



Pontifícia Universidade Católica do Paraná

**CARLOS ALBERTO PEIXOTO BAPTISTA**

**RELAÇÃO ALTERATIVA NA PRÁTICA PEDAGÓGICA  
DO PROFESSOR DE ÉTICA MÉDICA**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO  
PUCPR**

**PUCPR**  
CURITIBA  
1998



**CARLOS ALBERTO PEIXOTO BAPTISTA**

**RELAÇÃO ALTERATIVA NA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE  
ÉTICA MÉDICA**

**N.Cham. DIS 378 B222r 1998**

**Título** Relação alternativa na prática pedagógica do professor c



Ex.1 PUC-PR - BC

00265105

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO  
PUC-PR**

**CURITIBA  
1998**

**CARLOS ALBERTO PEIXOTO BAPTISTA**



**A RELAÇÃO ALTERATIVA NA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE  
ÉTICA MÉDICA**

**Dissertação apresentada à Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná, como  
requisito parcial para obtenção do  
título de mestre em Educação, sob a  
orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Lílian Anna  
Wachowicz**

DIS  
378  
B222R  
1998  
ex.1

**CURITIBA  
1998**



**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO, DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.**

Exame de Dissertação n.º 154

Aos vinte e três dias do mês de abril de um mil novecentos e noventa e nove, realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação “**RELAÇÃO ALTERATIVA NA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE ÉTICA MÉDICA**”, apresentada por **Carlos Alberto Peixoto Baptista**, ano de ingresso 1996, para obtenção do título de Mestre. A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes professores:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Lilian Anna Wachowicz	
Prof. Dr. Jesus Eurico Miranda Regina	
Prof. Dr. Jamil Ibrahim Iskandar	

De acordo com as normas regimentais a Banca Examinadora deliberou sobre os conceitos a serem atribuídos e que foram os seguintes:

Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Lilian Anna Wachowicz	Conceito <u>  A  </u>
Prof. Dr. Jesus Eurico Miranda Regina	Conceito <u>  A  </u>
Prof. Dr. Jamil Ibrahim Iskandar	Conceito <u>  A  </u>
	Conceito Final <u>  A  </u>

Observações da Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Prof.ª Dr.ª Maria Amélia Sabbag Zainko**  
**Diretora da Área de Educação**  
**Coordenadora do Curso de Mestrado em Educação**

Dedico

À memória do pai Alberto.

À mãe Maria.

Aos irmãos Antonio e Mário.

Aos filhos Carlos Eduardo  
e Marcelo Giácomo.

À Tatiana Gomara Neves.

Pelo amor e privilégio de tê-los.

Agradeço,

pelo apoio, tolerância, compreensão e amizade,

À Profª Drª Lílian Anna Wachowicz e aos professores do Curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Ao Dr. Salomão Soifer, David Soifer, Lincoln, Drª Ademís Baglioli, Dr. Arnaldo Palma e aos funcionários do Hospital Pinheiros Ltda. - Clínica Psiquiátrica.

A Elerian do Rocio Zanetti, Bihil Zanetti, Leandro Zanetti, Pedro Machado, Renato Machado e aos amigos do município de Campina Grande do Sul - PR.

A Antonio Weber e aos funcionários do Posto Instituto Médico Legal de Campina Grande do Sul - PR.

Aos professores e aos funcionários do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da UFPR.

À família Arrais Ykeda.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 PRIMEIRA PARTE: UMA ANÁLISE DO ENSINO DA ÉTICA MÉDICA</b> .....	5
2.1 A BENEFICÊNCIA E SEUS LIMITES.....	12
2.2 A AUTONOMIA E SEUS LIMITES.....	15
2.3 A JUSTIÇA E SEUS LIMITES.....	17
<b>3 SEGUNDA PARTE : A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO NA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE ÉTICA MÉDICA</b> .....	20
3.1 PESSOA E ALTERIDADE.....	20
3.2 FUNDAMENTOS E CATEGORIAS DO PENSAMENTO DA FILOSOFIA DE DUSSEL.....	23
3.2.1 Principais fundamentos da filosofia da libertação.....	23
3.2.2 As categorias do pensamento.....	27
3.2.2.1 Proximidade.....	27
3.2.2.2 Totalidade.....	28
3.2.2.3 Mediações.....	30
3.2.2.4 Exterioridade.....	31

3.2.2.5 Alienação.....	33
3.2.2.6 Libertação.....	33
3.3 ALTERIDADE COMO CRITÉRIO FUNDAMENTAL DA ÉTICA MÉDICA .....	34
3.4 ALTERIDADE COMO CRITÉRIO ENGLOBANTE DA ÉTICA MÉDICA.....	43
3.5 ALTERIDADE E BENEFICÊNCIA.....	44
3.6 ALTERIDADE E AUTONOMIA.....	46
3.7 ALTERIDADE E JUSTIÇA.....	48
<b>4 TERCEIRA PARTE : ALTERIDADE NO RELACIONAMENTO MÉDICO- PACIENTE.....</b>	<b>49</b>
4.1 PRÉ-REQUISITOS DA RELAÇÃO ALTERATIVA MÉDICO-PACIENTE.....	53
4.1.1 O olhar.....	60
4.1.2 A palavra e o silêncio.....	61
4.2 ALTERIDADE NO EXAME FÍSICO (EXPLORAÇÃO MANUAL).....	66
4.3 ALTERIDADE NO DIAGNÓSTICO.....	68
4.4 ALTERIDADE NO TRATAMENTO.....	71
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>

## RESUMO

O objetivo deste estudo é propor a Alteridade como Critério fundamental e englobante na prática pedagógica do professor da Ética Médica. Dividido em três partes, na primeira, por um método crítico histórico, analisaremos a partir do quadro atual, aonde nos fez chegar o ensino da ética médica, marcado por uma visão legalista e deontológica. Faremos uma abordagem conceitual e histórica dos seus fundamentos; beneficência, autonomia e justiça, demonstrando seus limites. A segunda parte é sistemática. Para se estabelecer a possibilidade de alteridade como critério na prática pedagógica do professor da ética médica, trataremos da relação entre alteridade e os fundamentos da ética médica, levando em conta a bibliografia existente e analisando-a já na direção do critério alteridade. A terceira parte é aplicativa. Aplicaremos concretamente o critério de alteridade no ensino da disciplina ética médica, ou seja, no relacionamento médico-paciente. O marco referencial adotado é o conceito de alteridade de Enrique D. Dussel.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to suggest the otherness as a fundamental and all encompassing criterion in medical Ethics' teaching. It was divided into three parts. The first one, by an historical critic method, analyses how the medical Ethics' teaching had influenced on the current medical practice which is determined by a legalist and deontological point of view. We'll make a conceptual approach to each fundamentals of Ethics: beneficence, autonomy and justice, as well as we'll demonstrate its limitations. The second part is the systematics one. With a view to establish the possibility of otherness as a criterion in experience in teaching medical Ethics, we'll consider the relation between otherness and medical Ethics' fundamentals. We'll take the actual bibliography and we'll study it related to the criterion of otherness. The third part of this study is the applicative one. We'll concretely apply the criterion of otherness to experience in teaching of medical Ethics' subject, that is, to physician-patient relationship. The referential mark that had been used was the concept of otherness of Henrique Dussel.

