma decisão tomada em conjunto, entre médico e paciente, os autores do princípio não o consideram desta forma, uma vez que o direito de recusa também faz parte do processo de esclarecimento do plano terapêutico sugerido pelo médico. Assim, “a decisão conjunta é um ideal válido na medicina, mas ela não define nem substitui o consentimento informado”<sup>628</sup> que deve ser único e exclusivamente consolidado sobre a decisão e a autorização do paciente ou sujeito de pesquisa.

Assim, ao longo de sua curta existência, o consentimento livre e esclarecido passou a desempenhar dois papéis: o primeiro, de autorização autônoma, na expressão de concordância ou anuência com a proposta médica, por meio do ato de consentimento informado e voluntário, o qual também pode implicar a renúncia. O segundo, de materialização de uma autorização institucional e, portanto, legal, conforme regras prevalecentes em um sistema ou instituição de saúde preocupados com os requisitos jurídicos implicados no dispositivo do consentimento. Contudo, os dois papéis, se observados somente em sentido *pro forma*, abrem espaço para que o consentimento aliene a capacidade de respeitar a autonomia do paciente não se responsabilizando o médico adequadamente com as implicações derivadas do uso incorreto deste recurso.

As regras institucionais do consentimento informado normalmente não foram avaliadas pelo exigente padrão de autorização autônoma. Como resultado, as instituições, assim como as leis e os tribunais, às vezes impõem aos médicos e hospitais nada mais que uma obrigação de alertar sobre os riscos das intervenções propostas. O "consentimento" nessas circunstâncias não é um consentimento informado de boa-fé. O problema surge da lacuna entre os dois sentidos do consentimento informado: os médicos que obtêm consentimento sob critérios institucionais podem e muitas vezes deixam de atender aos padrões rigorosos do modelo baseado na autonomia.<sup>629</sup>

Esta longa citação tem como intenção demonstrar detalhes que contribuem para descaracterizar o consentimento livre e esclarecido. Como foi dito, há várias informações que um paciente deve ter acesso para além dos riscos projetados pela intervenção, ou por sua

---

<sup>627</sup> NEVES, 2003, p. 488.

<sup>628</sup> BEAUCHAMP,; CHILDRESS, 2011, p. 163.

<sup>629</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 123.

ausência, na proposta terapêutica a ser realizada. Essas informações contam, inclusive, com a apresentação de terapias alternativas à indicação principal do médico. E quais seriam os elementos presentes em um consentimento livre e esclarecido adequado à promoção moral do respeito à autonomia?

Segundo Beauchamp e Childress (2013), “as literaturas legal, regulatória, filosófica, médica e psicológica tendem a favorecer os seguintes elementos como componentes do consentimento informado: (1) competência, (2) divulgação, (3) entendimento, (4) voluntariedade e (5) consentimento”<sup>630</sup>. Estes componentes analíticos estabelecem que um paciente fornece um consentimento livre e esclarecido adequado, se for capaz de agir, receber uma exposição completa, entender os pontos decisivos da exposição, conduzir-se voluntariamente e consentir com a intervenção proposta pela equipe médica.

A competência, o entendimento e a voluntariedade foram analisados anteriormente e, a partir de agora, precisamos averiguar a natureza e os conteúdos da divulgação e do consentimento, este último enquanto decisão e autorização de um plano de intervenção médica. Beauchamp e Faden (1986) nos lembram que alguns preferem chamar esta etapa final de “decisão”, “decisão compartilhada” ou “colaboração”, justamente por haver ao menos três cenários decisórios em um processo de consentimento: o aceite ou a recusa do paciente, a decisão conjunta com a equipe médica ou com familiares ou a decisão por substituto nos casos de pessoas não autônomas<sup>631</sup>.

Um dos componentes mais importantes à efetividade do consentimento a um plano prescrito é a informação. Não se pode consentir com aquilo que não se conhece ou não se entende adequadamente. Em ética e moral, certas informações são tão fundamentais para a natureza da decisão que sua ausência torna impossível uma decisão fundamentada, voluntária, caso alguém permaneça ignorante a informações determinantes ao problema. Contudo, a sabedoria hipocrática recomendava aos novos médicos a omissão como parte do processo terapêutico, como já mencionado.

Realize todas essas coisas com calma e habilidade e, durante os cuidados, (mantenha) a maioria das coisas escondidas do doente. Dê as recomendações necessárias com jovialidade, serenamente, desviando sua atenção do que ele tem. [...] nunca fale abertamente a eles de coisas futuras ou (já) estabelecidas.<sup>632</sup>

<sup>630</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 124.

<sup>631</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 274.

<sup>632</sup> HIPOCRATES. 2005, p. 198. O bioeticista Joaquim Clotet (2000, p. 74) usa o extrato a seguir para dizer que a Escola Hipocrática tinha uma posição dúbia quanto a informar os pacientes. Mas, como se lê, a orientação sobre o prognóstico visava ganhar a simpatia das pessoas, não esclarecer o paciente, como exige o princípio da autonomia: “O fato de o médico ter praticado o prognóstico me parece excelente. Bem, se você souber de antemão e prever antes dos pacientes suas condições presentes, passadas e futuras, e se você se relacionar totalmente com

A omissão gerou desvios que hoje mancham a história de cuidados das ciências biomédicas, por isso, em nova página da medicina que tem a autonomia do paciente como princípio, a informação se tornou um dos requisitos mais debatidos e sensíveis aos profissionais que passaram a ter a obrigação de informar os pacientes sobre os procedimentos aos quais, a partir do consentimento destes últimos, serão submetidos.

Como abordado, o consentimento livre e esclarecido surgiu através das investigações de crimes contra a humanidade praticados por médicos, equipes de saúde e até mesmo governos, como ocorreu no pano de fundo a formulação do Código de Nuremberg. O consentimento em bioética nasceu, assim, como uma doutrina jurídica, voltada para a proteção dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa, contra danos, intencionais ou por negligência, causados à pessoa ou à propriedade. Estes danos têm como componente central alguma omissão de informação por parte das equipes médicas. Por este motivo, na proporção na qual a prática do consentimento avançou, novas regras foram desenvolvidas sobre modelos de revelação que pudessem ser mais adequados aos diferentes pacientes.

Fornecer informações, em contexto de assistência e pesquisa médica, implica descobrir quais delas são relevantes ao caso e decidir como ordená-las, usá-las e comunicá-las. Com o passar dos anos, a medicina moderna se viu cada vez mais acessando informações de suas práticas, as quais se têm se configurado como seguras, advindas de contínuos testes e pesquisas tanto no âmbito teórico quanto prático. Há um base de evidências que alimenta um vasto arsenal de informações sobre a eficácia de tratamentos, diagnósticos e medicações. Elas são importantes ao conhecimento médico não somente para que sua ciência e prática sejam eficientes mas também para que pacientes não sejam expostos, geralmente sem saber, aos riscos presentes em intervenções de saúde cada vez mais tecnológicas e sob práticas inéditas para as quais não há certeza de seu limite ético.

A informação não é importante somente ao médico mas também ao paciente que precisa ser ativo no curso da ação para a cura de sua doença. Apesar de ter se tornado uma regra a revelação de informações ao paciente, os manuais são vagos ou mesmo silenciosos sobre as características básicas do processo de comunicação. Isso pode ocorrer porque, do ponto de vista moral, médicos não tenham bem certo quais informações sejam importantes ou não ao paciente.

---

eles, até mesmo os sintomas que os pacientes deixam de contar, você terá maior confiança de que conhece as doenças dos pacientes, para que as pessoas decidam confiar no médico. E, assim, você terá o melhor tratamento, tendo previsto o que vai acontecer, a partir da situação atual”. Por isso, permanece a interpretação do paternalismo radical no qual foi forjada a ciência médica. HIPOCRATES. El pronóstico. In: HIPOCRATES1983, p. 329.

Também pode haver uma crença de que o paciente não tenha real interesse nas informações ou que ele não seja capaz de entendê-las.

Segundo Bernard Gert, Charles Culver e K. Danner Clouser (2016), três tipos de informações devem ser revelados a quaisquer pacientes ou sujeitos de pesquisa:

Primeiro, o paciente deve ser informado sobre os danos e benefícios significativos que podem ocorrer, devido à intervenção sugerida. Em segundo lugar, o paciente deve ser informado sobre quaisquer intervenções alternativas plausíveis que poderiam ser realizadas na situação atual e sobre os danos e benefícios significativos que podem ocorrer secundários a elas. Finalmente, o paciente deve ser informado sobre a natureza da doença de que sofre e, em particular, o que pode ocorrer se nenhuma intervenção for feita.<sup>633</sup>

Beauchamp e Childress vão além argumentando que os pacientes também devem ser expostos:

(1) os fatos ou descrições que os pacientes ou sujeitos consideram materiais ao decidir se recusam ou consentem com uma intervenção proposta ou envolvimento em pesquisa, (2) informações que o profissional acredita ser material, (3) a recomendação do profissional (se houver), (4) o propósito de buscar o consentimento, e (5) a natureza e os limites do consentimento como um ato de autorização. Se pesquisa estiver envolvida, as divulgações devem geralmente cobrir os objetivos e métodos da pesquisa, benefícios e riscos previstos, qualquer inconveniente ou desconforto previsto e o direito dos sujeitos de se retirar, sem penalidade, da pesquisa.<sup>634</sup>

A partir deste conjunto de informações, os autores acrescentam que tribunais norte-americanos produziram jurisprudências que orientaram que médicos devem divulgar interesses pessoais não relacionados à saúde do paciente, quaisquer interesses que possa afetar o julgamento profissional do médico, como aqueles relacionados a fatores econômicos ou ideológicos. Seria um requisito com significativo valor moral, já que evidenciaria conflitos de interesses como, por exemplo, aqueles que ocorrem na indicação de procedimentos, serviços e medicações de empresas que praticam bonificação de profissionais médicos. A transparência na existência das relações abriria oportunidade para a população de baixa renda optar por procedimentos mais baratos, ao não associar a indicação médica com seletores simples de eficiência e eficácia em suas indicações.

Para tornar a etapa de revelação mais acessível aos diferentes tipos de paciente, três modelos de revelação se tornaram comuns à prática biomédica, os chamados modelos da prática profissional, da pessoa sensata e o modelo subjetivo. O primeiro modelo, da prática profissional, “assume que o papel próprio do médico é agir no melhor interesse médico do

<sup>633</sup> GERT; CULVER; CLOUSER, 2006, p. 214.

<sup>634</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 125.

paciente”<sup>635</sup>. Neste modelo, o tipo e a quantidade da informação são estabelecidos pela comunidade médica e somente o testemunho de especialistas pode contar como evidência de que um profissional violou ou não o direito de informação de um paciente.

O modelo é problemático, pois aloca, sobre as habilidades médicas e na segurança de uma prática determinada entre pares, a comunidade médica, a definição de quais sejam as informações relevantes aos melhores interesses dos pacientes. Este modelo retira do paciente o acesso amplo à informação, deixando-a sobre o domínio do especialista, com seus respectivos vieses quanto ao que pode considerar ser importante ou não ao paciente. Notadamente, tal modelo influencia radicalmente na concepção de autonomia proposta por Beauchamp e Childress, já que atua sobre a idealização de virtudes médicas.

O modelo da pessoa sensata, razoável ou racional orienta que a informação a ser revelada siga uma referência ideal do que seja uma pessoa racional, o que revela a dificuldade de se definir a pessoa sensata, de modo que não se produza os mesmos impasses conceituais que ocorrem com as principais definições de pessoas racionais, com suas altas exigências de desempenho cognitivo.

Quaisquer que sejam seus méritos, o padrão de pessoa razoável apresenta dificuldades conceituais, morais e práticas. Ninguém definiu cuidadosamente os conceitos de "informação material" e "pessoa razoável", e surgem questões sobre, se, e como os médicos e outros profissionais de saúde podem empregar na prática o padrão de pessoa razoável. Seu caráter abstrato e hipotético dificulta o uso, porque eles precisam projetar o que um paciente razoável precisaria saber.<sup>636</sup>

Das insuficiências oriundas destes dois modelos de comunicação, uma terceira concepção centrada na pessoa do paciente foi proposta aos biomédicos. Este modelo é chamado de subjetivo, porque sugere uma comunicação dialógica endereçada ao indivíduo presente diante do médico que se propõe aos esclarecimentos. É uma comunicação assertiva, uma vez que chama a atenção para os atos de falas usados circunstancialmente para expressar, transmitir e ajustar compromissos práticos e cognitivos entre médicos e pacientes. Visando dar conta de uma conjuntura que propõe várias interrogações importantes ao bom curso do alinhamento entre profissionais e paciente, o

(...) direito ao consentimento informado obriga o paciente a ser informado de tudo o que pode ser relevante para ele em seu processo de tomada de decisão. O problema é que não é fácil definir o que se entende por informação "relevante". Seria possível pensar em uma espécie de modelo, em um paciente ideal, e relatar o que está faltando.

<sup>635</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 168.

<sup>636</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 126.

Mas o que é um paciente ideal? E o que corresponde aos pacientes reais em nossas consultas? Por outro lado, alguns pacientes podem considerar coisas relevantes que para outros não são. Como saber quais são as informações relevantes para cada um deles? Esta pergunta, como várias outras, ainda não tem uma resposta clara. Só se pode dizer que ele deve se informar de tudo o que o paciente considerar necessário para tomar sua própria decisão.<sup>637</sup>

E meios para essa assertividade tem como ponto inegociável que “uma comunicação bem-sucedida deve, em primeiro lugar, usar uma linguagem que seu público pode acompanhar e tornar o que é dito inteligível para ele”<sup>638</sup>. Não há dúvidas de que a melhor forma para descobrir tal linguagem seja exercitando o ato de falar e ouvir o interlocutor, de fato, tendo clareza que “a questão central não é a quantidade de informação que deve ser revelada, mas o que os profissionais podem fazer para facilitar a decisão informada”<sup>639</sup> sobre os elementos informacionais mínimos, aos quais o paciente necessita ter acesso para uma tomada de decisão moralmente segura. Portanto, “a solução para o problema da revelação deve ser encontrada na participação ativa por meio da troca mútua de informações”<sup>640</sup> entre médicos e pacientes evitando idealizações de racionalidade e formas vocabulares demasiadamente técnicas e circunscritas ao universo médico-científico.

Uma comunicação bem-sucedida também deve enunciar verdades. E, no caso, das ciências médicas, normas de verdade e veracidade são comunicadas por normas reguladoras estabelecidas por esta área de conhecimento. Do contrário, profissionais podem ser suspeitos de imprecisão ou desonestidade e, por isso, toda comunicação deve ser interpretada à luz de normas e práticas de verdade e veracidade, as quais sejam produzidas através do consenso formado pelo conhecimento elaborado no campo das ciências biomédicas. O profissional médico deve ter em mente que a comunicação deve buscar o equacionamento de inteligibilidade, relevância e precisão e não somente a simples transferência de dados ao paciente. Esta é uma etapa das mais relevantes, pois

acredita-se amplamente que os médicos têm um dever fiduciário para com seus pacientes. Uma parte significativa desse dever é fornecer aos pacientes as informações que os ajudarão a escolher os cursos de ação que irão, de acordo com as classificações dos próprios pacientes sobre os danos e benefícios envolvidos, minimizar os danos atuais e futuros que eles podem experimentar como resultado de estar doente.<sup>641</sup>

---

<sup>637</sup> GRACIA, 1998, p. 79.

<sup>638</sup> MANSON; O'NEILL, 2007, p. 85.

<sup>639</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 171.

<sup>640</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 171.

<sup>641</sup> GERT; CULVER; CLOUSER, 2006, p. 215.

Lembrando que o processo de comunicação não impede que o médico venha a persuadir o paciente, caso este profissional da saúde considere ter a melhor opção de tratamento médico. É neste ato que o profissional demonstra respeitar, de fato e valor, o paciente enquanto um autônomo, como merecedor, portanto, de respeito, por meio do direito de saber, entender e decidir sobre sua saúde, conforme o seu próprio juízo. A partir deste ponto e sobre os critérios tratados a respeito das pré-condições do paciente e dos elementos da informação, parte-se para a formação propriamente dita do consentimento ou para a recusa do procedimento proposto. Este consentimento recebe a forma da decisão e da autorização inequívocas sobre um plano manifesto quanto às diversas etapas e tipos de intervenções pertencentes ao procedimento total. O consentimento, portanto, é “a efetiva *decisão e a autorização* explícita, preferencialmente, por escrito”<sup>642</sup>.