## INTRODUÇÃO

Duas foram as razões que nos levaram a elaborar este trabalho.

Em primeiro lugar, a vivência profissional e em sala de aula. Em segundo lugar, a necessidade de oferecer aos alunos da medicina e das demais áreas da saúde, uma reflexão e orientação na área da Ética médica.

Lecionando a disciplina de Ética do nutricionista de 1983 a 1988 para o curso de graduação em Nutrição e a disciplina de Ética médica - Deontologia desde 1983 até a presente data, para o curso de graduação em medicina, ambos da Universidade Federal do Paraná, passei a viver a necessidade de buscar respostas aos novos dilemas éticos desta ciência que haverão de passar não só pelo repensar o processo formador dos médicos, buscando uma metodologia de ensino que não se afaste dos problemas reais, integrador das disciplinas e seus conteúdos, objetivando o aperfeiçoamento do exercício profissional e científico, mas, também, capaz de direcionar o processo de formação do médico na realidade comunitária da saúde e sua atualidade.

Aparece a necessidade de possibilitar e indicar aos alunos textos, que após lidos, fundamentarão a discussão, o debate e a reflexão nesta área do conhecimento que possam responder às necessidades do ensino, aos dilemas éticos da medicina e da saúde, às questões relacionadas com os direitos humanos, ao papel da ciência como agente de libertação do homem, superando os limites dos fundamentos da ética médica.

Por tudo isto, emerge a vontade de propor um critério para a prática pedagógica do professor da Ética médica, que é o de levar em conta o outro, articulando as dimensões que fundamentam o ensino da disciplina Ética médica : *a beneficência, a autonomia, a justiça à alteridade.*

O porquê propor a alteridade como critério prende-se às seguintes razões: a possibilidade de transcender as limitações provocadas pelos critérios que fundamentam a ética médica, já a observarmos ainda que velada na prática médica, possibilidade de tematizar a ética médica, por restituir à pessoa sua competência moral, salientar um nível de relacionamento interpessoal, fazer reconhecer de forma recíproca os problemas éticos no âmbito da saúde e da vida - o outro (alter) também sou eu, e quando adotada mostra um critério de transformação nos relacionamentos ao romper com o paternalismo e o absolutismo freqüentes na área médica. A pessoa ao ser vista como sujeito e protagonista, usuário e crítico, livre e responsável, satisfaz às exigências éticas atuais. Este projeto portanto, está articulado à linha de pesquisa *teoria e prática pedagógica no ensino superior.*

O objetivo deste é propor a *Alteridade como Critério Fundamental* ( a pessoa é o fundamento de toda a reflexão e de toda a ética médica, o outro é o marco referencial para o julgamento de nossas ações ) e *Englobante* ( tematizar a ética médica a partir do outro, a alteridade nas diferentes dimensões da ética médica; alteridade e pessoas, pessoa e alteridade, alteridade como critério de relacionamento médico - paciente, pré-requisitos da alteridade no relacionamento médico - paciente, anamnese, exame físico, diagnóstico, e tratamento ) *na prática pedagógica do professor da Ética médica.*

Este trabalho, será dividido em três partes. Na primeira, por um *método crítico histórico*, analisaremos a partir do quadro atual, aonde nos fez chegar o ensino da ética médica, marcado por uma visão legalista e deontológica. Faremos uma abordagem conceitual e histórica dos seus fundamentos; beneficência, autonomia e justiça, demonstrando seus limites.

A segunda parte é sistemática. Para se estabelecer a possibilidade de alteridade como critério na prática pedagógica do professor da ética médica, trataremos da relação entre alteridade e os fundamentos da ética médica, levando em consideração a bibliografia existente e analisando-a já na direção do critério de alteridade.

Alteridade e beneficência articulam-se quando a beneficência é solicitada pelo outro (paciente) e tem seu consentimento. Trata-se de um bem feito à pessoa adulta e tratada como tal. Contempla-se, assim, o princípio da responsabilidade médica e o da responsabilidade do paciente. A atitude é de responsabilidade pelo outro, pela sua vida, pela sua saúde, pela sua dignidade em nível de reciprocidade.

Alteridade e autonomia relacionam-se no sentido que alteridade pressupõe o outro, autônomo. Sem alteridade, o outro deixa de ser ele mesmo para se tornar parte da totalidade do sistema ( um número, uma peça, uma coisa). Sem autonomia, ele é alienado (tornado outro que não ele mesmo). A alteridade manifesta-se como abertura de um "eu" autônomo, para um outro também autônomo, numa atitude de solidariedade, para uma práxis de alteridade. Médico e paciente seriam parceiros na alteridade. Alteridade nunca absoluta e autonomia nunca fechada. A violação da autonomia seria uma violência de um contra o outro e a violação da alteridade, o rompimento da relação médico-paciente.

Alteridade e justiça, em nível deontológico, relacionam-se da seguinte forma: o princípio de justiça que satisfaz a alteridade (pessoa, pessoas) é o que garante a todos os benefícios do serviço de saúde, de forma equitativa e universal, como dever do Estado e direito de todo cidadão. A observância deste princípio atende ao outro (cidadão e sociedade) e a justiça cumpre a finalidade para com o mesmo, razão de sua própria existência.

Em nível teleológico, superando uma visão meramente utilitarista em relação a destinação dos recursos e a atenção às necessidades dos outros (pacientes). A melhor justiça é aquela praticada para com o outro (pessoa, pessoas), respondendo à sua dor, ao seu sofrimento, à sua deficiência, à sua incapacidade. Abandona-se a quantificação e ganha-se em alteridade.

A terceira parte é *aplicativa*. Aplicaremos concretamente o critério de alteridade no ensino da disciplina ética médica ou seja, no relacionamento médico - paciente, (anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento).