Na impossibilidade de o paciente exercer o processo de consentimento, por se encontrar, por algum motivo, temporário ou não, incapaz de tomar decisões por si, um decisor deve ser indicado para esta tarefa, o qual deva ser alguém capaz de pensar nos melhores interesses do paciente. Ele deve ser capaz de “determinar o maior benefício entre as opções possíveis, atribuindo diferentes pesos aos interesses que o paciente tem em cada opção e subtraindo os riscos e os custos inerentes a cada uma”<sup>643</sup>. O melhor interesse deve ser entendido como a obrigação de maximizar os benefícios protegendo o bem-estar do paciente, por meio de preferências conhecidas e não por inferências sobre valores alheios.

A princípio, familiares se constituem os melhores decisores, apesar das dificuldades inerentes ao tipo de relação que eles mantêm com o paciente. Mas, além de o decisor ser o suporte nos casos de falta de autonomia, ele também pode ser uma pessoa autonomamente escolhida pelo paciente, quando este exerce o direito de não tomar conhecimento sobre as principais informações a respeito de sua saúde. O direito de saber é correlato ao de não saber e o paciente pode escolher uma outra pessoa para conduzir as decisões junto às instituições de saúde.

Deste ponto, tratados os componentes da informação e do consentimento, apresenta-se um esboço (Figura 3) do conteúdo geral de consentimento livre e esclarecido, com o qual Beauchamp e Childress identificam o princípio de Respeito à Autonomia. E por que se enfatiza que tal consentimento se identifica com o próprio princípio? Porque, para os autores, como dissemos, “consentimentos informados são atos de autorização autônoma - e, no caso de

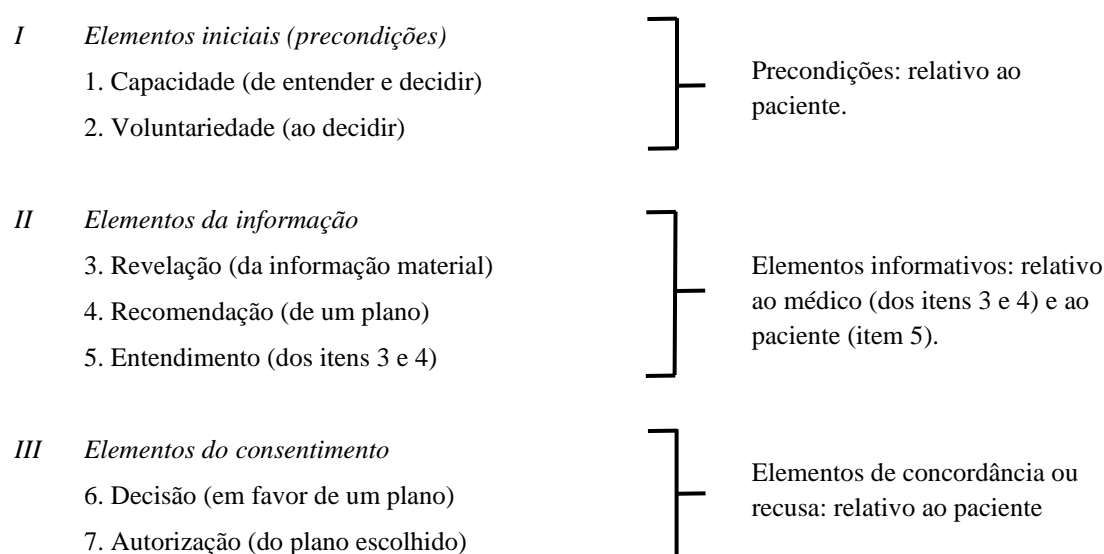
---

<sup>642</sup> DALL'AGNOL, 2004, p. 35. [grifo do original].

<sup>643</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 204.

recusas, de recusa de autorização”<sup>644</sup>, já que empregam “o conceito de autonomia e o princípio de respeito pela autonomia [...] para examinar a tomada de decisão dos indivíduos na área de saúde”<sup>645</sup>. O processo de consentimento não deve ser visto como um procedimento *pro forma*, mas como uma oportunidade de se evidenciar o respeito à autonomia do paciente. De forma que, atendendo a todos os requisitos exigidos por cada um dos elementos, poderia se dizer que um paciente prestou um consentimento livre e esclarecido, o mesmo que dizer que o paciente exerceu autonomia em seu processo ou tratamento de saúde.

Figura 3 – Os elementos do consentimento livre e esclarecido



Fonte: BEAUCHAMP; CHILDRESS, , 2013, p. 124. (acréscimos nosso)

Portanto, se exercido nos termos apresentados, o consentimento livre e esclarecido, se constitui como a materialização da autonomia do paciente por meio do ato autônomo concreto de consentir ou recusar um dado procedimento médico. E tal consentimento se torna princípio operativo da autonomia, por intermédio da objetividade moral, incorporado pelo Respeito à Autonomia, o qual pode ser demonstrado na seguinte fórmula:

A Ação X é um consentimento informado da pessoa P para a intervenção I se e somente se:

1. P recebe uma *divulgação* completa sobre I,
2. P *compreende* a divulgação,
3. P age *voluntariamente* ao realizar X,
4. P é *competente* para executar X, e

<sup>644</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 235.

<sup>645</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 101.

5. P *consente* com I.<sup>646</sup>

Portanto, configura-se aqui a fórmula prática do princípio de Respeito à Autonomia elaborada por Beauchamp e Childress e quaisquer erros ou omissões em quaisquer das etapas ou requisitos que o compõem comprometem a sua idoneidade, enquanto valor biomédico, colocando em risco o respeito pela autonomia do paciente, o qual é identificado como respeito prático à dignidade e à integridade das pessoas, quando no papel dos pacientes ou dos sujeitos de pesquisa. Assim, o consentimento livre e esclarecido, fundamentado no respeito à autonomia, deve ser entendido como um processo dialógico, durante toda a relação terapêutica, mais do que um simples formulário originado de uma relação meramente contratual.

Apesar de se tratar de uma prática moral para a boa relação entre médico, pacientes e sujeitos de pesquisa, legislada em lei brasileira, ainda existem aqueles que questionam a utilidade do consentimento livre e esclarecido do paciente. E ao revisar a literatura especializada, o bioeticista Miguel Kottow (2007) encontrou sete argumentos comuns entre os profissionais de saúde que resistem à prática, a saber:

- É uma invasão da sociedade na atividade médica.
- É uma imposição aos pacientes que não desejam exercê-la.
- É uma atividade inútil porque o paciente não consegue entender as informações.
- A informação é desnecessariamente perturbadora para o paciente.
- O paciente reage com um aumento ou exacerbação de seus sintomas.
- Aumenta a resistência e a recusa dos pacientes em aceitar o que é proposto.
- Complica e estende o encontro clínico além do que seja razoável.<sup>647</sup>

Por certo, todas as queixas guardam algum grau de legitimidade, apesar de o paciente poder objetar, com razão, contra a prática médica fechada em seu próprio domínio. Afinal, tais críticas ao consentimento acabam por colocar em teste práticas errôneas e *pro forma* do princípio operativo, o que gradativamente tende a limitar a participação ativa de pacientes e médicos em formação. Daí que não se pode esquecer que, mesmo havendo fragilidades no processo de consentimento,

os procedimentos referentes ao consentimento foram planejados para possibilitar a escolha autônoma, mas cumprem também outras funções, incluindo a proteção dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa contra danos e o encorajamento dos profissionais médicos para que ajam de forma responsável nas interações com pacientes e sujeitos de pesquisa.<sup>648</sup>

---

<sup>646</sup> FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 275. [grifo do original].

<sup>647</sup> KOTTOW, 2007, p. 148.

<sup>648</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 162.

A busca pelo consentimento informado instaura a necessidade de uma nova habilidade às equipes médicas, a da comunicação atenciosa e eficiente, a partir da posição de que todo paciente é por si mesmo um autônomo e, portanto, usufrui do direito moral de tomar suas próprias decisões em saúde. Esta disposição médica pressupõe a formação médica em uma gramática ética e não exclui o entendimento médico a respeito do que seja melhor para paciente, mas o coloca, apesar da assimetria da relação, em uma conformidade de troca de informações, tendo em vista a formação do consentimento do paciente que inclui, por óbvio, a possibilidade da recusa sobre o plano ofertado para que ocorra a intervenção médica.

Neste processo de efetivação da autonomia do paciente, o médico, como consequência, enfrenta muitas tensões advindas de sua posição e dos limites de sua atuação, afinal, este profissional precisa desempenhar muitas funções e atentar-se para inúmeras reivindicações ligadas à natureza de sua própria atuação, enquanto especialista em um cenário cada vez mais complexo e comprometido com múltiplos fatores associados à biotecnologia (carro-chefe da economia do século XXI), ao avanço dos conhecimentos e das práticas biomédicas (impossíveis ao acompanhamento médico), às políticas de saúde definidas fora da relação médico-paciente-doença (agências de saúde nacionais e internacionais, comitês científicos nacionais e internacionais, empresa públicas e privadas de saúde) à impessoalidade crescente na relação médico-paciente, entre outros. Não se desconsidera, portanto, haver sobre a atuação médica reivindicações éticas, profissionais, mercadológicas e jurídicas. E historicamente a discussão ética é a que sempre chegou por último deixando estes profissionais à mercê da necessidade de respostas rápidas para conflitos emergentes, inclusive, por seu caráter de originalidade diante da acelerada evolução científica.

Por fim, reforçamos que o encontro entre o médico e o paciente não deve exibir uma reunião entre um técnico e um corpo doente, mas antes, o encontro entre pessoas que cultivam o respeito mútuo e o reconhecimento incondicional da dignidade humana presente nas pessoas envolvidas.

### **3.3.1 Covid-19: um caso brasileiro malsucedido de consentimento livre e esclarecido**

A presente pesquisa foi escrita sob olhar atento no noticiário de 2020 tendo por certo que se trataria de um ano ímpar na história da medicina global. A pandemia da Covid-19<sup>649</sup>,

---

<sup>649</sup> Covid-19 quer dizer *coronavirus disease 2019*, em português, doença do coronavírus 2019. Também é tratada por cientistas como SARS-CoV-2, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, ou seja, síndrome respiratória

uma síndrome respiratória aguda grave por coronavírus (SARS-CoV-2), representou uma corrida mundial pela descoberta, produção e distribuição de uma vacina (medida preventiva) ou de um medicamento (medida terapêutica) que buscase impedir a contaminação da população contra um vírus até então desconhecido pela comunidade médica-científica. Do ponto de vista das respostas bioéticas, a pandemia expôs um cenário inédito, já que o tratamento e a prevenção para o Sars-CoV-2 ainda não eram conhecidos pela taxonomia epidemiológica.

Para entender o contexto da busca pelas soluções, esboça-se uma breve cronologia das contingências em torno da crise sanitária de alcance mundial e o seu impacto no uso do consentimento livre e esclarecido adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Esta linha do tempo começa em dezembro de 2019, quando ocorre a notícia da circulação de um novo vírus em território chinês.

Em 30 de janeiro do ano seguinte, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto do novo coronavírus como emergência de saúde pública de interesse internacional (PHEIC), o mais alto nível de alarme da OMS<sup>650</sup>. Neste momento, o vírus havia se espalhado pelo mundo e vários alertas nacionais foram disparados a fim de notificar populações e mobilizar instituições de pesquisa e assistência médicas. Era crescente o entendimento que se tratava de um vírus com rápida circulação e as primeiras mortes começaram a ser reportadas.

No final de fevereiro daquele ano, o Ministério da Saúde acompanhava dois potenciais casos de contaminação no Brasil: um, no Rio Grande do Sul, e outro, em São Paulo. O caso de São Paulo foi confirmado e os brasileiros já se encontravam em alerta por terem seguido, pela imprensa, em 9 de fevereiro de 2020, o processo de repatriação de trinta e quatro brasileiros que viviam na cidade chinesa de Wuhan.

Não havendo vacina, medicamento para profilaxia, ou tratamento da Covid-19, a comunidade médico-científica buscou, além de produzir uma vacina, identificar algum fármaco que pudesse ter efeito positivo e seguro sobre o tratamento da gripe, a qual ocorria com graves implicações pulmonares. Um caminho razoável diante do número crescente de mortes e a consequente acentuação de uma crise sanitária que fazia o mundo se lembrar da gripe de 1918.

A apreensão e mobilização dos cientistas biomédicos, até o final de 2020, produziu mais de 90.000 estudos sobre a Covid-19, conforme verificado na base do PUBMED, repositório *on-*

---

aguda grave por coronavírus 2. O número 2 é relativo à semelhança do patógeno com outro vírus causador de síndrome respiratória aguda grave.

<sup>650</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Timeline: WHO's COVID-19 response. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>. Acesso em: 20 jan. 2021.

*line* da Biblioteca Nacional de Medicina dos Institutos Nacionais de Saúde dos E.U.A (NIH/NLM). E o fato de tratar-se de uma plataforma aberta para consulta de pesquisas biomédicas abriu espaço para a opinião pública considerar pesquisas científicas ainda em andamento como fonte de informações inequívocas da área médico-científica. O que demonstrou constitui-se um grave erro para o caso de análises envolvendo pesquisas com ensaios clínicos, as quais são dependentes de várias etapas para confirmação ou não de suas hipóteses. E tal erro trouxe à luz outro dilema, o qual é próprio da cultura contemporânea: a imprescindível urgência em que se possa distinguir informação de conhecimento, um problema sempre analisado pela filosofia, mas que, entre os contemporâneos, tem gerado uma série de transtornos, em razão do aumento de fraudes, inclusive, científicas, com vinculação rápida por meio do nascimento das chamadas *fake News* ou notícias falsas.

Um artigo, em especial, se destacou na verificação de um alegado benefício das substâncias cloroquina, hidroxiclороquina e azitromicina para o tratamento da Covid-19<sup>651</sup>. Trata-se de uma pesquisa francesa, a qual foi publicada na revista *Lancet*, em 14 de março de 2020. Contudo, em 22 de maio do mesmo ano, o artigo foi retratado por conter informações insuficientes para hipótese defendida<sup>652</sup>. Pelo Brasil, em 24 de abril, cientistas brasileiros já haviam publicado, em revista internacional, um estudo que desaconselhava o uso das substâncias<sup>653</sup>. Este estudo foi bem-recebido pelos pares, por utilizar o estudo clínico do tipo randomizado, ou seja, o tipo de estudo que se baseia na comparação entre duas ou mais intervenções, a fim de conferir maior grau de certeza às hipóteses analisadas. Ela é reconhecida como o tipo de pesquisa mais segura quando se trata de investigações de saúde.

Outra pesquisa, datada de 14 de maio de 2020, se destacou por ter observado, em ensaio do tipo randomizado, que os eventos adversos eram maiores em pesquisados que faziam o uso da hidroxiclороquina do que aqueles eventos observados nas pessoas que não faziam uso desta medicação<sup>654</sup>. Em síntese, em maio já havia o conhecimento de uma pesquisa que atestava o prejuízo das substâncias, não somente a sua insuficiência em tratar a doença. E assim, sob muitas críticas da comunidade científica em vista da demora de se posicionar contra o uso das

---

<sup>651</sup> Essas substâncias são usadas respectivamente: Azitromicina, como antibiótico para o tratamento de infecções bacterianas, Hidroxiclороquina, para a prevenção e tratamento de malária sensível à Cloroquina, e esta última no tratamento e profilaxia de malária, em regiões onde a enfermidade é susceptível ao seu efeito.

<sup>652</sup> MEHRA, 2020..

<sup>653</sup> BORBA, 2020.

<sup>654</sup> TANG; *et al.* 2020.

substâncias cloroquina e hidroxicloroquina, em 17 de julho, a Organização Mundial da Saúde encerra a pesquisa que conduzia sobre o uso das substâncias<sup>655</sup>.

Em 16 de abril, o Conselho Federal de Medicina brasileiro emitiu resposta a uma consulta pública sobre o uso destas substâncias e, após registrar a inexistência de pesquisas que atestassem que os benefícios superavam as contraindicações das substâncias, o CFM emitiu novo parecer reconhecendo o uso em “condições excepcionais” demarcando que “o princípio que deve obrigatoriamente nortear o tratamento do paciente portador da COVID-19 deve se basear na autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente”<sup>656</sup>, um contrassenso, já que o próprio CFM reconhecia não poder recomendar qualquer substância “com segurança”<sup>657</sup>. A ação dúbia na prática implicou em uma gama de pacientes exigindo o uso dos medicamentos, após a sua promoção por parte do Ministério da Saúde.

Esta promoção ocorreu oficialmente em 20 de maio de 2020, quando já se conheciam pesquisas no Brasil e fora do país desaconselhando o uso das substâncias. Havia, inclusive, aquela que demonstrava que os efeitos adversos sobre a condição de saúde eram maiores sobre as pessoas que as usavam. Ainda assim, o Ministério da Saúde divulgou diretrizes para o tratamento medicamentoso, com estas substâncias, de pacientes com Covid-19<sup>658</sup>. Junto com a diretriz, uma cartilha de orientação para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19<sup>659</sup> e um Termo de Ciência e Consentimento foram publicados para o uso de Hidroxicloroquina /Cloroquina<sup>660</sup> em todo Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir deste momento, o uso de cloroquina, da hidroxicloroquina e da azitromicina havia se tornado uma política de saúde pública no Brasil para o tratamento da Covid-19, embora

<sup>655</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Timeline:** WHO’s COVID-19 response. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!> Acesso em: 20 jan. 2021.

<sup>656</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Brasília, p. 1-7, 2020, p.7. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4> Acesso em: 02 dez. 2020.

<sup>657</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Brasília, p. 1-7, 2020, p. 4. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4> Acesso em: 02 dez. 2020.

<sup>658</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde divulga diretrizes para tratamento medicamentoso de pacientes.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-tratamento-medicamentoso-de-pacientes> Acesso em: 01 dez. 2020.

<sup>659</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de orientação para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19.** <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf> Acesso em: 01 dez. 2020.

<sup>660</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Termo de Ciência e Consentimento para uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/images/pdf/2020/May/20/Termo-de-Cie--ncia-e-Consentimento-Hidroxicloroquina-Cloroquina-COVID-19.pdf> Acesso em: 01 dez. 2020. **Nota:** No fechamento desta dissertação, verificou-se que o termo de consentimento havia sido retirado do domínio eletrônico e, portanto, ele será incluído na dissertação na forma de anexo.

a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 09 de março de 2020, houvesse emitido uma nota desaconselhando o uso destas substâncias<sup>661</sup>.

Diante da decisão brasileira de uso da cloroquina, da hidroxicloroquina e da azitromicina no tratamento da Covid-19, não considerando a discussão no meio científico, muitos bioeticistas não tiveram dúvidas de que se tratava de ação perigosa por parte do Ministério da Saúde que preferiu arriscar a saúde da população com um procedimento *off label*, a buscar por vacinas, como faziam outros países pelo mundo. No artigo *A integridade na ciência e a Covid-19: o caso da utilização da hidroxicloroquina ou cloroquina* (2020), José R. Goldim e Marcia Fernandes colocam a decisão brasileira nos seguintes termos:

A prescrição da Cloroquina e da Hidroxicloroquina não mais caracteriza-se como uma pesquisa legitimada, portanto, a noção do risco criado por um procedimento diagnóstico ou terapêutico ou por uma intervenção de pesquisa, inerente às pesquisas com seres humanos, não se encaixa neste contexto. Ao contrário, o que há é uma certeza de ação danosa contra àqueles expostos à orientação ou ao estímulo de fazer uso destas medicações para enfrentar a COVID-19. Há ofensa aos direitos da personalidade e às boas práticas assistenciais e de pesquisa, consubstanciando a uma inadequação ética. Estes reflexos são aqui espelhados na possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.<sup>662</sup>

Mais um longo extrato para demonstrar o problema por detrás da prescrição de medicamentos sem comprovação científica. Neste mesmo artigo, os autores nomeiam o problema como um tipo de “fraude científica” ou “engano deliberado de terceiros” performando “ofensa à sua dignidade [da pessoa e da ciência]; aos padrões éticos e jurídicos adequados para o enfrentamento da pandemia e à integridade científica para a publicização de resultados de pesquisas”<sup>663</sup>. Lembramos que um traço da prática médica contemporânea é a sua orientação pelo diálogo com a produção científica iniciada com o advento da modernidade.

O médico, mais uma vez, modifica suas funções em resposta às mudanças sociais. Ele se preocupa com a pesquisa e a organização, primeiro impulso de uma tecnologia. O método científico prevalece, o charlatanismo e as especulações teóricas são quebrados. A relação médico-paciente adquire bases sólidas e generaliza-se um método para levá-la ao campo científico.<sup>664</sup>

---

<sup>661</sup> ANVISA. **Nota Técnica sobre Cloroquina e Hidroxicloroquina**. Brasília, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/5k2bs2D> Acesso em: 01 dez. 2020.

<sup>662</sup> GOLDIM; FERNANDES, 2020, p. 220.

<sup>663</sup> GOLDIM; FERNANDES, 2020, p. 202..

<sup>664</sup> CRUELLES, 2005, p. 27.

Por isso, o consenso nas práticas médicas é agora o consenso advindo da ciência médica. A linguagem comum e transparente para a verificabilidade da validade de seu conhecimento e a higidez de suas práticas.

E qual seria o impacto de tal orientação do governo brasileiro para a prática do consentimento livre e esclarecido, o qual foi usado na administração farmacológica de substâncias com prejuízo para a saúde das pessoas ou, no mínimo, sem benefícios para a cura da doença para a qual são utilizadas? Para refletir sobre esta questão, primeiro analisemos rapidamente o Termo de Ciência e Consentimento (Anexo 1)<sup>665</sup>, o qual foi emitido pelo Ministério da Saúde.

Conforme se lê no primeiro item sobre “diagnóstico e tratamento”, o termo assume a indicação da medicação como “tratamento/ procedimento” para o diagnóstico da Covid-19. A questão é que, por todo o exposto, não há tratamento nem procedimento medicamentoso para a Covid-19<sup>666</sup> e, diante de tal fato, o certo seria informar que tal “terapia” possui caráter experimental, com benefícios desconhecidos, enquanto os riscos no uso das substâncias já são amplamente catalogados. Assim, o modo como o Termo se utiliza da linguagem depositada sobre as palavras “tratamento/procedimento” confunde o ouvinte, pois o faz crer que existe algum benefício terapêutico, mesmo que em seguida se pontuem vários efeitos colaterais. Ao mencionar esses efeitos, por uma comunicação que se inicia a partir de um suposto tratamento, eles se tornam menores, já que a maioria dos usuários de medicamentos reconhece ser próprio das medicações algumas espécies de efeitos colaterais. Além disso, tendo em mente que uma cultura onde o paternalismo médico é sedimentado, aceito e estimulado, a ideia de que um médico indicasse um procedimento sem benefícios se mostra, para a intuição comum, como algo impensável.

Grande parte da população buscou tal terapia crendo que ela poderia, de alguma forma, promover ao menos o não agravamento da doença, o que se mostrou errôneo, uma vez que as pesquisas da doença avançaram e ratificaram o questionamento feito a esta afirmativa, assim também como os casos graves de contaminação e morte, por negligência de alguns, por resistência às orientações sanitárias, da parte de outros, ou pela ausência de vacina.

Outro ponto de indução ao erro foi a citação no Termo da pesquisa francesa, ao enunciar potenciais benefícios encontrados no uso de tais substâncias. Apesar da pesquisa ter sofrido

---

<sup>665</sup> Durante a revisão final deste texto, observou-se que o Termo de Ciência e Consentimento para uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina foi retirado do sítio digital do Ministério da Saúde. Então, optou-se em acrescentar o formulário como anexo a esta pesquisa. A retirada deve ter ocorrido em janeiro de 2021.

<sup>666</sup> Nesse sentido, trata-se paliativamente, na medida do possível, sintomas oriundos da Covid-19. Não a doença propriamente dita.

desconfiança e críticas relacionadas ao seu método de investigação, vindo a sofrer retratação em 22 de maio de 2020, três dias antes da publicação das diretrizes brasileiras para uso das substâncias aqui apontadas, o Ministério da Saúde brasileiro ainda manteve o Termo nos moldes em que foi publicado inicialmente. O que não há dúvida, configura dano claro ao paciente já que a informação retratada pela comunidade científica alterou completamente a sua capacidade de se assentar sobre regras de verdade, transparência e responsabilidade com o paciente.

No item procedimentos, benefícios, riscos e alternativas do Termo, são descritos como principais efeitos colaterais a redução de glóbulos brancos, a disfunção do fígado, a disfunção cardíaca, as arritmias e as alterações visuais por danos na retina. Também é mencionada a incapacidade, temporária ou permanente, e o óbito. Estas informações tomam a maior parte do termo indicando se tratar de um termo de consentimento precário, ao projetar demasiadas preocupações com os riscos associados enquanto não projeta benefícios reais, uma prática muito comum da Medicina Defensiva<sup>667</sup>, excessivamente preocupada com ações de responsabilização médica por atos que possam ser considerados danosos ao seu paciente. Torna-se importante dizer que, na medicina defensiva, os termos não são vistos primariamente como oportunidade de promover a autonomia do paciente, mas somente como meios de isentar o médico de prejuízos legais advindos de procedimentos malsucedidos. O que neste caso é bastante grave já que o Termo se encontra maculado por informações imprecisas e falsas violando, assim, os padrões de conduta responsável no trato técnico com a saúde do paciente.

Na parte final do Termo, o texto de autorização do paciente corrobora com a precariedade do processo de consentimento, ao dizer que: “por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/ autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo”<sup>668</sup>. Não é mencionada a forma como serão administradas as substâncias, afinal, seja lá a forma que ocorrer, as únicas informações em consenso médico-científicas são aquelas atreladas aos efeitos adversos de tais substâncias ao tratamento das doenças originais ao uso dos fármacos.

Por todo o exposto, se considera este um documento constituído de má-fé e, portanto, bioeticamente imoral, pois se utiliza da força institucional para dissimular um tratamento que

---

<sup>667</sup> Na concepção legal do consentimento livre e esclarecido, “que tem a medicina defensiva como referencial, se entende que o termo de consentimento informado é um instrumento documental, que deve ser assinado pelo paciente e que tem como objetivo constituir provas para uma futura defesa de um eventual processo judicial de responsabilidade médica”. O uso do consentimento para este fim desvirtua a concepção bioética que tem a autonomia do paciente como referencial de seu exercício e aprimoramento ao longo dos anos. MINOSSI; SILVA, 2013, p. 498..

<sup>668</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Termo de Ciência e Consentimento para uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/images/pdf/2020/May/20/Termo-de-Cie--ncia-e-Consentimento-Hidroxicloroquina-Cloroquina-COVID-19.pdf> Acesso em: 01 dez. 2020.

não está disponível para a comunidade e que não se constituiu efetivamente eficaz. Faz-se a observação de que seu conteúdo tenta transferir ou dividir a responsabilidade, por meio do consentimento enganoso e, portanto, malsucedido para e com o paciente. O que ocorre é que, formulado sob falsas informações, este consentimento não atende à promoção de uma ação autônoma no termos tratados por nós. Para uma decisão válida, do ponto de vista bioético, além da informação ter que ser explícita, compreensível, suficiente e condizente com a realidade do procedimento proposto, ela precisa ser igualmente não tendenciosa, ou seja, não conter qualquer tipo de manipulação ou desinformação.

Não há dúvida, portanto, que o documento em pauta é uma amostra de um termo de consentimento livre e esclarecido que nada tem de livre e, muito menos, de esclarecido. É uma peça jurídica formada a partir da criação de uma falsa informação sobre um possível “tratamento”, inclusive, precoce, a Covid-19, o que é enganoso. Do ponto de vista jurídico, esta intenção é conhecida pelos tipos de informação predominantes e, sobre o seu grau de detalhamento, comenta Joaquim Clotet (2000):

Na realidade alguns deles têm uma redação tão técnica e detalhada que sua finalidade parece ser outra. Poderiam ser caracterizados como pretensos termos de isenção de responsabilidade para o pesquisador e eventuais patrocinadores, na medida em que todas as informações estão ali contidas e o participante autorizou a realização dos procedimentos.<sup>669</sup>

Em suma, este tipo de consentimento se mostra como símbolo de um tratamento público a uma emergência sanitária, o qual não considera a importância da informação apurada para a escolha qualificada pelo paciente. Além disso, não abarca o prejuízo real e o risco à saúde por detrás do uso de substâncias com efeitos adversos e perigosos para um tratamento que não produzirá qualquer benefício apontado por pesquisas médicas. Neste caso, criando novos problemas associados a não adesão comportamental de medidas preventivas de saúde por parte das pessoas que confiam na existência de um tratamento.

O documento também demonstra os prejuízos de uma governança pública desatenta as boas práticas de saúde e ao necessário zelo da economia no agenciamento de políticas públicas eficientes para a população que precisa confiar em suas ações políticas. Soma-se a tudo isso, o prejuízo para a prática médica que segue, até o momento, sem promover um debate responsável a respeito das medidas de enfrentamento da Covid-19, as quais não foram adotadas pela agência governamental responsável pela administração e pela manutenção da saúde pública do país.

---

<sup>669</sup> CLOTET, 2000, p. 80.

Diante deste contexto, a banalização de um instrumento não plenamente introduzido na cultura médica do país traz profundos prejuízos a ele, à medicina e à relação médico-paciente. De um lado, alimentado a desconfiança do paciente, no momento em que ele constata não ter recebido o tratamento consentido e, de outro lado, o desagrado do médico, no momento em que percebe a banalização de sua ciência e prática, materializada pela crescente insatisfação social com o seu o compromisso de promover o bem-estar dos pacientes. Em meio à descrença, todos perdem: o médico, o paciente, a ciência e, neste caso, a sociedade brasileira. Portanto:

Se estivermos comprometidos com a autonomia baseada em princípios, devemos também estar comprometidos em rejeitar os princípios de destruição, lesão, coerção e engano, [...]. Esses compromissos assumidos de forma abstrata fornecem um andaime para a construção de obrigações e direitos específicos, instituições e políticas necessárias em circunstâncias particulares, incluindo obrigações de construir e manter instituições, práticas e relacionamentos confiáveis. Sem instituições e práticas confiáveis e meios de assegurar um cumprimento razoavelmente bom de seus requisitos, os princípios éticos fundamentais seriam facilmente violados ou deixados de lado.<sup>670</sup>

Apontamos, assim, como verdade assentada que “os requisitos de consentimento informado são um aspecto de instituições e práticas confiáveis”<sup>671</sup>, conforme a revolução que promoveu na medicina nos últimos cem anos.

### **3.4 A autonomia respeitada pelo princípio de Respeito à Autonomia de Tom L. Beauchamp e James F. Childress**

Os principais componentes para a avaliação da natureza do princípio de Respeito à Autonomia foram tratados até o subitem anterior. Cabe a nós agora caracterizar, de forma explícita, a concepção de autonomia, a qual foi formulada por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, de modo que o seu conteúdo, desempenho e força, conforme concebemos, fiquem apontados aqui para empregar *status* moral à ética biomédica produzida por esses autores.

De pronto, concordamos parcialmente com Jonathan Pugh (2020) que diz que “dada a diversidade de abordagens ao conceito de autonomia, parece improvável que seremos capazes de capturar a essência da autonomia, tentando unir todos as contas díspares em uma única teoria”<sup>672</sup>. Nossa discordância é parcial porque reconhecemos que a concepção de pessoa autônoma originou ao menos duas características mais persistentes ao agente moral: a ideia de

---

<sup>670</sup> O’NEILL, 2004, p. 145.

<sup>671</sup> O’NEILL, 2004, p. 145.

<sup>672</sup> PUGH, 2020, p. 8.

liberdade tida como independência de influências controladoras e a ideia de agência concebida como capacidade de ação intencional ou voluntária. Como vemos, duas características complementares ao projeto moderno de autonomia pessoal.