O marco referencial adotado é o conceito de *alteridade* de Enrique D. Dussel, por ser um pensador latinoamericano, que defende a pedagógica como método educativo relacional onde mestre e discípulo tornam-se alteridades pedagógicas em processo. O mestre deixa de ser o único sujeito, o discípulo deixa de ser objeto. Apela para o conhecimento crítico de nossas práxis e no mesmo movimento, enriquecermos à luz delas. (COSTA, 1992, P. 9-12).

Dussel propõe o abandono da ótica da interioridade ontológica pela exterioridade metafísica, lugar de ocorrência de alteridade (do outro), do "distinto que interpela ao discernimento e ao despertar da consciência crítica". (COSTA, 1992, P. 24).

## 2 PRIMEIRA PARTE : UMA ANÁLISE DO ENSINO DA ÉTICA MÉDICA

Os médicos, assim como outras pessoas, podem enfrentar os problemas ou dilemas éticos em pelo menos duas perspectivas : 1) aos possuidores de uma sólida formação moral individual, uma boa formação escolar seria o bastante para que, diante de situações éticas, suas ações fossem a reprodução dos modelos preconizados pela ética médica. 2) Outros, percebem as questões morais como reflexas, decorrentes do modo de produção da sociedade, das suas relações, do modo como se posicionam diante da reprodução do modelo de sociedade e da divisão de trabalho.

Assim sendo, as perspectivas de soluções, ou são idealistas ou materialistas, para os problemas éticos, no sentido filosófico dos termos.

Entendemos que o ensino médico, e de modo geral todo o ensino, é determinado pela lógica de funcionamento da sociedade. O ensino da *Ética Médica*, entendido como análise científica sobre a moral induzida pelo ensino médico, é capaz de reproduzir e inculcar valores. Segundo Hessen *Valor* é, portanto, (...) "algo que é objeto de uma experiência, de uma vivência". ( HESSEN, s.d., P. 38). Ao pronunciarmos a palavra *Valor*, podemos estar querendo dizer pelo menos três coisas distintas: (...) "a vivência de um valor, a qualidade de valor de uma coisa; ou a própria idéia de valor em si mesma". (HESSEN, s.d., P.37).

É o ensino médico que vem contribuindo para a perspectiva moral característica dos novos tempos sob a influência dos seguintes fatores: a visão cartesiana de mundo, inaugurando a possibilidade do mecanicismo dualista. Ou

seja, a separação mente - corpo e a lógica de que a cada efeito corresponde a uma causa. A perspectiva científicista na prática médica e o fator mais importante, um currículo tendo como filosofia básica a abordagem utilitarista e pragmática, influenciando uma concepção de práxis em medicina. "A *techne*, sob a forma da moderna tecnologia, tornou-se num ímpeto infinito da espécie, o seu mais significativo empreendimento, em cujo permanente e autotranscendente avanço para coisas cada vez mais grandiosas tende a rever-se a vocação do homem, e cujo êxito no máximo controlo sobre as coisas e sobre ele próprio surge como sendo a consumação do seu destino". (JONAS, 1994, P. 42). A tecnologia assumindo importância ética por não só ser capaz de obras objetivas, mas também determinar os projetos humanos. O processo ensinar - aprender assume uma dimensão não apenas ética, mas também política.

O *modelo médico moderno*, dominado por uma teoria explicativa das doenças (modelo anatomopatológico) e pela aplicação da tecnologia em detrimento da atenção ao ser humano, pouco lembra o *modelo médico hipocrático*, que dedicava maior parte do seu tempo para a atenção médico - paciente, na anamnese e no exame físico. O que ganhamos em técnica perdemos em ética.

É a partir do século XVI, com a junção entre uma prática empirista e um modelo manipulador da realidade que o paciente, antes visto como alguém portador de um distúrbio de causas inatingíveis, passasse a ser um objeto de estudo. Cria-se uma ruptura epistemológica no saber médico, a partir da *teoria dos germes* de Louis Pasteur (MERCK SHARP, 1987, P. 5) e a descoberta dos micro-organismos produtores de infecção e dos parasitas em geral, que possibilitam a descoberta de soros e vacinas. O diagnóstico das doenças passa a ser possível pelos exames de

laboratório. A *teoria celular* de Theodor Schwann em 1839, (HAECKEL, 1877, P. 41 E 82), cujos estudos permitiram concluir que todos os seres vivos são formados por células e abrir novo campo de investigações através da embriologia. Rudolf Virchow em 1858 aplica a histologia à compreensão das doenças pela análise da *anatomia patológica*. (HAM, 1967, P. 4). Assim nasce a *clínica* como hoje a concebemos, inaugurando uma nova forma de praticar a medicina, tecnicista e objetivada. Como afirma Freire, "não há diálogo, não há trocas efetivas e afetivas, não há mútua aprendizagem. Há uma predominante postura anti-diálogo e anti-dialógica. (COSTA, 1992, P. 26).

Em 1910, a Fundação Carnegie publica o relatório Flexner que apontava à época, as graves deficiências do ensino da medicina e dos profissionais médicos verificadas nos Estados Unidos e Canadá. Este Relatório propunha soluções, cujas propostas principais eram:

- a) definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos;
- b) introdução do ensino laboratorial;
- c) estímulo à docência em tempo integral;
- d) expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- e) vinculação das escolas médicas às universidades;
- f) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- g) vinculação da pesquisa ao ensino;
- h) controle do exercício profissional pela profissão organizada. (BIOÉTICA, 1996, P. 47).

O Relatório em suas propostas de mudança bem como na análise crítica da situação da medicina, não trouxe qualquer preocupação com as questões ético-morais. O Relatório dá lugar ao *Modelo Flexner* que se passou a chamar de

*flexneriano*, e foi introduzido na década de 40 para todo o mundo, constituindo-se na base para a implantação do ensino e da prática médica.

Um modelo de currículo médico a ser adotado e reconhecido como a forma mais eficaz de transmissão dos conhecimentos médicos. Tinha uma abordagem *biocêntrica* dos problemas de saúde e como base a ciência. Assim, a formação médica é de caráter *cientificista e pragmática* e, fiel aos atributos da ciência; uma postura *objetiva, fria e neutra*. Este fato trouxe mudanças substanciais no conceito de *objeto* da prática médica e, como conseqüência, modificou-se a relação *doente x médico*.

A *pessoa humana*, anteriormente vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua vontade, dignidade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, como os objetos de estudo das mais diversas disciplinas e consumidora de tecnologia. A objetivação do homem pela medicina, deu à sociedade o mesmo entendimento em relação ao médico. A *arte* médica em favor da ciência e sua tecnologia, determinou o embotamento do *mítico* e do *místico* no papel social do médico. Nietzsche na *Gaia Ciência*, debatendo contra os propugnadores do cientificismo disse "Vós sois seres frios, que vos sentis encouraçados contra a paixão e a quimera. Bem que gostaríeis que a vossa ciência se transformasse em adorno e objeto de orgulho! Afixais em vós mesmos a etiqueta de realistas e dais a entender que o mundo é verdadeiramente feito tal qual vos parece". (NIETZSCHE, 1983, p.215).

Não obstante a valorização do cientificismo e da ciência serem apanágio do homem moderno, mesmo um dever, o que assistimos nas últimas décadas é a ausência de qualquer reflexão ética sobre os avanços científicos e tecnológicos,

implicando em graves renúncias da atitude humanista. Como afirma Wachowicz: "que a forma pela qual é apreendida a realidade determina o próprio significado dela, o que é fundamental na questão do saber". (WACHOWICZ, 1991, P. 43).

A Ética médica nos cursos de graduação de medicina, caracteriza-se por uma ênfase deontológica e acento normativo e legal, restringindo-se ao campo das normas da ação profissional. No tocante ao ensino da Ética médica ressaltamos as conclusões de um trabalho de Marylu Motta e Silva Cunha que envolveu as 79 Escolas de medicina no Brasil, no ano de 1991.

Alguns dos dados conclusivos:

- a) O ensino da Ética médica no currículo básico das escolas de medicina existe como matéria obrigatória.
- b) Esse ensino tem uma tendência de ser voltado basicamente para a deontologia.
- c) Existe uma acentuada falta de atenção para essa matéria, pois, de um currículo total de 8.640 horas/ensino, somente 50 horas, no máximo, são oferecidas para esse assunto, ou seja, 0,6%.
- d) A maioria dos responsáveis pelo ensino da Ética médica tem exclusivamente formação médica - praticamente 90%.
- e) O número de docentes é pequeno, pois 85% das escolas possuem só 2 (dois) professores para essa matéria.
- f) A titulação de docentes responsáveis é de nível básico na carreira. Ao redor de 26% é que são titulares, ou seja, tem nível mais alto.
- g) O ensino prático, ou de discussão de casos, não existe em 62% dos casos.
- h) O ensino da Ética médica, como disciplina autônoma, ocorre em apenas 1/3 (um terço) das escolas.
- i) O ensino da Ética médica é historicamente ligado à Medicina Legal, o que ocorre em 90% das escolas em que essa disciplina não é autônoma.
- j) Não existe curso de pós-graduação em Ética médica no Brasil. (MOTTA E CUNHA, 1991, P. 7-10).

Para fazer face aos avanços técnico-científicos das últimas décadas e aos novos poderes provenientes do progresso das ciências da vida e procurando adequar-se às ações pontuais da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), a Ética médica, necessita dar lugar à Bioética, cujo ensino deve permitir a todos exercerem suas responsabilidades próprias ante essas novas

situações, promovendo uma ética da liberdade e da responsabilidade, por uma abordagem interdisciplinar e pluridisciplinar das relações entre o homem e a ciência, revestindo-se de um caráter concreto ( estudo de caso, diálogo com técnicos ... ) e não se limitando à reflexão de princípios gerais, favorecendo o aprendizado da tolerância, aglutinante das sociedades pluralistas.

A bioética é uma nova imagem da ética médica, que se caracteriza por ser o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado da saúde, conduta essa examinada à luz dos valores e princípios morais.

A bioética foi definida como:

"Estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e da atenção à saúde, na medida em que esta conduta seja examinada à luz dos valores e de princípios morais. (...)". (CLOUSER, 1982, P. 115-127). A bioética abarca a ética médica, porém, não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre o médico e o paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes:

Compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões afins e nas vinculadas à saúde mental.

Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica.

Aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle da natalidade, entre outras.

Vai além da vida e da saúde humanas, enquanto compreende questões relativas à vida dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e a demandas ambientais conflitivas. (REICH, 1982, P. XIX).

As principais características da bioética são:

- a) "uma ciência da qual o homem é sujeito e não somente objeto". (WACHTER, 1979, P. 103-116);
- b) ter como critérios: "a beneficência, a autonomia, e a justiça - a chamada *tríade bioética* - cuja articulação assenta-se no tripé - nem sempre harmonioso: médico (pela beneficência), paciente (pela autonomia) e sociedade (pela justiça), o que exige que haja constantemente critérios de decisão". (GRACIA, 1990, P. 378);
- c) "ser notadamente protetora da vida, frente à exacerbação técnico-científica; não se pretender nunca acabada, mas, aberta aos novos problemas emergentes continuamente da biologia, da genética, da engenharia genética e das outras ciências";
- d) "estar aberta ao diálogo não só com as ciências biológicas, mas com todas aquelas que tratam, hoje, da vida, desde a ecologia às diferentes filosofias e correntes religiosas". (CAPRA, s.d., P. 299-350);
- e) humanizar e personalizar os serviços de saúde, bem como promover os direitos dos pacientes. (GAUDERER, 1991);
- f) "articular ética e ciências biomédicas; ser interdisciplinar e ter o diálogo como um de seus métodos privilegiados". (BARCHIFONTAINE E PESSINI, 1991, P. 17).

Por interdisciplinariedade entende-se a "interação entre duas ou mais disciplinas: esta interação pode ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos diretores, da epistemologia, da terminologia, dos

procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa e do ensino se articulando entre si". (JAPIASSU, 1976, P. 37-113 ; P.115-205).

Podemos afirmar que pela sua abrangência, pela sua interdisciplinariedade e metodologia do diálogo, a bioética é a disciplina da alteridade ao propor ações que objetivam a permanência da vida humana genuína, e tratar sempre os indivíduos como um fim em si e nunca como um meio.

Os critérios da bioética são beneficência, autonomia e justiça, os quais passaremos a analisar buscando os seus limites.

## 2.1 A BENEFICÊNCIA E SEUS LIMITES

Até recentemente, a beneficência gozou de primazia entre os critérios da conduta médica. Hoje encontra-se limitada pelos fatores que apontamos: a necessidade de se definir o que é bem do paciente; a não aceitação do paternalismo contido na beneficência; o surgimento do critério de autonomia e as novas dimensões da justiça na área da saúde.