Contudo, ao analisar o programa conceitual, ontológico e metafísico da pessoa autônoma, ao qual o conceito de agente moral se ancora, o que se depreende dele é uma análise do que seja pessoa autônoma e, portanto, daquilo que seja o agente autônomo. Este projeto, focado sobretudo em atributos estruturais e persistentes da personalidade, não nos diz muito sobre a operação moral da autonomia e, por isso, Beauchamp e Childress insistem que não se deve confundir o princípio de Respeito à Autonomia com o ideal de autonomia pessoal. Assim,

autonomia é um termo de arte introduzido por um teórico na tentativa de entender uma rede emaranhada de intuições, questões conceituais e empíricas e reivindicações normativas. O que é preciso, portanto, é um estudo de como o termo está conectado a outras noções, qual o papel que ele desempenha na justificação de várias afirmações normativas, como a noção deve fundamentar atribuições de valor e assim por diante - em suma, uma teoria”.<sup>673</sup>

Nada mais natural que diferenciar uma noção mais geral de autonomia pessoal, política e jurídica, daquela noção de autonomia que pode propriamente se tornar um paradigma em bioética. Esta necessidade, para Beauchamp e Childress, responde ao panorama comum dos ambientes de saúde que demonstram cotidianamente que “pessoas autônomas com capacidades de autogoverno falham em governar a si mesmas em suas escolhas, em razão de restrições temporárias impostas pela doença ou pela depressão, pela ignorância, pela coerção ou por condições que restringem suas opções”<sup>674</sup>.

Deste modo, afirmamos que não basta somente uma concepção ideal de autonomia para se dar conta da prática das decisões a serem feitas no campo da saúde. A preocupação mais urgente do trabalho dos dois autores foi o desejo de fornecer um referencial bioético que fosse capaz de combater aos abusos praticados em nome do paternalismo médico, uma prática nociva que considera *a priori* pacientes e sujeitos de pesquisa como pessoas não autônomas.

O primeiro desafio dos autores foi a derivação de uma norma prática a partir do princípio abstrato, autonomia, de modo que este princípio pudesse oferecer uma estrutura para o julgamento moral e para a tomada de decisão em cuidados médicos, por meio de seu espírito normativo, de justificação primeira dos princípios, normas ou regras práticas derivados deste princípio geral. Este princípio prático – ligado ao princípio abstrato, geral e substancial – é o

---

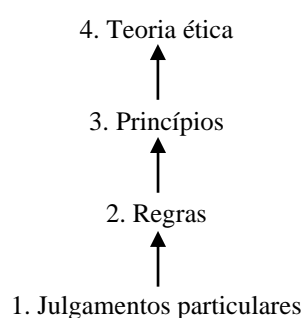
<sup>673</sup> DWORKIN, 2008, p. 7.

<sup>674</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 138.

que poderia oferecer um paradigma de aplicabilidade da autonomia nas relações e práticas estabelecidas no interior das ciências biomédicas.

Em conexão com a defesa de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, de que a ética biomédica seja um tipo de ética prática ou ética aplicada, ratificamos que “em contraste com a *ética teórica*, [ela] emprega conceitos e normas gerais para tratar de problemas específicos. O termo *prática* refere-se ao uso de normas e outros recursos morais na deliberação sobre problemas, práticas e políticas em profissões, instituições e políticas públicas”<sup>675</sup>. Em bioética, o princípio abstrato precisa esboçar uma norma prática, já que não há dúvidas de que a justificação da correção ou incorreção de um ato “ocorre se e somente se princípios e regras gerais, juntamente com os fatos relevantes de uma situação, apoiam uma inferência dos julgamentos corretos ou justificados”<sup>676</sup>. Regras e princípios práticos abarcam e justificam pareceres particulares, enquanto a teoria ética, formada por princípios abstratos, abrange e fundamenta tais regras e princípios, e esta é a diagramação proposta pelos autores.

Figura 4 - Modelo de justificação para julgamentos bioéticos



Fonte: BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 31.

O princípio prático, enquanto norma básica, ideia regulativa, deve responder aos dois objetivos implícitos nas prescrições bioéticas: a clarificação teórica dos problemas e conflitos presentes na rotina biomédica e a promoção e a apreciação de critérios éticos para resolvê-los. Assim, a partir da presunção da independência de influências controladoras e da capacidade de ação intencional como premissas básicas da autonomia, os autores afirmam que o papel do princípio de Respeito à Autonomia é propriamente extrair um valor moral do conteúdo ontológico ligado às pessoas.

<sup>675</sup> BEAUCHAMP,; CHILDRESS, 2013, p. 2. [grifo do original].

<sup>676</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 30.

Nesse sentido, o ponto de partida axiológico, respeito, é o que propriamente confere à autonomia substancial condições de performar normas e regras mediadoras das relações entre médicos e pacientes e, neste ponto, os autores se mantêm alinhados com um fundamento da moral kantiana, ao apontar que este autor expressa que “os seres racionais se chamam *pessoas*, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (e é um objeto do respeito)”<sup>677</sup>.

Para Kant, só o respeito pode exprimir adequadamente uma resposta ao fato da dignidade de todo ser racional, neste caso, o que é propriamente chamado pessoa. Extraído o valor moral, respeito, Tom Beauchamp (2010) expressa mais explicitamente o que se encontra implícito no princípio de Respeito à Autonomia:

Respeitar um agente autônomo é reconhecer com o devido apreço as capacidades e perspectivas dessa pessoa, incluindo o direito de controlar seus negócios, de fazer certas escolhas e de tomar certas ações com base em valores e crenças pessoais. Os agentes autônomos têm o direito de determinar seu próprio destino e o respeito requer a não interferência em suas ações. O respeito envolve reconhecer os direitos de tomada de decisão e permitir que as pessoas ajam, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou rebaixam os direitos de autonomia dos outros.<sup>678</sup>

Uma das críticas direcionadas ao princípio de Respeito à Autonomia refere-se à fundamentação mais geral dada à teoria dos Princípios de Ética Biomédica, de Beauchamp e Childress. Segundo Clouser e Gert (1990), Beauchamp e Childress elegeram quatro princípios, entre eles, a autonomia como um tipo de “lista de verificação”<sup>679</sup> de valores importantes para a moralidade sem, contudo, terem sido capazes de conferir consistência a esta teoria.

Usar princípios como substitutos das teorias parece-nos um esforço involuntário de nos apegarmos a quatro tipos principais de teoria ética: a beneficência incorpora Mill; autonomia, Kant; justiça, Rawls; e não-maleficência, Gert. Apresentar o assunto com muitos princípios sugere que os princípios foram integrados em uma teoria unificada enquanto o oposto exato é verdadeiro. As quatro principais teorias são reduzidas a quatro princípios dos quais os agentes são orientados a escolher e escolher o que bem entenderem, como se alguém pudesse ser às vezes kantiano e às vezes utilitarista e às vezes algo mais, sem se preocupar se a teoria que está usando é adequada ou não.<sup>680</sup>

Colocada dessa forma, quanto à teoria geral, produzida sobre a caracterização dos princípios *prima facie*, tal crítica, apesar de importante, não se constitui como um ataque

<sup>677</sup> KANT, 2007, p. 68. [grifo do original].

<sup>678</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 80.

<sup>679</sup> CLOUSER; GERT, 1990, p. 222.

<sup>680</sup> CLOUSER; GERT 1990, p. 223.

vigoroso à coerência interna da teoria de ética biomédica. Há uma certa ingenuidade na crítica, pela qual Will Kymlicka (1993) demonstra, após passar quatro anos analisando as principais teorias morais, a saber, 1) utilitarismo; 2) deontologia; 3) contratualismo; 4) lei natural e; 5) ética do cuidado – a existência de imprecisões quanto à alegada diferença dada como substancial entre os vocabulários e as operações normativas das cinco teorias. A fim de demonstrar o caráter híbrido algumas das teorias, Kymlicka (1993) expõe um debate ainda sem solução entre filósofos morais:

Considere a teoria de John Rawls. Geralmente é caracterizada como uma teoria contratualista (embora outros neguem, já que sua “posição original” exclui a possibilidade de barganha e diferenças de opiniões ou interesses). No entanto, Rawls descreve sua teoria como deontológica, enquanto outros insistem que seu método contratual de fato leva ao utilitarismo. Ainda outros argumentam que a ética do cuidado está implícita em seu relato da posição original.<sup>681</sup>

Deste ponto, considerando a necessidade de responder aos desafios originados nas condutas biomédicas, Will Kymlicka (1993) argumenta que qualquer teoria moral sempre manifestará limites e imprecisões, ao ser levada a responder aos desacordos dos campos práticos, já que as teorias ideais abrigam inconsistências irreduzíveis quando expostas aos dilemas bioéticos. Justifica o filósofo que o melhor que se pode fazer é perguntar: “o que significa olhar para as coisas moralmente”<sup>682</sup>, a partir da assistência e da pesquisa biomédica? E o próprio Kymlicka responde:

precisamos de olhar, não para o que distingue as cinco teorias, mas para o que têm em comum - nomeadamente, um compromisso com o que podemos chamar de “ponto de vista moral”. Todos acreditam que existe uma perspectiva moral sobre as questões, que é distinta de uma perspectiva prudencial, científica ou estética, e que é definida por alguma noção de respeito pelas pessoas.<sup>683</sup>

Este respeito é o que é apropriado pelo princípio de Respeito à Autonomia e ele faz com que o interesse teórico de Beauchamp e Childress se direcione para a “tomada de decisão [que os] leva a enfocar a *escolha autônoma*, em vez das capacidades de governança e autogestão”<sup>684</sup>. Esta é a característica mais importante da natureza do princípio que passa despercebido a muitos de seus comentadores.

---

<sup>681</sup> KYMLICKA, 1993, p. 4.

<sup>682</sup> KYMLICKA, 1993, p. 10.

<sup>683</sup> KYMLICKA, 1993, p. 10.

<sup>684</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 102. [grifo do original].

Deixando de lado a disputa insolúvel entre os diferentes conteúdos reivindicados pelas diferentes teorias da autonomia, os autores identificam o seu princípio de autonomia como aquele que requer a fenomenologia do ato de se governar efetivamente partindo do ponto de que “ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo”<sup>685</sup> e que “esse respeito envolve a *ação* respeitosa, e não meramente uma *atitude* respeitosa”<sup>686</sup> daquele que atende o paciente ou o sujeito de pesquisa. Esta distinção entre ação e atitude respeitosa evidencia-se no baixo engajamentos dos médicos paulistas, quando perguntados a respeito do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa realizada por José M. Filho e William S. Hossne (2015)<sup>687</sup>. Enquanto 96% deles disseram ser a autonomia do paciente importante para a relação médico-paciente, apenas 26% disseram colocar o TCLE em prática com muita frequência. Muita frequência não parece significar uma prática de rotina.

O enfoque na ação autônoma como evidencia prática do respeito formaliza um princípio de autonomia que institui, ao seu tempo, não somente uma obrigação negativa do médico de não intervir de pronto nas decisões de seus pacientes mas também a obrigação positiva de sustentar mecanismos que abram espaço para a ação do paciente por meio da diminuição de seus temores e da criação de oportunidades reais para a escolha livre.

Por esta lógica, o interesse pela ação autônoma responde à necessidade de assegurar direitos às pessoas comuns, já que um problema partilhado pelas principais teorias da pessoa autônoma é o fato prático de que “poucos agentes, e também poucas de suas escolhas, seriam autônomas de acordo com seus modelos, que de fato apresentam um ideal utópico para a autonomia”<sup>688</sup> e que, por isso, “qualquer teoria que classifica atos que são da maior importância para nós no governo básico de nossos assuntos como não autônomos é moralmente perigosa e conceitualmente duvidosa”<sup>689</sup>. Então, a circunscrição do ato autônomo afasta os autores dos termos ideais da autonomia pessoal contidos nas teorias substantivas da pessoalidade, o que abre espaço para se falar em autonomia em grau e no contexto das decisões a serem tomadas.

Entendida a eleição do ato autônomo, em lugar dos atributos da autonomia pessoal para a prática da autonomia na ética biomédica, o princípio de Respeito à Autonomia, de Beauchamp e Childress, formaliza seu conteúdo normativo estabelecendo que “um agente é autônomo em relação a uma ação, incluindo um ato de tomar uma decisão, se for realizada: (1) intencionalmente, (2) com compreensão, e (3) sem controlar as influências que determinam sua

---

<sup>685</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 142.

<sup>686</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 143.

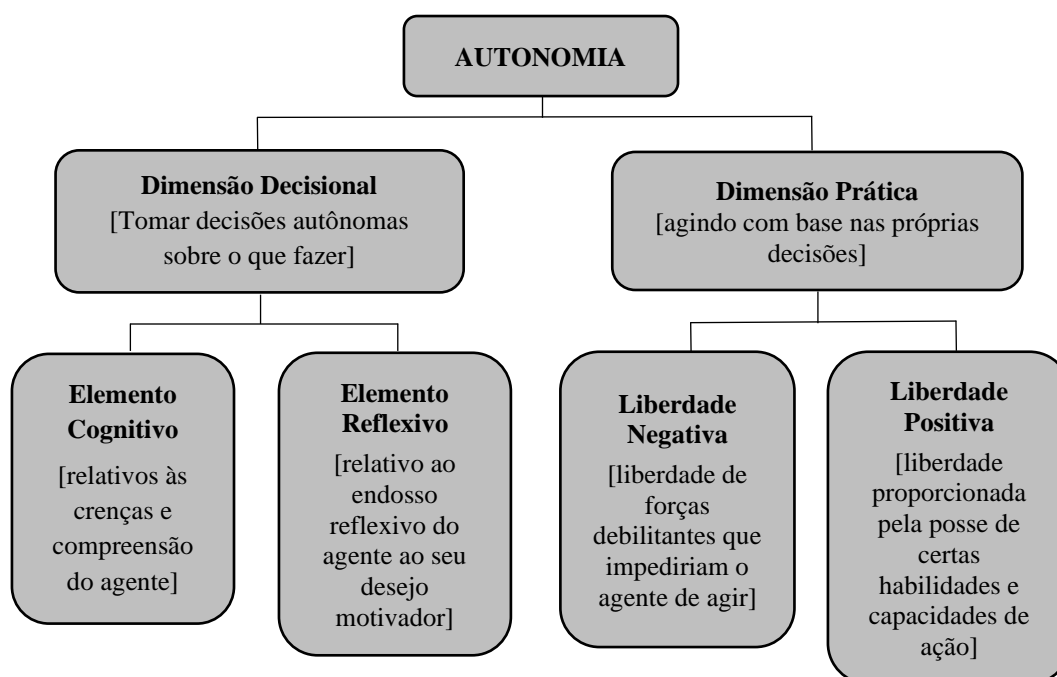
<sup>687</sup> FILHO; HOSSNE, p. 304-310, 2015.

<sup>688</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 140

<sup>689</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 81.

ação”<sup>690</sup>. Assim, podemos esboçar o conteúdo do princípio de Respeito à Autonomia por seu mapa operacional na forma do fluxograma que segue (Figura 5), mas não sem antes pontuar que os aspectos relacionados à liberdade material também se constituem como condições externas, tais como: alternativas reais para escolha de tratamento, ação ou escolha não forçada e posse das informações relevantes à escolha. Todas elas atos médicos de compromisso com a autonomia do paciente.

Figura 5 - Um mapa conceitual da autonomia



Fonte: PUGH, 2020, p. 16.

Legenda: Em que a Dimensão Decisional concerne à capacidade pessoal de compreender as informações importantes sobre a formação de sua escolha e em que a Dimensão Prática concerne às condições de liberdade para agir conforme a Dimensão Decisional acrescentando que a liberdade exige opções concretas sobre as quais o agente possa fazer opção, conforme o curso da ação requerida por ele?

Neste mapa conceitual da autonomia (Figura 5), foram inseridos os requisitos para o desempenho da ação autônoma, conforme analisados em tópicos anteriores. Sem demasiada fixação nas sutilezas envolvidas, abordamos os três componentes internos do agir autônomo, enquanto intencionalidade, compreensão e controle de influências (Figura 2). Dos três, somente a intencionalidade não opera por grau, pois um ato é intencional ou não intencional. Desta feita,

Para que uma ação seja classificada como autônoma ou não autônoma, são necessários pontos de corte nesses contínuos. Para fixar esses pontos, apenas uma satisfação substancial das condições de autonomia é necessária, não uma satisfação plena ou categórica das condições. A linha entre o que é substancial e o que é insubstancial

<sup>690</sup> PUGH, 2020, p. 9.

pode parecer arbitrária, mas os limites que marcam decisões substancialmente autônomas podem ser cuidadosamente fixados à luz de objetivos específicos de tomada de decisão, como decidir sobre uma cirurgia, comprar uma casa, escolher uma universidade para frequentar, fazer uma contribuição para a caridade, dirigir um carro e contratar um novo funcionário.<sup>691</sup>

Em outras palavras, para que os pontos de corte sejam caracterizados, a avaliação da autonomia deverá ser contextual e se tornar uma prática médica partindo da presunção de que todos os pacientes sejam pessoas autônomas até que se prove o contrário. Baseada na autonomia do paciente, esta avaliação deve considerar o tipo de decisão a ser tomada e o grau ou tipo de autonomia exibida pelo paciente concreto. Por isso, estando nós conscientes das generalizações exigidas pelos ideais de autonomia, a teoria de Beauchamp e Childress insiste em nos apontar a noção de incapacidade específica, em razão da ausência da autonomia ideal.