Quanto ao primeiro, os avanços da ciência e da tecnologia médicas obrigam a redefinir o que é bem para o paciente. Este progresso, pela multiplicidade de opções para médico e paciente, trouxe benefícios em nível de diagnóstico e de terapia e inúmeros conflitos de relacionamento. Ao contrário da decisão exclusiva do médico, a nova situação exige que se respeite os diferentes conceitos das

peessoas sobre o que desejam da vida e do que estão dispostas a sacrificar para obtê-lo.

Veja como diz Sass, "para decidir se deve aplicar quimioterapia ou radioterapia pós-operatória intensiva ou atenção paliativa, tem de se perguntar: qual é o 'bem' mais conveniente para o paciente". (SASS, 1990, P. 395-396). Paralelamente ao benefício trazido, este progresso originou uma crescente manipulação química e técnica dos humanos e seus eventuais danos e insucessos.

Quanto ao segundo, o critério de beneficência é com frequência acusado de estabelecer relação paternalista entre médico e paciente, às vezes até absolutista, despótica, hierárquica, vertical demais e monárquica. (GERT; CULVER, 1976, P. 45-57). O paciente na maior parte das vezes é tido como espectador das ações dos profissionais de saúde e, seu maior papel é o de acatar as decisões, pelo alegado desconhecimento do assunto.

Nos dizeres de Gracia, o paternalismo médico está na tradição médica e no critério do bem do enfermo:

O médico viu-se tradicionalmente a si mesmo como um pequeno patriarca que exercia domínio sobre seus pacientes e exigia destes obediência e submissão... . Quando o médico age de modo mais excelso e divino possível, como monarca paternal, tratará seus súditos, os enfermos, como seres passivos para os quais se procura o bem como para crianças: Tal é a essência do paternalismo, uma constante ao longo da história da medicina.

O médico na sua atividade participa de uma relação ambígua e desigual, determinada pela autoridade do seu conhecimento versus fragilidade do paciente evidenciada na incapacidade de cuidar de si e do saber de si. Seu conceito de ética é rigorosamente naturalista "(...) ética é ordem natural da vida humana, o

ajustamento da vida à sua ordem natural, o modo ou forma da vida". (GRACIA, 1989, P. 23-120).

Assim, o médico é sempre o agente, o paciente o objeto de ação; "ao médico cabe 'fazer o bem', ao paciente recebê-lo; o médico é competente física e moralmente, o paciente é incompetente física e moralmente; o médico é sujeito técnico e moral, o paciente é necessitado de ajuda técnica e moral; ao médico cabe sempre a decisão, ao paciente obedecê-lo". (PELLEGRINO, 1990, P. 379-389).

Cabe aqui ressaltar, que quando um paciente procura um médico por doença, fica concretizada a transferência da responsabilidade a outro.

A beneficência vinculada ao paternalismo produziu uma modalidade de assistência social, onde o indivíduo tornou-se "objeto de proteção social". (TEIXEIRA, 1987, P. 91-112).

As inseguranças do paciente em relação ao saber do médico estão sempre condicionadas à desigualdade da relação, que persiste, quando procura ouvir outras opiniões médicas.

Pellegrino e Thomasma propõem a "beneficência fiduciária", cuja meta é agir em prol dos melhores interesses mútuos (médico e paciente), mantendo um conjunto de virtudes e partilha de decisões. (PELLEGRINO E THOMASMA, 1988, P. 54-83).

Na relação médico-paciente não há como dissociar o saber do poder, a beneficência do paternalismo. Fica a dependência do modo como o médico vivência esta relação, com ou sem alteratividade. Ao não aceitar os desejos e as opiniões dos pacientes, ao impedir o consentimento informado derivando para a dominação, o paternalismo anula a relação alterativa.

## 2.2 A AUTONOMIA E SEUS LIMITES

Data do início dos anos 70, a introdução do critério de autonomia na ética médica. Sua aceitação foi decisiva para a mudança do centro de decisões. Esse mudou do médico para o paciente. A beneficência deixa de ser o primeiro princípio da ética médica. As relações médico-paciente são transformadas e tornam-se mais abertas, francas e respeitadas. "Passou a proteger os pacientes contra flagrantes violações de sua autonomia e integridade". (PELLEGRINO, 1990, P. 379-389). Os pacientes puderam se autodeterminar, consentirem ou não após informação, decidirem a respeito da conduta médica.

Mas a prática médica vem revelando modelos, conforme a aceitação ou não da autonomia: aceita-se a autonomia do paciente, mas subordinada ao critério de beneficência; ou privilegia-se o respeito ao paciente e o exercício de sua autonomia, subordinando a beneficência à autonomia. No primeiro, as ações definem-se como concretas se conduzem ao bem estar do paciente. Trata-se de uma ética orientada para os resultados, na qual, a autonomia tem importância marginal e o paternalismo só é errôneo quando não se alcançam os benefícios desejados para o paciente. É claro que muitas pessoas preferem ser tratadas paternalmente e se põem nas mãos do médico. Para elas, o exercício da autonomia é mais uma fonte de frustração e de ansiedade do que de satisfação. No segundo, a ética é orientada para a ação e não para os resultados, o ponto de referência são as condições nas quais se atua. Assim, a autonomia como condição para a ação, adquire um valor fundamental.

Para que uma pessoa possa fazer uso de sua autonomia, deve ser tratada com respeito. "Isto significa que se deve solicitar seu consentimento para qualquer atuação que se venha efetuar e evitar-se toda coerção, inclusive o paternalismo". (LARA E LA FUENTE, 1990, P. 440).

Pela autonomia, as pessoas podem mais adequadamente exercer seu autogoverno, sua autodeterminação, segundo seu próprio sistema de valores. Mas, por restrições internas ou externas, nem todas as pessoas estão em condições de o fazer. Exemplos de restrições internas são as lesões ou disfunções cerebrais e encefálicas, o retardo mental e as doenças psiquiátricas agudas e crônicas, etc. Restrições externas a coação, o engano físico e emocional, a privação de informação indispensável, enfermidades físicas ou mentais prolongadas e debilitantes, e a pouca idade do paciente.

Para além das restrições, observam-se deficiências no uso deste critério como guia moral para a prática médica: ter acentuado a qualidade legalista; restringir-se de modo exclusivo ao especificamente prescrito; obsessão por provas documentais mais do que preocupação pela qualidade moral do consentimento; redução da relação médico-paciente a contrato em vez de relação fiduciária ou de acordo; minimizar as obrigações do médico em detrimento de beneficência do paciente; diminuir a capacidade decisória do médico.