Para além dos casos paradigmáticos, onde a autonomia se encontra factualmente inexistente ou severamente comprometida, como ocorre com bebês, com incapazes por demência ou retardamento mental e nos casos de incapazes por outras doenças degenerativas, como o Alzheimer, a autonomia do paciente deve sempre ser pressuposta e a especificação de seu grau segue a realidade de que haja diferentes graus de incompetências no interior de um leque amplo de incapacidades que podem ser do tipo executivas (habilidades) ou de decisão (capacidades).

Os idosos em casa de repouso, por exemplo, muitas vezes experimentam uma restrição de suas escolhas, especialmente em questões rotineiras ou corriqueiras. Muitas pessoas que estão em asilos já sofreram algum declínio em sua habilidade de realizar escolhas pessoais, em virtude de debilitações físicas. Esse declínio da autonomia *executiva* não precisa vir acompanhado de um declínio na autonomia *de decisão* e, contudo, suas escolhas e decisões autônomas são frequentemente negligenciadas ou ignoradas pela instituição.<sup>692</sup>

E, não raras vezes, as decisões dos idosos são negligências única e exclusivamente para que se atendam às necessidades institucionais de estrutura, ordem, segurança e eficiência, as quais foram tornadas regras. A cultura paternalista não se preocupa com a vocalização das vontades dos pacientes, já que nela o foco é a doença, o que, por consequência lógica, nos faz suspeitar de que as restrições havidas nem sempre ocorram com a perspectiva do melhor interesse do paciente.

É sabido, por exemplo, que “pacientes do Sistema Único de Saúde podem sentir-se obrigados a concordar de maneira irrestrita por acreditarem que, ao discordar, perderão o direito

---

<sup>691</sup> BEAUCHAMP, 2010, p. 88.

<sup>692</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 193.

ao acompanhamento médico”<sup>693</sup>, o que é lamentável para a promoção da autonomia e sucede como ponto mais frágil de uma cadeia de relações que priva diferentes pacientes de serem gestores de sua própria sua saúde.

A posição teórica de Beauchamp e Childress responde a uma das perguntas que se mantiveram no horizonte do presente percurso investigativo, a saber: em razão do valor moral da autonomia para o usufruto dos bens associados à dignidade humana, valor discutível para o argumento geral desta pesquisa, de que modo seria possível equilibrar a defesa da autonomia para pessoas que se encontram em contextos de relativa ou total restrição de sua autonomia? A resposta, de antemão, pode ser esboçada pela orientação de tratar a todos como autônomos avaliando a autonomia real de cada paciente, tendo em vista o tipo de decisão que precisa ser realizada. A autonomia, como ação autônoma, portanto, é contextual e reconhecida por meio de mecanismos de avaliação que impedem que a ausência de autonomia seja pressuposta de forma arbitrária, categórica e sem uma avaliação de suas particularidades.

E, portanto, não há dúvidas sobre a importância de que protocolos avaliativos da autonomia sejam amplamente utilizados a fim de impedir que muitas das decisões dos pacientes sejam classificadas como não autônomas, o que, se for pressuposto, tende a restringir a manifestação de seus interesses, crenças e valores importantes às suas decisões de saúde. A manifestação tal qual a ação confere a eles sentido de pessoa, assim, o modelo de autonomia, o qual está contido no princípio de respeito à autonomia,

considera os valores e crenças do paciente como a principal consideração moral na determinação da responsabilidade moral do médico no cuidado dos pacientes: se os valores do paciente são confrontados diretamente com os da medicina, a responsabilidade do médico é repetir e facilitar a autodeterminação do paciente na tomada de decisões sobre seu destino médico.<sup>694</sup>

Por esta razão, tais exigências sustentam obrigações objetivas ao corpo médico, assistencial ou de pesquisa, para com seus pacientes e sujeitos de pesquisa. De um lado, por meio da obrigação negativa que esclarece que

o princípio exige que as ações autônomas não sejam submetidas às restrições de controle de terceiros. Afirma uma ampla obrigação que está livre de cláusulas excepcionais como ‘Devemos respeitar as opiniões e direitos dos indivíduos, desde que seus pensamentos e ações não prejudiquem gravemente outras pessoas’.<sup>695</sup>

---

<sup>693</sup> UGARTE, 2014, p. 275.

<sup>694</sup> MALIANDI; THÜER, 2008, p. 197.

<sup>695</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 107.

Ou seja, a autonomia, ao contrário do que afirmam alguns críticos, é um bem a ser promovido pelo corpo médico, mas isto não quer dizer que ela seja absoluta e impossível de ser contestada.

Um paciente em tratamento de HIV/ AIDS, que venha a colocar deliberadamente em risco outras pessoas, exige que o corpo médico invalide o seu direito à privacidade, a fim de prevenir danos àqueles que se encontram sob o risco iminente do contágio. Se a autonomia do paciente fere pessoas inocentes ou compromete os direitos destas últimas, outras pessoas podem restringir, de modo justificável, o exercício de autonomia do paciente. Neste caso, o princípio de justiça se sobrepõe ao princípio de Respeito à Autonomia e, desta forma, se estabelece um tipo de especificação que pode, dado a outros contextos, exigir novas especificações com a produção de exceções para que haja o manejo ético do princípio contemplando suas relativas normas e regras. O princípio é *prima facie*, não absoluto. Por outro lado, o princípio também estabelece uma obrigação positiva por meio do tratamento respeitoso

na divulgação de informações e ações que promovam a tomada de decisão autônoma. Muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a cooperação material de terceiros para disponibilizar opções. O respeito pela autonomia obriga os profissionais da área de saúde e pesquisa envolvendo seres humanos a divulgar informações, a sondar e garantir a compreensão e a voluntariedade e a promover a tomada de decisões adequadas.<sup>696</sup>

As obrigações positivas apoiam regras e normas bioéticas ainda mais específicas, tais como: “1. Diga a verdade; 2. Respeite a privacidade de outras pessoas; 3. Proteja informações confidenciais; 4. Obtenha consentimento para intervenções com os pacientes; 5. Quando solicitado, ajude outras pessoas a tomar decisões importantes”<sup>697</sup>. Regras formuladas sob a obrigação construtiva de outros para a incentivo da autonomia do paciente, as quais nos fazem ratificar a consideração de que exista uma abertura para pensar de forma mais detida uma dimensão relacional da autonomia, o que se constitui como uma oportunidade de nova investigação, visto que Beauchamp e Childress não se comprometeram, até o momento, em rebater ou esmiuçar este aspecto da autonomia.

Compreendidos os direitos dos pacientes e as obrigações do corpo médico para o exercício do paciente de sua autonomia, fica mais fácil constatar o papel que essas normas, as regras e o espírito moral do princípio materializam por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi adotado em forma jurídica por países ocidentais, inclusive, o Brasil. Este procedimento se tornou o principal vetor dos direitos relacionados aos princípios de respeito à

<sup>696</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 107.

<sup>697</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 107.

autonomia e de respeito pelas pessoas. Destacamos que, se executado eticamente, ele mostra-se capaz de mediar qualquer relação entre médico e paciente garantindo resultados mais positivos e/ou promissores quanto às decisões sobre tratamentos e possíveis intervenções médicas. Com o acréscimo de que, além do *status* moral, “estudos apontam diversos benefícios da adesão a este modelo: aumento da satisfação, melhora na qualidade de vida, aumento da confiança no tratamento e maior conhecimento acerca da própria enfermidade”<sup>698</sup>. Por isso, insistimos mais uma vez no uso correto da ferramenta para que esta não se torne ferramenta de desrespeito ao paciente, como ocorreu no uso brasileiro para dissimular o tratamento para a Covid-19.

Como o princípio de Respeito à Autonomia precisa também responder aos desafios colocados pelas pessoas não autônomas, pelos imaturos, incapacitados, ignorantes, coagidos ou explorados, ele próprio indica que, nestes casos, deve-se proceder com a eleição de um decisor substituto, familiar ou equipe médica, o qual seja capaz de realizar os melhores interesses do paciente. Interesses estes que possam no primeiro momento tentar garantir a vontade da pessoa, caso ela mesma pudesse escolher o seu tratamento.

Pessoas não autônomas possuem *status* moral e são igualmente merecedoras de respeito, neste caso, através da beneficência respeitosa. Tendo por certo que “o desrespeito à autonomia envolve atitudes e ações que ignoram, insultam, humilham ou são desatentas aos direitos de ação autônoma dos outros”<sup>699</sup>, o combate desta circunstância deve ocorrer sob uma nova forma de se relacionar, deve se tornar rotina por parte de médicos e por parte de outros profissionais das áreas biomédicas.

Encerrado este tópico, uma pergunta de cunho epistemológico precisa ser introduzida para melhor caracterização do princípio de Respeito à Autonomia. Em que sentido a noção de autonomia se manifesta capaz de alimentar uma teoria bioética que precisa ser consistente em sua forma, conteúdo e prática? A resposta a esta pergunta busca manifestar o caráter geral, normativo e substancial com que um princípio operativo pode conferir *status* moral às práticas e às relações que pertencem ao âmbito biomédico. Então, pergunta-se: por que a autonomia deveria ser reconhecida como valor moralmente relevante aos pacientes?

Tal pergunta metaética por anos não foi respondida por Beauchamp e Childress e, por isso, eles foram acusados por teóricos, alinhados às críticas de K. Danner Clouser e Bernard Gert (1990), de fazerem seleções arbitrárias de princípios que foram incorporados à teoria mais geral dos Princípios de Ética Biomédica. Contudo, na quarta edição (1994), os autores

---

<sup>698</sup> UGARTE, 2014, p. 275.

<sup>699</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 107.

Beauchamp e Childress anunciaram a moralidade comum<sup>700</sup> como fundamento dos princípios, incluindo o princípio de Respeito à Autonomia. Para os dois, os valores e princípios expressos por este cânone teórico têm sentido de universalidade:

Primeiro, a moralidade comum é um produto da experiência humana e da história e é um produto universalmente compartilhado. A origem das normas da moralidade comum não difere, em princípio, da origem das normas de uma moralidade particular para uma profissão. Ambos são aprendidos e transmitidos nas comunidades. A principal diferença é que a moralidade comum tem autoridade em todas as comunidades, ao passo que moralidades particulares têm autoridade apenas para grupos específicos. Em segundo lugar, aceitamos o pluralismo moral em moralidades particulares, [...], mas rejeitamos o pluralismo moral (ou relativismo) na moralidade comum. Nenhum modo de vida em particular se qualifica como moralmente aceitável, a menos que esteja de acordo com os padrões da moralidade comum. Terceiro, a moralidade comum compreende crenças morais (o que todas as pessoas moralmente comprometidas acreditam), não padrões que existem antes da crença moral. Quarto, as explicações da moralidade comum – [...] - são produtos históricos, e toda teoria da moralidade comum tem uma história de desenvolvimento pelo(s) autor(es) da teoria.<sup>701</sup>

A ênfase na origem histórica dos princípios encontra significado na tentativa dos autores de refutar críticas que os classificaram como intuicionistas, embora a epistemologia moral conceda espaço para se discutir um intuicionismo fraco na forma empirista. Neste caso, segundo Robert Audi (1998), as intuições seriam

respostas não inferenciais a experiências não conceituais e, portanto, capazes de fornecer bases experienciais para julgamentos ou princípios morais. As intuições podem, por exemplo, ser interpretadas como liberações de um senso moral, considerado tanto como uma faculdade perceptiva. (Princípios morais provavelmente seriam considerados justificados indutivamente com base em intuições e não seriam interpretados como evidentes por si mesmos...)<sup>702</sup>

Sem entrar no mérito desta discussão, Beauchamp e Childress resumem que a tese geral que sustenta os princípios compreendidos pela teoria de ética biomédica, a qual é promovida por ambos, é que, de modo mais simples, “os princípios e regras são uma formulação razoável

---

<sup>700</sup> “Eu defino a ‘moralidade comum’ como o conjunto de normas compartilhadas por todas as pessoas comprometidas com os objetivos da moralidade. [...] A moralidade comum não é apenas uma moralidade que difere de *outras* moralidades. É aplicável a todas as pessoas em todos os lugares, e toda conduta humana é corretamente julgada por seus padrões. [...] Em todas as sociedades que funcionam bem, existem normas que proíbem mentir, quebrar promessas, causar danos corporais, roubo, fraude, tirar vidas, negligenciar crianças e deixar de cumprir contratos. Essas normas são o que são, e não algum outro conjunto de normas, porque provaram que alcançam com sucesso os objetivos da moralidade. Esse sucesso no serviço do florescimento humano explica sua autoridade moral”. BEAUCHAMP, 2003, p. 260-261. [grifo do original].

<sup>701</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 4.

<sup>702</sup> AUDI, 1998, p. 25.

de algumas normas vitais da moralidade comum e que os princípios que [analisaram] são particularmente adequados para a ética biomédica”<sup>703</sup>, porque todas

(...) as teorias de moralidade comum compartilham várias características: primeiro, elas contam com crenças morais comuns e compartilhadas para seu conteúdo inicial. Em segundo lugar, todas as teorias de moralidade comum sustentam que uma teoria ética que não pode ser tornada consistente com esses valores morais pré-teóricos cai sob suspeita. Terceiro, todas as teorias da moralidade comum são pluralísticas: elas contêm dois ou mais princípios morais não absolutos (*prima facie*).<sup>704</sup>

Para eles, o respeito pela pessoa é um dos valores presentes em todas as culturas. E, com maior ênfase, argumentam, na sétima edição da obra, que “o princípio do respeito pelas escolhas autônomas das pessoas é tão profundo na moralidade comum quanto qualquer princípio, mas determinar sua natureza, escopo ou força requer uma análise cuidadosa”<sup>705</sup>, principalmente, tratando-se da formulação de uma teoria que precisa ser prática e manejável a profissionais com diferentes habilidades morais, o que os autores empreendem até hoje através de sistemáticos processos de clarificação do princípio, os quais têm sido apresentados em artigos e atualizações da teoria.

Um segundo ponto que a teoria de ética biomédica precisa responder diz respeito à forma do conteúdo e da capacidade operatória do princípio de Respeito à Autonomia. E, pelo muito que foi exposto, abrimos espaço para a sumarização do princípio pelos próprios autores:

O princípio de respeito à autonomia pode ser estabelecido, em sua forma negativa, da seguinte maneira: *as ações autônomas não devem ser sujeitadas a pressões controladoras de outros*. O princípio exige uma obrigação ampla e abstrata que é livre de cláusulas restritivas, tais como ‘Devemos respeitar as opiniões e direito dos indivíduos *desde que seus pensamentos e ações não prejudiquem outras pessoas seriamente*.’<sup>706</sup>

[...] as exigências positivas do princípio, especialmente a obrigação *positiva* de tratamento respeitoso na revelação de informações e no encorajamento da decisão autônoma. Em alguns casos, somos obrigados a aumentar as opções disponíveis para as pessoas. Muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a cooperação material de outros que tornem as opções acessíveis. O respeito à autonomia obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada.<sup>707</sup>

Os dois longos extratos apresentam o resumo teórico e a performance prática do princípio de Respeito à Autonomia, na ética biomédica de Beauchamp e Childress. E contra

<sup>703</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 410.

<sup>704</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 410.

<sup>705</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 101.

<sup>706</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 143. [grifo do original]

<sup>707</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 144.

aqueles que os acusam de uma tirania da autonomia dos pacientes, com o conseqüente esfacelamento da medicina social e o devido apreço pelos valores comunais, os autores deixam claro que ela se encontra situada no contexto relacional, assim como deveria ocorrer com a autonomia dos médicos. Por isso, são taxativos ao dizer que interpretar

(...) a autonomia na moralidade como implicando o reino dos princípios subjetivos envolve um mal-entendido inerente à crença moral e à teoria ética. Essa concepção retrata erroneamente os princípios morais formulados por agentes 'morais' atomizados, desengajados de um cenário cultural. Tal representação abriga noções distorcidas de autonomia e moralidade.<sup>708</sup>

Posto este conjunto de critérios, os quais estão envolvidos no princípio de Respeito à Autonomia, bem como esclarecendo a justificação vigente ao seu fundo, fazemos a consideração de que os elementos essenciais a um princípio, conforme elencados por Georg Spielthener (2015), foram satisfeitos na composição deste princípio prático. Há nele a indicação de um *status* normativo, um conteúdo para as normas e regras, bem como a explicitação das condições de sua aplicação e do tipo de norma prática que ele expressa.

Há de se ter em vista que dificuldades e novas especificações serão necessárias ao princípio como condição natural do incessante movimento do fenômeno moral. Respostas podem não vir a contento, mas concordamos com Will Kimlica que, ao analisar os debates do Comitê Warnock da Grã-Bretanha<sup>709</sup> para a formulação de políticas públicas relacionadas às Novas Tecnologias Reprodutivas (NRT's), pondera que, apesar de se reconhecer um profundo desacordo moral em sociedades plurais, este desacordo não é tanto de valores, mas antes, uma dificuldade de estabelecimento das condições materiais para que se realizem. tais valores entre eles, no caso da NRT's, evidenciando sete valores amplamente reconhecidos pelos diferentes membros da comissão:

1. autonomia (incluindo consentimento informado);
2. responsabilidade;
3. respeito pela vida humana;
4. igualdade (tanto no sentido geral de promoção de respeito igual para todos os membros da comunidade, por meio do combate ao preconceito e discriminação, quanto no sentido mais específico de igualdade de acesso aos cuidados de saúde);
5. o uso apropriado de recursos (garantindo que as decisões de financiamento sejam feitas à luz das prioridades de saúde);
6. a não comercialização da reprodução;
7. proteção do interesse superior da criança (e de outras partes especialmente vulneráveis).<sup>710</sup>

<sup>708</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1983, p. 65.

<sup>709</sup> KYMLICKA, p. 1-26, 1993.

<sup>710</sup> KYMLICKA, 1993, p. 11

Tais valores não estão apontados aqui na forma de valores hierárquicos, mas colocam um desafio sério aos formuladores de políticas públicas de saúde, dada a complexidade de seu exercício prático junto ao atual fenômeno moral. Por isso, reafirma-se que, também para a medicina brasileira, consideremos que seja a hora de levar o princípio de Respeito à Autonomia a sério, mesmo que a conjuntura das muitas vulnerabilidades sociais ainda comprometa os bens de saúde mais primários.

Não nos parece que a autonomia do paciente seja um caso que mereça menos atenção de bioeticistas e médicos que os aspectos relacionados à justiça, à beneficência ou à não maleficência. Respeitar o ponto de vista das pessoas, especificamente, dos pacientes e sujeitos de pesquisa, protegendo os vulneráveis, não nos parece valores antagônicos ou excludentes dos outros. O princípio de Respeito à Autonomia auxilia de forma consistente na consolidação de um agir em direção à crença de que cada pessoa seja importante por si mesma e que, portanto, nada mais natural que afirmar que já seja hora de ouvir os pacientes e saber o que eles querem para a sua saúde. E, para tanto, apontamos que um mapa com uma base moralmente sólida nesta direção foi construído por Tom L. Beauchamp e James F. Childress.

Com os conflitos que surgem, tendo em vista de um campo altamente tecnológico, global e cada vez mais impessoal, como o da medicina moderna, novas especificações aos princípios bioéticos serão requeridas, mas não há dúvidas de que o consentimento livre e esclarecido alterou o modo de se fazer a medicina ao elevar o paciente ao *status* de agente moral merecedor de respeito factual por parte de profissionais das áreas biomédicas. E nenhum outro bioeticista, além da dupla Beauchamp e Childress, foi capaz de sustentar uma teoria que, a cada dia, propicia novas respostas aos vários conflitos emergentes aos serviços de assistência e pesquisa médicas. Tal vigor teórico pode ser constatado, uma vez mais, pela edição da *The Journal of Medicine e Philosophy*<sup>711</sup>, lançada em agosto de 2020, que homenageou os dois bioeticistas, por ocasião do aniversário de 40 anos de *Princípios de Ética Biomédica*. Na introdução desta edição, Matthew Shea (2020) apresenta os homenageados:

A história da bioética contemporânea não pode ser contada sem o fazer de Tom Beauchamp e James Childress, os dois personagens principais dessa história. Eles não apenas desempenharam um papel fundamental na criação do campo, mas nos últimos 40 anos eles permaneceram como duas de suas figuras mais influentes. A estrutura moral estabelecida em *Princípios* teve um enorme impacto sobre acadêmicos e profissionais, em uma ampla variedade de disciplinas, desde bioética, ética clínica e ética em pesquisa; à filosofia, teologia e políticas públicas; à medicina, enfermagem e serviço social; e mais.<sup>712</sup>

<sup>711</sup> *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 45, n. 4-5, p. 387-579, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/GzenJ8t>. Acesso em: 3 dez. 2020.

<sup>712</sup> SHEA, 2020, p. 387.

E, por fim, se ainda não ficou claro o que esteja valorizado princípio de Respeito à Autonomia, é hora de dizer que, por tudo o que foi expresso, este princípio respeita à autonomia presente na ação autônoma e não a pessoa autônoma, *prima facie*. Esta é uma distinção radical de sua formulação em contraste, por exemplo, com aquele formulado pelo Relatório Belmont sob o nome de Respeito pelas Pessoas.

Em Beauchamp e Childress, “quando se recorre ao termo autonomia para reconfigurar a relação médico-paciente, não se tem em mente o conceito kantiano do homem como agente racional e autolegisador”<sup>713</sup>, por exemplo, tampouco se tem em mente uma pessoa com elevada capacidade mental ou uma história pessoal robusta, providenciada pela identificação reflexiva com valores de excelência e alta competência para atuar sobre eles.

O princípio apontado pelos autores em questão estabelece aos profissionais biomédicos que estes respeitem a autonomia real que se apresenta diante deles por meio de seus pacientes concretos, não a abstração que serve para engrossar as diferentes teorias de personalidade, formuladas ao longo da história da filosofia e que, na prática, excluem muitos direitos de pessoas comuns, isto é, os direitos daquelas que propriamente merecem toda proteção contra as pequenas tiranias do dia a dia.

---

<sup>713</sup> SILVA, 2004, p. 117.

## CONCLUSÃO

Não há dúvidas de que a história das ciências médicas é de progresso, superação e benefícios substanciais à humanidade. Desde o seu nascimento, ela responde a uma necessidade humana de equilíbrio e bem-estar físico e psicológico, além de travar uma dura batalha contra o maior inimigo das gentes, a morte. Sua força social pode ser vista no fato de paulatinamente a linguagem de virtude e vício ser transformada em linguagem de saúde e doença.

A saúde, em todos os campos, é a busca do homem moderno, enquanto a doença é vista como o vício a ser evitado por todos. Contudo, essa história de progresso não abriga somente episódios de aprimoramento humano. E importantes eventos médico-científicos retratados, ao longo do séc. XX, demonstraram a capacidade desconcertante da humanidade em violar e desumanizar seus pares a quem jurou cuidar, desde o seu nascimento, por meio da sistematização hipocrática.

A fim de corrigir os erros, vícios, nasceu o domínio da bioética que para muitos tem como desafio prático não tanto encontrar novos princípios éticos mas o desafio propositivo de explicitar todas as potencialidades daqueles princípios já conhecidos pela humanidade, especificando-os em forma de um paradigma de aplicabilidade.

Tais princípios, por meio da bioética, devem ser transformados em normas derivadas dos princípios primários para a aplicação consistente em situações concretas, estas sim, novas, no campo das ciências biomédicas, bem como nas decisões do mercado e das agências governamentais de políticas públicas que visem à promoção da saúde dos povos. Os envolvidos com a saúde devem fazer a coisa certa e isso implica em dizer que suas discussões devem considerar o moralmente correto a fazer tanto nas definições médicas estabelecidas por protocolos de saúde pública quanto nas discussões alheias aos desafios imediatos da relação existente entre médico e paciente.

O êxito desta tarefa requer que a filosofia, pelo trabalho filosófico, desempenhe o papel fundamental de: pensar; auxiliar na justificação das escolhas; sinalizar os sentidos essenciais ao bem comum promovido pelas ciências biomédicas, sejam quais forem as suas esferas de atuação (assistência ou pesquisa científica; saúde física ou mental), a fim de atender a concepção moderna de saúde como estado de completo bem-estar físico e mental não se tratando, portanto, apenas de ausência de uma doença ou enfermidade.

Para tanto, a filosofia deve se apresentar dialogante de um ponto de vista moral que não permita que a medicina seja capturada por interesses somente científicos, econômicos ou políticos. Este ponto de vista moral começa pelo reconhecimento de que as pessoas valem por

si mesmas e que qualquer risco ao seu bem-estar deve ser colocado à prova também pela perspectiva do paciente. Este último, como novo ator das definições em saúde, é o que faz nascer o debate em torno da autonomia em ética biomédica.

Estabelecido o valor da autonomia aos médicos e agentes do mercado de saúde, os filósofos devem fornecer a perspectiva epistemológica e axiológica de como a medicina se adaptou às necessidades sociais, culturais, científicas e éticas de cada período, auxiliando-os na resolução de conflitos emergentes, ao introduzir a ideia de melhores interesses do paciente sob esta nova perspectiva: a do próprio paciente.

Esta concepção se efetiva como um valor que, além de limitar a atuação do paternalismo malsucedido, performa o reconhecimento moderno da autonomia pessoal, sendo esta associada à dignidade humana por meio da consideração do direito do paciente à liberdade. Engloba também a consideração do valor prático desta liberdade no exercício da aptidão que cada ser humano tem para se autodeterminar e fornecer a si as próprias regras de bem viver. É importante termos em vista que, dos princípios discutidos na história da medicina, o princípio de respeito à autonomia do paciente é o mais excepcional e conflituoso.

Contudo, grosso modo, apesar de não se encontrar consenso quanto ao desempenho do princípio de autonomia, em consequência da multiplicidade de suas definições teóricas e da conflitividade natural dos campos das ciências da vida, o princípio de autonomia performa a reivindicação moderna de considerar que cada pessoa tem o direito de ter opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esta prerrogativa permanece mesmo que as condições gerais aparentemente criem restrições, como aquelas quando uma pessoa se encontra sob autoridade de outras, a exemplo das morais comunitárias. Pessoas autônomas podem escolher autonomamente seguir uma orientação de outros, inclusive, acatando orientações vindas das próprias equipes médicas, mas, nem por isso, podem ser tomadas como não autônomas.

O valor da abordagem principiológica, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, está em sua condição de oferecer universalidade, pelos princípios *prima facie*, a um conjunto de compromissos morais que todos os profissionais biomédicos podem e devem aceitar, sem desconsiderar os muitos condicionantes presentes nas relações e nas formações das pessoas. Além de instrumentalizar tais profissionais, esta ferramenta mediadora e operativa também se mostra capaz de estabelecer uma linguagem moral e uma estrutura analítica básica em bioética geral. E, no caso detido do princípio de autonomia, se mostra capaz de cobrir uma lacuna prática que demonstra que ser um indivíduo autônomo não é o mesmo que ser respeitado como um

autônomo, evidenciando a necessidade de que o respeito performe ações concretas e não somente atitudes do médico em relação ao seu paciente.

Como foi defendido, se este valor precisa ser prático, são as ações que conferem o *status* moral das normas correspondentes ao princípio de Respeito à Autonomia. E outro ganho deste princípio é o de estabelecer critérios objetivos para o reconhecimento da ação autônoma dos pacientes e sujeitos de pesquisa. A ação autônoma detalhada pelos autores deste princípio, portanto, é a materialização do ideal de autonomia, já que os autores não deixam de defender que o termo pessoas “é uma noção controversa que tentamos evitar devido às muitas obscuridades que a cercam”<sup>714</sup>. Controvérsia conceitual que retira das pessoas comuns muitos dos direitos conferidos às pessoas ideais. E, se uma teoria tem dificuldades em respeitar as pessoas reais, ela deve receber desconfiança por parte de todos aqueles que se preocupam com o respeito pelas pessoas comuns.

E visto da perspectiva da ação autônoma, o princípio de Respeito à Autonomia institui o respeito à autonomia concreta dos diferentes pacientes, estabelecendo requisitos para a avaliação do tipo e do grau de autonomia disponível a cada um deles e dos sujeitos de pesquisa. A autonomia deve ser uma pressuposição do médico e cabe a este respeitá-la fornecendo as condições para que seja exercida por cada um dos pacientes até que, por meio de análise circunstancial, seja verificada o seu comprometimento ou inexistência. Em relação aos não autônomos, cabe ao médico e aos seus decisores substitutos o paternalismo justificado, a fim de proteger a condição de vulnerabilidade dessas pessoas. Por isso, em ética biomédica, o respeito à autonomia se constitui como uma obrigação do médico e um direito do paciente ou sujeito de pesquisa.

Todo o conteúdo subjacente ao princípio de Respeito à Autonomia recebe sua anuência por meio do termo de consentimento livre e esclarecido do paciente a qualquer procedimento ou intervenção médica a qual seja submetido. É o processo de consentimento, por meio de suas várias regras, que cumpre, no contexto da assistência e da pesquisa médica, a função de fornecer transparência. Isto permite o controle, por parte dos pacientes e sujeitos de pesquisa, ao exigir do médico as suas autorizações, a partir da oportunidade que estes têm de proteger seus interesses de bem-estar, o que pode, inclusive, auxiliar na promoção da confiança tão abalada nas últimas décadas.

Por óbvio, o ato de consentir conta com a possibilidade objetiva de uma recusa, informada, caso o paciente entenda que a intervenção proposta não atende aos seus interesses.

---

<sup>714</sup> BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2020, p. 564.

A questão então é como tratar essa recusa, já que o deixar morrer não seja uma possibilidade viável ao bem fazer da medicina. O caminho segue pela busca da criação de oportunidades reais ao paciente por meio da escuta, do fornecimento de opções reais para a escolha e da disputa de razões pela boa argumentação, aquela que propriamente respeita o seu interlocutor.

Pessoas que se respeitam fazem acordos. E estes nascem a partir do entendimento solidário entre as partes, tendo presente, sem ingenuidades, que nenhum princípio dará conta de responder a todos os problemas éticos nascidos diariamente na prática médica. Por isso, há a necessidade de que a avaliação seja uma constância para que os princípios sejam especificados em fins particulares, na velocidade que esta realidade social viva demande aos seus principais atores: o médico, o paciente e a sociedade.

Das críticas direcionadas ao princípio de Respeito à Autonomia, destacamos a que nos chama mais a atenção. Ela diz respeito à ideia de que o respeito à autonomia patrocina um autonomismo que torna o corpo médico ainda mais indiferente à vulnerabilidade dos pacientes. Esta crítica, inclusive, aparece entre bioticistas latinos que julgam que o princípio sufocou às necessidades coletivas demonstrado, segundo eles, sua incapacidade de desvendar, entender e intervir nas disparidades socioeconômicas e sanitárias verificadas em dos países pobres.

Embora seja uma crítica importante, nos parece não ser prudente por, de pronto, excluir o princípio do *hall* daqueles que devam também ser praticados em contextos de vulnerabilidades sociais: respeitar o outro; conferir espaço para crenças; oferecer opções reais de tratamentos. Isto nos parece também dizer respeito ao apelo de justiça em favor das populações mais pobres. Portanto, ao que tudo indica, de forma realmente propositiva, nos parece que os bioeticistas latinos deveriam antes se colocar uma pergunta: como entender a autonomia em países marcados pela marginalização e discriminação, por diferentes formas de pobreza e pelo desamparo social? Parece-nos frágil uma resposta que mantenha o silêncio do paciente, enquanto fortalece a autonomia médica, como ocorreu ao longo de toda a história da medicina.