Quando a autonomia converte-se em algo absoluto, cada pessoa chega a ser um átomo moral que determina seus direitos independentemente e, inclusive, contra as exigências da entidade social a que pertence. Os conflitos entre os direitos de uma comunidade e os de cada um de seus membros colocam sérios questionamentos sobre a justiça econômica e social, que reclamam um melhor equilíbrio entre autonomia e bem comum. (PELLEGRINO, 1990, P. 383).

O ideal seria o médico ser capaz de tornar alternativa a relação médico-paciente, sem com isto abdicar da condução dos procedimentos e da responsabilidade atinentes ao exercício da profissão.

O critério de autonomia na ética médica só pode ajudar, ser mediação, para uma minoria de afortunados econômica e culturalmente. Ela supõe, que o cidadão tenha escolaridade suficiente para entender, compreender e, a seguir escolher sua situação diante de um diagnóstico ou tratamento. Para a maioria da população desprovida de escolaridade e de conhecimento, não se trata de reivindicar atenção de saúde, cuidados médicos, em termos de autonomia e, sim, de alteridade.

A autonomia também supõe: que as instituições de saúde não sejam múltiplas e burocratizadas; que estejam aparelhadas de materiais tecnológicos, recursos humanos e legais. Distantes desta realidade, somos levados a aceitar que "o interesse primeiro, não é de um eu, autônomo, e sim, de um nós solidário". (LAVERTU E LINARES, 1990, P. 489-498).

A estes limites e deficiências colocados à autonomia, pretendemos superá-los com o critério de alteridade.

### 2.3 A JUSTIÇA E SEUS LIMITES

O critério de justiça, no relacionamento médico-paciente no sistema de saúde como um todo, é fruto de lutas num longo processo histórico. Juntamente com a beneficência e a autonomia ele completa a chamada tríade bioética.

Em nível de atenção à saúde, a saúde para todos só é possível com o reconhecimento formal e prático do direito universal e igualitário aos serviços de saúde.

Justiça é, pois, um critério imprescindível e insubstituível, quer nas relações entre os profissionais de saúde e seus clientes, quer na política nacional de saúde.

Alguns limites que neste critério se verificam, são frutos da ambiguidade do próprio conceito de justiça e do problema da conciliação entre justiça e utilidade.

Em relação à ambiguidade do próprio conceito de justiça, temos: excessiva insistência na atitude subjetiva; concretização do objeto da justiça no "direito", perdendo a possibilidade de criticidade radical; exigibilidade estrita, ou seja, ao exigir o "mínimo legal" propicia a confusão entre moral e direito; redução da alteridade às relações interpessoais; descuido da moralização das "estruturas sociais" e prevalência da orientação "individualista" na apresentação e na solução dos problemas ético-sociais. (VIDAL, 1980, P. 98).

Hoje em nosso País assistimos a um maior distanciamento entre a medicina pública e a medicina privada, caracterizando-se por uma separação social inaceitável e injusta que traz como conseqüência desigualdades no atendimento à saúde.

Em relação ao problema da conciliação entre justiça e utilidade: trata-se do problema de quantificar custos e benefícios na absorção de opções justas de recursos de saúde, sabidamente escassos. Ocorre que a quantificação de custos e benefícios é sempre, não só possível, mas necessária. Todavia, "como quantificar a dor, a morte, a deficiência, a incapacidade"? (DRANE, 1990, P. 594). Ou, ainda, quem deve receber assistência médica em circunstâncias nas quais não existem

recursos suficientes para todos? Quais os critérios para a seleção ? (SPINSANTI, 1992, P. 246-250).

As políticas nacionais de saúde insistem em não priorizar a saúde pública, saneamento básico e a prevenção de doenças, não obstante persistirem problemas básicos de saúde como desnutrição, mortalidade infantil e epidemias de dengue, malária e cólera, optando por uma medicina curativa de efeitos. Os custos elevados desta medicina curativa e tecnicista aliado ao empobrecimento dos Estados, o Brasil inclusive, vem determinando a impossibilidade de garantir a saúde integral e equânime para todos. Assim, com um custo social individual e coletivo cada vez maior, não é possível cumprir a universalidade a que se propõe o Sistema Único de Saúde. A ele, só os trabalhadores organizados e a classe média terão acesso em detrimento do restante da população.

Ponderando sobre o critério custo/benefício, Sgreccia observa:

Às vezes a salvação de uma pessoa pode custar financeiramente tanto quanto a cura de outras dez; deixar morrer doentes portadores de tumor pode levar a pensar em poupar capital para a promoção da saúde de pessoas capazes de produção.

Diante do aumento da população anciã, do prolongamento das curas a alto custo, das doenças que o progresso da medicina prolonga sempre mais, diante de critérios eudemonísticos e produtivistas, a política sanitária pode fazer escolhas contrárias ao bem da pessoa e instaurar, na raiz, processos de programação que conduzem ao que foi definido como "eutanasia social e desmedicalizada. (SGRECCIA, 1991, P. 38).

Com o critério de alteridade, além dos de beneficência e autonomia, pretendemos responder aos limites do critério de justiça.

### 3 SEGUNDA PARTE : A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO NA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE ÉTICA MÉDICA

Crítério (do grego *Kritérion*, pelo latim *criteriu*) serve-nos de base para a comparação, para o julgamento ou para a apreciação. Permite-nos distinguir ou reconhecer as coisas, umas das outras, apreciar pessoas, orientar nossa opção. (LADRIÈRE, 1982, P. 20-27).

Antes de apresentar a alteridade como critério fundamental e englobante na prática pedagógica do professor de Ética médica, trataremos primeiro da noção de pessoa e a seguir, os principais fundamentos da filosofia da libertação, suas categorias do pensamento e especificamente a alteridade segundo Dussel. Da noção desta última, teremos o critério para a conduta e a reflexão no contexto da prática pedagógica do professor de Ética médica.

#### 3.1 PESSOA E ALTERIDADE

Pessoa ( do latim, *persona*). (MICHAELIS,1998, P.1609 ). Alteridade, (do latim *alter+dade*, estado ou qualidade do que é outro, distinto, diferente) (MICHAELIS, 1998, P. 115) é a pessoa entendida como comunicabilidade, como relação, como abertura. Recebeu os mais diferentes sentidos ao longo da História da Filosofia: ser outro, ser do outro, atitude para com o outro, conceito do outro ( em sentido geral ), problema do outro, problema do próximo, existência do próximo, realidade dos

outros, encontro com o outro, reconhecimento do outro, para citar alguns. (MORA, 1971, P. 351-353). É no valor e na disciplina da pessoa que está o fundamento para toda reflexão e toda conduta. "O homem se constitui pessoa pela intimidade e pela abertura. A alteridade entra na definição de pessoa". (VIDAL, 1978, P. 114). Na ética, é a pessoa quem desempenha um papel decisivo, ela é seu sujeito e seu objeto e, na pessoa, é onde podemos fundamentar a ética. "Não há razão para pensar em outro lugar ético que não seja o mundo pessoal". (VIDAL, 1978, P. 50). A pessoa é alteridade, quando é abertura, intersubjetividade. Ou, melhor dizendo, "a alteridade pertence essencialmente ao conceito e à realidade da pessoa". (VIDAL, 1979, P. 96).

A alteridade corrige uma visão individualista e abstrata do personalismo, resgata o sujeito real concreto para a moral e permite-lhe viver em mediação política. (VIDAL, 1978, P. 54). Por isso é que deve-se propor a alteridade como critério fundamental e englobante na prática pedagógica do professor de ética médica.

Ao longo da sua história, a filosofia priorizou a relação consciência-mundo. Ao deslocar-se da natureza para a história, aflorou o problema do outro. "O problema do outro, para Aristóteles, é colocado somente na moral, na *Ética a Nicômaco*". (LIMA VAZ, 1968, P. 283). Como em Platão, a alteridade em Aristóteles pode ser entendida no âmbito da amizade, contudo "o perfil do outro é absorvido pelo esplendor do logos". (LIMA VAZ, 1968, P. 284).

O problema do outro aflora a partir de Hegel na *Fenomenologia do Espírito* (LIMA VAZ, 1968, P. 287), influenciando várias correntes de pensamento como: o existencialismo, o marxismo, a fenomenologia, o personalismo.

Filósofos como Kierkegaard, Husserl, Max Scheler (o clássico da filosofia do outro), Hartmann, Mounier, Nédoncelle, Madinier, Lacroix, Malverne, Heidegger, Jaspers, Marcel, Sartre... trataram, cada um a seu modo, do tema do outro. (LIMA VAZ, 1968, P. 288-298 ).

Na concepção de Buber, "ser dialogal", a pessoa tem uma estrutura dialogal: o "eu" constitui-se na referência a um "tu". Trata-se de uma antropologia fundada na relação "eu-tu". Destaca a dimensão do diálogo na relação interpessoal. (BUBER, 1979) .

"O ser humano, para Buber, constitui-se como pessoa nessa relação e não a partir da sua relação com o mundo material. A relação "eu-tu" é uma relação de reciprocidade: cada pessoa nasce despertada pela outra. O que o "eu" descobre no "tu" e vice versa não é uma subjetividade do outro, nem a projeção da sua própria subjetividade, mas realmente o outro: há uma certa comunicação imediata". (COMBLIN, 1985, P. 68).

"Relação é reciprocidade" (Eu e Tu). (ZUBEN, 1984, P. 80). "A presença é justamente o momento, o instante da reciprocidade. Esta presença recíproca é a garantia da alteridade preservada". (ZUBEN, 1984, P. 80). "A relação é imediata, direta. (...) "Todo meio é obstáculo", afirma Buber. "O Tu se dá na presença e não na representação".(ZUBEN, 1984, P. 80). "... relação é também responsabilidade". (...) "A responsabilidade se torna então o nome ético da reciprocidade, uma vez que a resposta autêntica se realiza em encontros inter-humanos no domínio da existência em comum". (ZUBEN, 1984, P. 80-81).

## 3.2 FUNDAMENTOS E CATEGORIAS DO PENSAMENTO DA FILOSOFIA DE DUSSEL

### 3.2.1 Principais fundamentos da filosofia da libertação

É num contexto de indignação ética que surge a filosofia da libertação. O mais - além da ética moderna é a essência da ética dusseliana: " mais - além (aná-) do pensar ontológico e da identidade divina do fim da história e do saber hegeliano afirma-se um momento antropológico". (LAMPE, 1995, P. 241). Dussel propõe-nos um novo âmbito para o pensar a partir deste momento antropológico: "um âmbito alterativo, ético, meta-físico ( meta = além de; fysis = o mundo dado)". (LAMPE, 1995, P. 15). O estatuto da revelação do Outro, revelação antropológica e o que nos permite sua interpretação, deve ser descrito entre o pensar da totalidade hegeliana ou heideggeriana e a revelação positiva de Deus.

"A filosofia não seria mais uma ontologia da identidade ou da totalidade, nem se negaria como uma mera teologia Kierkeggardiana, mas seria uma 'analética' (análegein = o que recolhe ou compreende aquilo que está mais - além do mundo dado) pedagógica da libertação, uma ética primeiramente antropológica ou uma metafísica histórica, superando o horizonte da modernidade". (LAMPE, 1995, P. 241). A opção ética prévia implica uma opção prática histórica prévia e esta opção significa a aceitação do outro.

Dussel propõe-nos três movimentos para o discurso filosófico: o primeiro "é aquele que parte da cotidianidade ôntica e se dirige dia-leticamente (recolhendo

tudo ao longo do caminho) e ontologicamente em direção ao fundamento"; o segundo movimento "é o retorno, que permite demonstrar cientificamente (epistemáticamente, apoditicamente) os entes como possibilidades existenciais, é a filosofia como ciência, como relação fundante do ontológico sobre o ôntico"; e o terceiro movimento "é a aparição dentre os entes, de um ente que é irreduzível a uma demonstração ou dedução a partir do fundamento, o rosto do outro, que, apesar de visível, permanece presente como trans-ontológico, meta-físico, ético. Esse movimento de passagem da totalidade ontológica ao outro já não é mais dialético, e sim ana-lético". (LAMPE, 1995, P. 241-243) .

O caminho para a revelação positiva do outro enquanto outro é demarcada pela ana - lética. O rosto do outro é a essência da ana-lética antropológica e "ele é a palavra primeira e suprema, é o gesto significante e essencial, é o conteúdo de toda significação possível em ato". (LAMPE, 1995, P. 243-245). Seu sonho, uma filosofia que não seja cooptada pelo poder. Contrária ao "*Homo homini lupus* ( lobo do próprio homem ), definição real, isto é, política, do *ego cogito* e da filosofia européia moderna e contemporânea". (DUSSEL, 1977, P. 15), mas uma filosofia da libertação da periferia onde, e deste modo, aniquilam-se todas as condições de poder.