Independente da crítica que se faça, o certo é que o princípio da autonomia está assimilado pela legislação brasileira que normaliza questões bioéticas e de biossegurança. E o termo de consentimento livre e esclarecido não é somente indicado para o uso mas é uma ferramenta obrigatória, conforme foi visto pelas legislações brasileiras citadas. É preciso analisar as práticas havidas, pois, se um médico desempenha seu papel de prestar condições de autonomia ao paciente, somente em sentido *pro forma*, para atender aos parâmetros vinculados à questionável medicina defensiva, pode-se dizer que esta prática não está alinhada com a exigência moral do princípio que reconhece a necessária proteção dos vulneráveis (autonomia

diminuída). Este tipo de uso pode inclusive gerar novos riscos aos pacientes, como foi analisado no uso dos termos de consentimento, no caso da Covid-19 no Brasil.

O importante é lembrar que quanto mais convergente forem as respostas sobre o desempenho do princípio de autonomia, ou de qualquer outro princípio em ética biomédica, mais ricas elas poderão se tornar, pois as críticas direcionadas aos princípios se tornam novas oportunidades de análise e especificação de seus conteúdos práticos. E, nesse sentido, os defensores da solidariedade têm muito a contribuir para o bom equilíbrio da reivindicação da autonomia, pois é certo que o individualismo não precisa ser o resultado lógico do respeito ao indivíduo. Contudo, quando o indivíduo não é respeitado, o próprio fundamento da solidariedade se mostra frágil, uma vez que retira o valor da pessoa para a promoção de uma moral das relações estabelecidas no campo da saúde.

Ratificamos que seja produtivo avaliar até que ponto o princípio de Respeito à Autonomia forneceria um espaço real para se estabelecer medidas explícitas, exequíveis, quanto ao papel da comunidade, a começar pelo médico, na promoção, no aumento ou na diminuição da autonomia real do paciente e do sujeito de pesquisa. Até que ponto uma noção de autonomia relacional seria contraproducente para a realização da ação autônoma prevista pelo princípio de Respeito à Autonomia? Este seria um tópico a ser investigado por aqueles que se interessam no avanço da prática da autonomia no campo das ciências biomédicas e sua análise responderia a uma constatação mais ampla de que a autonomia individual, apesar de altamente valorosa como resposta ao fato da dignidade humana, não pode e nem deve ser o único princípio a mediar as relações éticas estabelecidas na assistência e na pesquisa biomédica.

E contra as crescentes desconfianças experimentadas tanto por médicos quanto por pacientes, encerramos esta pesquisa com as palavras do filósofo francês Pascal Bruckner (2016), em sua obra sobre a busca pela felicidade:

Quanto mais se espera da medicina em geral (e hoje em dia lhe pedem tudo, inclusive o impossível, a cura total, a vitória sobre a morte), mais as pessoas se impacientam com os limites dos médicos em particular. A ciência esmaga com suas promessas esses servidores sempre a postos, e eles se banalizam, perdem em autonomia, tornam-se simples prestadores de serviços e são levados à justiça, alias frequentemente com razão, se cometem um erro. [...]. Contudo, não é certo que estejamos condenados a essa medicina subdividida que se parece muitas vezes com o trabalho de um consertador de canos e torneiras. Felizmente, às vezes, se estabelece entre o doente e o médico uma comunicação que não é somente utilitária e que permite ao primeiro falar de seu sofrimento, inserir seu sintoma em uma história pessoal. Aí a relação, em vez de ser desigual, como a de um mandarim que dá ordens e de uma paciente que obedece, torna-se uma troca e um contrato, no qual dois sujeitos, conscientes de seus limites, tentam juntos a melhor cura possível em meio a um respeito recíproco. Talvez

o futuro esteja nos casamentos da competência do especialista com a inteligência humana do generalista.<sup>715</sup>

---

<sup>715</sup> BRUCKNER, 2016, p. 205.

## BIBLIOGRAFIA

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ACKERMAN, Terrence. Why doctors should intervene. *The Hastings Center Report*, v. 12, n. 4, p. 14-17, 1982.
- ACOSTA, Rafael Torres. **Glosario de bioética**. La Habana: ECIMED, 2011.
- ALBERTZART, Maike. **Moral Principles**. London/New York: Bloomsbury Academic, 2014.
- ALONSO, Augusto Hortal. **Ética das profissões**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.
- ARCHARD, David. Paternalism defined. *Analysis*, v. 50, n. 1, p. 36-42, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/analys/50.1.36>. Acesso em: 6 fev. 2020.
- ARISTÓTELES. **A política**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Constituição dos atenienses**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Ética à Nicômacos**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.
- \_\_\_\_\_. **Metafísica**. Edição bilíngue. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- AUDI, Robert. Conhecimento moral e pluralismo ético. In: GREGO, John; SOSA, Ernest. **Compêndio de epistemologia**. São Paulo: Edições Loyola, p. 419-468, 2012.
- \_\_\_\_\_. Intuitionism and the epistemology of moral judgment. *Ethical Theory and Moral Practice*, v. 1, n. 1, p. 15-44, 1998.
- ANVISA. **Nota Técnica sobre Cloroquina e Hidroxicloroquina**. Brasília, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/5k2bs2D> Acesso em: 01 dez. 2020.
- AZEVEDO, Marco A. O. Por que a Bioética não é parte da Filosofia. *Ciência em Movimento*, v. X, n. 19, p. 79-90, 2008.
- BAGNOLI, Carla. Dilemmas, Moral. In: LAFOLLETTE, Hugh (org.). **The international encyclopedia of ethics**. Chichester: Blackwell Publishing Ltd, 2013.
- BAIGES, V. M.; GORSKI, H. C. S. **Bioética y derecho**. Barcelona: Editorial UOC, 2007.
- BEAUCHAMP, Tom L. A defense of the common morality. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, v. 13, n. 3, p. 259-274, 2003.
- \_\_\_\_\_. Engelhardt's foundations. *Reason Papers*, n. 22, p. 96-100, 1997. Disponível em: [https://reasonpapers.com/pdf/22/rp\\_22.pdf](https://reasonpapers.com/pdf/22/rp_22.pdf). Acesso em: 26 set. 2020.
- \_\_\_\_\_. Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, v. 29, n. 5, p. 269-274, 2003.

\_\_\_\_\_. Paternalism. In: POST, Stephen G. **Encyclopedia of Bioethics**. New York: Thomson Gale, p. 1983-1990, 2004.

\_\_\_\_\_. **Standing on principles: collected Essays**. New York: Oxford University Press, 2010.

\_\_\_\_\_. The failures of theories of personhood. In: BEAUCHAMP, Tom L. **Standing on principles: collected Essays**. New York: Oxford University Press, p. 247-260, 2010.

\_\_\_\_\_. Who deserves autonomy and whose autonomy deserves respect? In: BEAUCHAMP, Tom L. **Standing on principles: collected Essays**. New York: Oxford University Press, p. 79-100, 2010.

\_\_\_\_\_. The role of principles in practical ethics. In: SUMNER, L. W.; BOULE, Joseph. **Philosophical perspectives on bioethics**. Toronto: University of Toronto Press, p. 79-95, 1996.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

\_\_\_\_\_. **Principles of biomedical ethics**. 7 ed. New York: Oxford University Press, 2013.

\_\_\_\_\_. Response to commentaries. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 45, n. 4-5, p. 560-579, 2020.

BEECHER, Henry K. Ethics and clinical research. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health*, v. 79, n. 4, p. 367-372, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/74765>. Acesso em: 23 jan. 2020.

BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Bauru: EDUSC, 1997.

BERGSMA, J.; THOMASMA, D. C. **Autonomy and clinical medicine: renewing the health professional relation with the patient**. New York: Kluwer Academic Publishers, 2000.

BERLIN, Isaiah. Duas concepções de liberdade. In: BERLIN, Isaiah. **Estudos sobre a humanidade: uma antologia de ensaios**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 226-272, 2002.

BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB, 1998.

BORBA, Mayla G. S.; VAL, Fernando F. A.; SAMPAIO, Vanderson S. Effect of High vs Low Doses of Chloroquine Diphosphate as Adjunctive Therapy for Patients Hospitalized With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 4, 24 Apr. 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/Qk0BLDU>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.021/1980. Sobre a recusa do paciente em receber a transfusão sanguínea. Disponível em: <https://bit.ly/2HmvAav> . Acesso em: 21 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Recomendação CFM nº. 1/2016. Dispões sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF, 21 jan. 2016. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 10 de dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 2019, n. 179, p. 113, 16 set. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 10 de dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental. ADPF n. 618. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/331Z4mH> . Acesso em: 21 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do RS. Processo n. 70032799041. Ano 2010. Processo de Testemunha de Jeová contra serviço de saúde que realizou transfusão de sangue diante de sua negativa expressa. Disponível em: <https://bit.ly/367uCcw> . Acesso em: 21 set. 2020.

BRUCKNER, Pascal. **A euforia perpétua**: ensaio sobre o dever de felicidade. Rio de Janeiro: DIFEL, 2016.

BULLOCK, Emma C. Paternalism and the practitioner/patient relationship. In: GRILL, Kelle, HANNA, Jason (ed.). **The Routledge handbook of the philosophy of paternalism**. New York: Routledge, p. 311-322, 2018.

BUNGE, Mario. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Perspectivas, 2002.

CASSIANO, Jefferson M. A pessoa em perspectiva: questões bioéticas por Engelhardt Jr. e Sève. *Sapere aude*, v. 10, n. 20, p. 765-778, 2019.

CAYGILL, Howard. **Dicionário Kant**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

CHÂTELET, François. **História das ideias políticas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

CHILDRESS, James F. A Principle-based Approach. In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (ed.). **A companion to bioethics**. Malden: Blackwell Publishing Ltd, p. 67-76, 2009.

\_\_\_\_\_. The Place of Autonomy in Bioethics. *The Hastings Center Report*, v. 20, n. 1, p. 12-17, 1990.

CHRISTMAN, John. Autonomy in moral and political philosophy. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. ZALTA, Edward N. (ed.). 2015. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/autonomy-moral/>. Acesso em: 17 out. 2019.

CLOTET, Joaquim. **Bioética**: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CLOTET, Joaquim. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

CLOUSER, K. D; GERT, B. A critique of principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 15, p. 219-236, 1990.

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

CÓDIGO DE NÜRENBERG. In: VARGA, Andrew C. **Problemas de bioética**. São Leopoldo: UNISINOS, p. 195-197, 1982.

COLLOPY, Bart J. **Autonomy in long term care**: some crucial distinctions. *Gerontologist*, v. 28, p. 10-17, 1998.

CONLY, Sarah. **Against autonomy**: justifying coercive paternalism. New York: Cambridge University Press. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Brasília, p. 1-7, 2020, p.7. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4> Acesso em: 02 dez. 2020.

CONSTANT, Benjamin. Da liberdade dos antigos comparada à dos modernos. *Filosofia Política*, n. 2, 1985, p. 1-7. Disponível em: <http://caosmose.net/candido/unisinos/textos/benjamin.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

COONS, Christian; WEBER, Michael. **Paternalism**: theory and practice. New York: Cambridge University Press, 2013.

COSER, Ivo. Dois conceitos de liberdade: 60 anos após a sua publicação. *RBCS*, v. 34, n. 100, p. 1-21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v34n100/0102-6909-rbcsoc-34-100-e3410011.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

CRUELLES, Jorge Gispert. **Conceptos de bioética y responsabilidad médica**. México: El Manual Moderno, 2005.

CULVER, Charles M. Competência do paciente. In: SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (orgs.). **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 95-105, 2002.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

\_\_\_\_\_. **Ética I**. Florianópolis: Filosofia/EAD/UFSC, 2008.

\_\_\_\_\_. Filosofia e bioética no debate público brasileiro. *Idéias*, v. 3, n. 1, p. 95-121, 2012.

DANCY, Jonathan. Harold Arthur Prichard. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. ZALTA, Edward N. (ed.), 2008. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/prichard/#GooRig>. Acesso em: 6 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Moral particularism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-particularismo/>. Acesso em 4 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Una ética de los deberes *prima facie*. In: SINGER, Peter. **Compendio de Ética**. Madrid: Alianza Editorial, p. 309-322, 2004.

DARWALL, Stephen. Morality and Principle. In: BACHURST, David; HOOKER, Brad; LITTLE, Margaret Olivia Little. **Thinking about Reasons: Themes from the Philosophy of Jonathan Dancy**. Oxford: Oxford University Press, p. 168-191, 2013.

\_\_\_\_\_. Respeito e a perspectiva de segunda-pessoa. In: DARWALL, Stephen; GIBBARD, Allan; RAILTON, Peter. **Metaética: algumas tendências**. Darlei Dall'Agnol (org.). Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 291-317, 2013.

DECLARAÇÃO DE HELSINKI. In: VARGA, Andrew C. **Problemas de bioética**. São Leopoldo: UNISINOS, p. 198-201, 1982.

DESCARTES, René. **Princípios da filosofia**. Lisboa: Edições 70, [s.d.].

DEWEY, John. **Logic: the theory of inquiry**. New York: Henry Holt and Company, 1939.

DOHMS, Marcela. A comunicação médica na relação médico-paciente. In: ALESSI, Alexandre (org.). **A relação médico-paciente: experiências para o médico**. Curitiba: Orange Monkey, p. n.p., 2014. [livro eletrônico].

DWORKIN, Gerald. The nature of autonomy. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, v. 2015, n. 2, p. 7-17, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/nstep.v1.28479>. Acesso em: 2 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. The concept of autonomy. *Grazer Philosophische Studien*, v. 12, n. 1, p. 203-213, 1981.

\_\_\_\_\_. **The theory and practice of autonomy**. New York: Cambridge University Press, 2008.

\_\_\_\_\_. Paternalismo. In: AUDI, Robert. **Diccionario Akal de Filosofía**. Madrid: Ediciones Akal, 2004.

ENGELHARDT, Jr. H. Tristram. **Fundamentos da Bioética**. 3 Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

\_\_\_\_\_. **Global bioethics: the collapse of consensus**. Beverly: M & M Scrivener Press, 2006.

\_\_\_\_\_. The many faces of autonomy. *Health Care Analysis*, v. 9, p. 283-297, 2001.

ENTRALGO, Pedro L. **La medicina hipocrática**. Madrid: Ediciones de la Revista Occidente, 1970.

ESTÉVEZ, Agustín. Intención y responsabilidad. . In: TEALDI, Juan Carlos (dir.). **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, p. 121-123, 2008.

FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986.

FEINBERG, Joel. Legal paternalism. *Canadian journal of philosophy*, v. 1, n. 1, p. 105-124, 1971. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40230341>. Acesso em: 8 fev. 2020.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FILHO, José Marques; HOSSNE, William Saad. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 304-310, 2015.

FONSECA, Ana Carolina da Costa. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica. *Revista Bioética*, v. 19, n. 2, p. 485-500, 2011.

FRANKENA, William K. **Ética**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FRANKFURT, Harry G. La libertad de la voluntad y el concepto de persona. In: FRANKFURT, Harry G. **La importância de lo que nos preocupa: ensayos filosóficos**. Buenos Aires: Katz, 2006, p. 25-46.

GALVÃO, Pedro. Éticas de princípios e abordagem particularista. In: NEVES, Maria do Céu Patrão. **Ética: dos fundamentos às práticas**. Lisboa: Edições 70, p. 165-182, 2016.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a um bioética interventiva. *Bioética*, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

GARRIDO, Gloria M. T. **Cuestiones actuales de bioética**. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 2011.

GERT, Bernard; CULVER, Charles M.; CLOUSER, K. Danner. **Bioethics: a systematic approach**. New York: Oxford University Press, 2006.

GOLDIM, José Roberto; FERNANDES, Marcia Santana. A integridade na ciência e a Covid-19: o caso da utilização da hidroxicloroquina ou cloroquina. In: TAUCHEN, Jair CASTANHEIRA, Nuno, OLIVEIRA, Nythamar de. (Orgs). **Bioethics & Neuroethics in Global Pandemic Times**. Porto Alegre: Editora Fundação Fênix, p. 201-226, 2020. Disponível em: [https://891aac48-381e-4192-adf5-96afc8de6326.filesusr.com/ugd/9b34d5\\_bcbaa567ebd64b689e408b454054791d.pdf](https://891aac48-381e-4192-adf5-96afc8de6326.filesusr.com/ugd/9b34d5_bcbaa567ebd64b689e408b454054791d.pdf). Acesso em: 15 jan. 2021.

GOLDMAN, Alan. The refutation of medical paternalism. In: VAUGHN, Lewis. **Bioethics: principles, issues, and cases**. New York: Oxford University Press, p. 104-109, 2016.

GRACIA, Diego. **Bioética clínica**. Bogotá: Editorial El Búho, 1998.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Eudema, 1989.

GRACÍA, Freddy. Paternalismo médico. In: **Diccionario latinoamericano de bioética**. TEALDI, Juan Carlos (Org.). Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, p. 444-445, 2008.

GRANT, R. W. Locke's Political Anthropology and Lockean Individualism. *The Journal of Politics*, v. 50, n. 1, p. 42-63, 1988.

HANSON, Stephen. **Moral acquaintances and moral decisions: resolving moral conflicts in medical ethics**. New York: Springer, 2009.

HILL, Thomas E. **Autonomy and self-respect**. New York: Cambridge University Press, 1991.

HIPOCRATES. Do decoro. In: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR., WA. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 193-211, 2005. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. El pronóstico. In: HIPOCRATES. **Tratados Hipocráticos I**. Madrid: Editorial Gredos, p. 317-350, 1983.

\_\_\_\_\_. Epidemias. In: HIPOCRATES. **Tratados Hipocráticos V**. Madrid: Editorial Gredos, 1989.

\_\_\_\_\_. Sobre la decencia. In: HIPOCRATES. **Tratados Hipocráticos I**. Madrid: Editorial Gredos, 1983.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HODSON, John D. The principle of paternalism. *American Philosophical Quarterly*, v. 14, n. 1, p. 61-69, 1977.

HOLZHEY, Helmut; MUDROCH, Vilem. **Historical dictionary of Kant and kantianism**. Lanham: Scarecrow Press, 2005.

HONDERICH, Ted. **Enciclopedia Oxford de Filosofía**. Madrid: Editorial Tecnos, 2001.

IOSA, Juan. Concepciones de la autonomía. In: *Revista Brasileira de Filosofia - RBF*. v. 234, a. 59, p. 55-72, 2010.

JAEGER, Werner. **Paidéia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

JUNGES, José Roque. **Bioética**: hermenêutica e casuística. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

JONSEN, Albert R. **A short history of medical ethics**. New York: Oxford University Press, 2000.

\_\_\_\_\_. Casuistry. In: POST, Stephen G. **Encyclopedia of Bioethics**. New York: Thomson Gale, p. 372-380, 2004.

\_\_\_\_\_. **The birth of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998.

KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Bauru: EDIPRO, 2003.

\_\_\_\_\_. **Crítica da Razão Prática**. Porto: Edições 70, s/d.

\_\_\_\_\_. **Crítica da Razão Pura**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

\_\_\_\_\_. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 2007.

\_\_\_\_\_. O que significa orientar-se no pensamento?. In: KANT, Immanuel. **Textos seletos**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 267-283, 1985.

\_\_\_\_\_. On the common saying: that may be correct in theory, but it is of no use in practice. In: KANT, Immanuel. **Practical Philosophy**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 273-310, 1999.

\_\_\_\_\_. Resposta à pergunta: que é “Esclarecimento”?. In: KANT, Immanuel. **Textos seletos**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 100-117, 1985.

KILLMISTER, Suzy. Paternalism and autonomy. In: GRILL, Kelle, HANNA, Jason (ed.). **The Routledge handbook of the philosophy of paternalism**. New York: Routledge, p. 139-150, 2018.

KIRK, G. S.; RAVEN, J. E.; SCHOFIELD, M. **Os filósofos pré-socráticos**: história crítica com seleção de textos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

KOTTOW, Miguel. Justificación por principios. In: TEALDI, Juan Carlos. **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: UNESCO – Red. Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidade Nacional de Colombia, p. 141-144, 2008.

\_\_\_\_\_. **Participación informada en clínica e investigación biomédica**: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informados. Bogotá: UNESCO – Red. Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidade Nacional de Colombia, 2007.

KYMLICKA, Will. Moral philosophy and public policy: the case of NRTs. *Bioethics*, v. 7, n. 1, p. 1-26, 1993.

LECLERC, André. Questões fundamentais da teoria da ação. In: TORRES, João Carlos Brum (org.). **Manual de ética**: questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis: Vozes; Caxias do Sul: EDUCS, Rio de Janeiro: BNDES, p. 71-90, 2014.

LIMA VAZ, Henrique Cláudio de. **Escritos de Filosofia VII**: Raízes da modernidade. São Paulo: Loyola, 2002.

LIDDELL, H. G.; SCOTT, Robert. **Greek-English Lexicon**. New York: Oxford University Press, 1996.

LINDLEY, Richard. **Autonomy**. London: Macmillan Press Ltd, 1986.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

\_\_\_\_\_. **Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

\_\_\_\_\_. Ensaio sobre o entendimento humano II.27 Da identidade e da diversidade. *Sképsis*, n. 12, p. 169-188, 2015. Disponível em: <http://philosophicalskepticism.org/wp-content/uploads/2015/09/Ensaio-sobre-o-entendimento-humano.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

LYSAUGHT, M. Therese. Respect: or, how respect for persons became respect for autonomy. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 29, n. 6, p. 665-680, 2004.

MACINTYRE, Alasdair. **Depois da virtude**: um estudo em teoria moral. Bauru: EDUSC, 2001.

MALIANDI, Ricardo; THÜER, Oscar. **Teoría y praxis de los principios bioéticos**. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa – Universidade Nacional de Lanús, 2008.

MANSON, Neil C.; O'NEILL, Onora. **Rethinking informed consent in bioethics**. New York: Cambridge University Press, 2007.

MAY, Thomas. The concept of autonomy in bioethics: as unwarranted fall from grace. In: TAYLOR, J. S. (org.). **Personal autonomy**: new essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy. New York: Cambridge University Press, p. 299- 309, 2005.

MCCULLOUGH, Laurence B. **Historical dictionary of medical ethics**. Lanham : Rowman & Littlefield, 2018.

\_\_\_\_\_. Paternalism. In: HAVE, Henk ten. **Encyclopedia of global bioethics**. Pittsburgh: Springer Reference, p. 2157-2165, 2016.

MCKEEVER, Sean; RIDGE, Michael. Preempting principles: recent debates in moral particularism. *Philosophy Compass*, v. 3, n. 6, p. 1177–1192.

MEHRA, Mandeep R.; *Et. al.* Patel Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. **The Lancet**, 22 mai. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext) . Acesso em: 01 dez. 2020.

MERQUIOR, J. G. **O liberalismo: antigo e moderno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

MILL, John Stuart. **Sobre a liberdade**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991.

MILL, John Stuart. **Utilitarismo**. Porto: Porto Editora, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de orientação para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19**. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf> Acesso em: 01 dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde divulga diretrizes para tratamento medicamentoso de pacientes**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-tratamento-medicamentoso-de-pacientes> Acesso em: 01 dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Termo de Ciência e Consentimento para uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/images/pdf/2020/May/20/Termo-de-Cie--ncia-e-Consentimento-Hidroxicloroquina-Cloroquina-COVID-19.pdf> Acesso em: 01 dez. 2020.

MINOSSI, José G.; SILVA, Alcino Lazaro da S. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 40, n. 6, p. 494-501, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MIRANDOLA, Giovanni Pico Della. **Discurso sobre a dignidade do homem**. Lisboa: Edições 70, 1989.

MORA, José F.; COHN, Priscilla. **Ética Aplicada: del aborto a la violencia**. Madrid: Alianza Editorial, 1981.

MÜLLER, L. S. John Locke: ensaios sobre a lei da natureza: tradução e comentário. 2005. 189 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2005.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: **Iniciação à bioética**. COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 57-80, 1998.

MUNHOZ, Luciana B. **O princípio da autonomia progressiva e a criança como paciente**. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde – PPG em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, p. 160, 2014.

NADORI, Paulo Cesar. A emergência do individualismo moderno no pensamento de John Locke. 1998. 177 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1998.

NEVES, Nedy Cerqueira. **Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

NEVES, Patrão. Contexto cultural e consentimento: uma perspectiva antropológica. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, p. 487-498, 2003.

NINO, Carlos Santiago. **Introducción a la filosofía de la acción humana**. Buenos Aires: EUDEBA, 1987.

NORMAN, Gail Van. Informed Consent: respecting patient autonomy. *CSA Bulletin*, v. 61, n. 1, p. 36-46, 2012, p. 36. Disponível em: <https://bit.ly/3jDzWZi> . Acesso em: 1 set. 2020.

OLIVÉ, León. Epistemología em la ética y em éticas aplicadas. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya. **Estatuto epistemológico de la bioética**. UNESCO – RedBioética, p. 133-159, 2005.

OLIVEIRA, Geraldine Gollo de. Autonomia e consentimento: uma reflexão acerca do dilema moral envolto na escolha da conduta médica em casos de negativa do paciente em consentir com o tratamento proposto. 2017. 66 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2018.

O'NEILL, Onora. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

\_\_\_\_\_. Autonomy, plurality and public reason. In: BRENDER, N.; KRASNOFF, L. (Org.) **New essays on the history of autonomy**. A collection honoring J. B Schneewind. New York: Cambridge University Press, p. 181-194, 2004.

\_\_\_\_\_. Practical Principles and Practical Judgment. *Hastings Center Report*, v. 31, n. 4, 15-23, 2001.

O RELATÓRIO BELMONT. In: DALL'AGNOL, D. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 48-55, 2005.

PASSOS, Isabella Martins. **Afinal, ensinar filosofia moral ou raciocínio moral?** Monografia (Especialização em Ensino da Filosofia). Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, p. 95, 2019.

PIAGET, Jean. Os procedimentos da educação moral. In: MACEDO, Lino de (org.). **Cinco estudos de educação moral**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

POINCARÉ, Henri. **O valor da ciência**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1995.

- PUGH, Jonathan. **Autonomy, rationality, and contemporary bioethics**. New York: Oxford University Press, 2020.
- RAMOS, C. A. Aristóteles e o sentido político da comunidade ante o liberalismo. *Kriterion*, v. 55, n. 129, p. 61-77, 2014.
- RAZ, Joseph. **The morality of freedom**. New York: Oxford University Press, 1986.
- RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- \_\_\_\_\_. **História da filosofia moral**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- RESCHER, Nicholas. Principia Philosophiae: On the Nature of Philosophical Principles. *The Review of Metaphysics*, v. 56, n. 1, p. 3-17, 2002.
- RICHARDSON, Henry S. Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 25, n. 3, p. 285-307, 2000.
- ROSS, W. D. **Foundations of ethics**. London: Oxford University Press, 1939.
- \_\_\_\_\_. **Lo correcto e lo bueno**. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1994.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio; ou Da educação**. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 1995.
- \_\_\_\_\_. **O contrato social**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- RUIZ-VALDEPEÑAS, Benjamin H; MOYA, Fernando B. **Historia ilustrada de la bioética**. Madrid: Fundación Tejerina, 2015.
- SANTILLÁN, J. F. F. **Locke y Kant: ensaios de filosofia política**. México, D. F.: Fundo de Cultura Económica, 1992.
- SAVULESCU, Julian. Rational desires and limitation of life-sustaining treatment. *Bioethics*, v. 8, n. 3, p. 191-222, 1994.
- SAVULESCU, Julian; MOMEYER, Richard W. Should Informed Consent Be Based on Rational Beliefs? *Journal of Medical Ethics*, v. 23, n. 5, p. 282-288, 1997.
- SCHERMER, Maartje. **The different faces of autonomy: patient autonomy in ethical theory and hospital practice**. Amsterdam: Springer, 2012.
- SCHMIDT, A. V.; TITTANEGRO, G. R. A autonomia principialista comparada a autonomia do libertarismo. *Revista Pistis Praxis: Teologia e Pastoral*, v. 1, n. 1, p. 173-198, 2009.
- SCHNEEWIND, J. B. **A invenção da autonomia: uma história da filosofia moral moderna**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2005.

\_\_\_\_\_. Moral knowledge and moral principles. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, v. 3, p. 249-262, 1969.

SCHNEIDER, Carl. E. After autonomy. *Wake Forest L. Rev.* 41. N. 2, p. 411-444, 2006.

SCHWARTZ, Robert L. Autonomy, futility, and the limits of medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, n. 2, p. 159-164, 1992.

SCOCCIA, Danny. The concept of paternalism. In: GRILL, Kelle, HANNA, Jason (ed.). *The Routledge handbook of the philosophy of paternalism*. New York: Routledge, p. 11-23, 2018.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. *Bioética*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética I: fundamentos e ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Manual de Bioética II: aspectos médico-sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

SHEA, Matthew. Forty years of the four principles: enduring themes from Beauchamp e Childress. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 45, n. 4-5, p. 387-395, 2020, p. 387.

SHORE, Nancy. Re-conceptualizing the Belmont Report. *Journal of Community Practice*, v. 14, n. 4, p. 5-26, 2006.

SILVA, Alexandre Brasil da. **Bioética, governança e neocolonialismo**. Brasília: FUNAG, 2015.

SILVA, Márcio Bolda da. **Bioética e a questão da justificação moral**. Porto Alegre: EDIPICRS, 2004.

SHAFER-LANDAU, Russ. Moral Rules. *Ethics*, v. 107, n. 4, p. 584–611, 1997.

SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Revista Bioética*, n. 16, v. 1, p. 85-95, 2008.

SKINNER, Quentin. **Liberdade antes do liberalismo**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

SPIELTHENNER, Georg. The principle-based method of practical ethics. *Health Care Anal*, n. 25, p. 275-289, 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10728-015-0295-x>. Acesso em: 16 jun. 2020.

STOJAR, Natalie. Theories of autonomy. In: ASHCROFT, Richard E. et al. **Principles of health care ethics**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, p. 12-17, 2007.

TANG, Wei.; et al. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 14 mai. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1849>. Acesso em: 18 jan. 2021.

TAYLOR, Charles. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

\_\_\_\_\_. O que é agência humana?. In: **Teoria Crítica no Século XXI**. Trad. Roberto Torres e Fabrício Maciel. São Paulo: Annablume, p. 9-39, 2007.

\_\_\_\_\_. **Uma era secular**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2010.

TOULMIN, Stephen. The tyranny of principles. *The Hastings Center Report*, v. 11, n. 6, p. 31-39, 1981.

TREVISAN, D. Volonté générale e a autonomia da vontade. A presença de Rousseau na origem político-jurídica da filosofia moral de Kant. *Cadernos De Filosofia Alemã: Crítica E Modernidade*, v. 22, n. 3, p. 129-142, 2017.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 41, n. 5, p. 274-277, 2014.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa, s/p, 2006. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por). Acesso em: 09 dez. 2019.

U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report. Disponível em: <https://bit.ly/3iYrgw6> . Acesso em 22 mai. 2020.

U. S. DEPARTMENTE OF HEALTH & HUMAN SERVICES. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Washington, D. C., 1978. Disponível em: [https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf). Acesso em: 09 dez. 2019.

VAUGHN, Lewis. **Bioethics**: principles, issues, and cases. New York: Oxford University Press, 2016.

VÄYRYNEN, Pekka. Moral particularism. In: MILLER, Christian. **The Continuum Companion to Ethics**. London: Continuum International Publishing Group, p. 247-260, 2011.

VÁZQUEZ, Rodolfo. Ponderación de principios éticos. In: TEALDI, Juan Carlos (dir.). **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, p. 171-173, 2008.

WALKER, Rebecca L. Medical ethics needs a New view of autonomy. *Journal of Medicine and Philosophy*, n. 33, p. 594-608, 2009.

\_\_\_\_\_. The unfinished business of respect autonomy: persons, relationships, and nonhuman animals. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 45, n. 4-5, p. 521-539, 2020.

WICCLAIR, Mark R. Conscientious objection. In: HAVE, Henk ten. **Encyclopedia of global bioethics**. Pittsburgh: Springer Reference, p. 729-740, 2016.

WILLIAMS, Bernard. **Moral**: uma introdução à ética. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Timeline: WHO's COVID-19 response. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!> Acesso em: 20 jan. 2021.

## ANEXO – Termo de Ciência e Consentimento: Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19.

ANEXO I – MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

# Termo de Ciência e Consentimento

*Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19*

---



---

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

---

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

#### **COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2**

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

**Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina**

---

### OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

---

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (*in vitro*). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

---

### AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

---

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo; Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

<p>_____, ____ de _____ : ____ (hh:min)</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente   <input type="checkbox"/> Responsável</p> <p>Nome: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>
---

---

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

---

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

<p>_____, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)</p> <p>Nome do Médico: _____ CRM: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>
--