É num contexto de indignação ética que surge a filosofia da libertação. Todo o seu discurso é permeado pela eticidade e ocupa-se de questões concretas ligadas à pessoa e ao seu contexto de vida. Como afirma Dussel "... a eticidade funda a moralidade; o fundamento ou a existência em seu sentido existenciário julga a práxis em seu sentido existencial". (DUSSEL, s.d., P. 9). Uma filosofia que considera eticamente a realidade e uma ética como filosofia primeira, pois que se apoia no

fundamento da existência humana. "A metafísica e a antropologia não são prévias à ética, são frutos dela". (LUDWIG, 1993, P. 86).

A ética da libertação faz uso do termo *alteridade*, isto é, o outro, com constituição e estatuto metafísico próprio, irreduzível ao mesmo (eu). É uma ética centrada na *alteridade*, do outro enquanto outro, e não do mesmo. Do mais profundo da pessoa humana, *residência*, *ethos*, é construída a eticidade, diferente de *moris*, que é costume. Na filosofia de Dussel, eticidade é empregada como conceito que está referenciado ao outro (alteridade); e moralidade referenciado à práxis do projeto. A eticidade é ontológico-metafísica; e a moralidade é ôntica. (DUSSEL, s.d., P. 9). "A ética não precisa necessariamente estar em concordância com a tradição, mas, sim, com o fundamento da existência que faz a pessoa ser humana, sua liberdade, sua dignidade, sua alteridade. Assim, a ética depende da alteridade e não da práxis vigente em um determinado contexto". (PARRON MARIA, 1996, P. 24).

A relação cara a cara que embasa o pensamento filosófico de Dussel, apoia-se na filosofia de Levinas que diz: "...na relação com o rosto - na relação ética - delineia-se a retidão de uma orientação ou o sentido". (LEVINAS, 1993, P. 63). Sob esta influência, abriu-se à exterioridade antropológica do outro e rompeu os limites da ontologia. A metafísica em sua abordagem tem uma nova definição:

como sendo saber pensar o mundo, desde a exterioridade do outro. É saber pensar não só a negatividade do ente, que dá lugar à novidade ôntica em seu remontar à origem do mundo, ao fundamento do ser. E saber pensar o 'mesmo' ser desde a exterioridade que julga, como a periferia mundial julga hoje o centro dominador e possuidor da filosofia da dominação. Metafísica é saber pensar o sistema, o mundo, a partir da negatividade ontológica, o outro-nada-do-ser. (REGINA, 1992, P. 86-87).

O outro como exterioridade, antropológica em primeiro lugar, aparece acima do ser como fundamento (horizonte) último de compreensão possível. O horizonte fundamental estabelecido passa a ser questionado pela revelação do outro. Emmanuel Levinas já utilizara o termo ontologia como expressão de dominação, quando afirma: "A ontologia como filosofia primeira é uma filosofia do poder. Desemboca no Estado e na não-violência da totalidade, sem se presumir contra a violência de que vive essa não-violência e que se manifesta na tirania do Estado". (LEVINAS, 1980, P. 33).

Dussel, diferente de Levinas, mostra-nos sua originalidade ao superar o caráter genérico da noção de outro, ao dizer que passa pelas ciências econômicas, sociais e políticas o critério para identificar a totalidade e o outro como sua exterioridade. Tornando possível a interpretação do outro por condições descritas com método, a filosofia deixa de ser uma ontologia da identidade ou da totalidade e torna-se uma ética primeiramente antropológica, uma analética pedagógica da libertação ou uma metafísica histórica. Para que a intenção ética se realize é essencial o saber-ouvir, momento constitutivo do método.

## 3.2.2 As Categorias do Pensamento

### 3.2.2.1 Proximidade

A proximidade é anterioridade vivida por todos os humanos desde a fecundação e envolvendo todas as relações humanas na comunidade de pessoas. A ética da libertação mostra-nos uma abordagem originária e própria, onde a pessoa não será tratada como "coisa" (*physis*), mas como outro enquanto outro, este outro não reduzido ao mesmo, mas com sua alteridade compreendida na liberdade.

Enrique Dussel, assim afirma, delimitando esta categoria:

A experiência grega ou indoeuropéia e a moderna européia privilegiaram a relação homem-natureza (como *physis* ou *natura*) porque compreenderam o ser como luz ou como *cogito*; em ambos os casos, o âmbito do mundo e a realidade política ficam definidos como o visto, dominado, controlado. Se, ao contrário, privilegiarmos a espacialidade (proximidade ou distância, centro ou periferia) e o político dominador-dominado, a posição homem-homem, que foi a experiência originária do semita da realidade como *liberdade*, poderemos iniciar um discurso filosófico a partir de outra origem. (DUSSEL, 1977, p. 22).

Na delimitação desta categoria, Dussel define o aproximar-se das coisas como "*proximia*" e chama de *proximidade* o ato de aproximar-se das pessoas na fraternidade, encurtando distância do mesmo para o outro. "Se o sistema ou o mundo é o anterior às coisas que habitam nele; se a responsabilidade pelo mundo do outro é anterior ao próprio mundo; aproximar-se à imediatez da proximidade é a anterioridade de toda anterioridade". (DUSSEL, 1977, p. 23). Aproximar-se para a

anterioridade é anterior ao simbólico e dá sentido. O outro torna-me eu mesmo, o outro faz reconhecer-me reciprocamente, existir, é anterioridade.

A proximidade que acontece desde a relação face-a-face, estende-se envolvendo toda a comunidade de pessoas nas suas relações humanas e pedagógicas. É categoria fundamental na ética pedagógica pelas propostas de aproximação, consideração do outro como outro, um ser desde o mesmo, imprescindíveis na relação professor-alunos. Dussel afirma: "Aproximar-se na justiça é sempre um risco porque é encurtar distância para uma liberdade distinta". (DUSSEL, 1977, p. 23). A experiência de proximidade muda o meu conceito de vida: são duas pessoas no mesmo espaço histórico. É a realização humana que se faz na comunicação da proximidade, enfrentando o encontro com o outro.

### 3.2.2.2 Totalidade

Esta categoria representa um mundo existencial (com entes), não realidade cósmica. O mundo em que se vive, seja a família, seja a sociedade. A dialética entre o uno e a multiplicidade foi o tema central na reflexão filosófica grega. O ser é apresentado como fundamento da totalidade desde Parmênides (séc. VI a.C.). Na modernidade, dá-se em Hegel a plenitude da totalização a partir do fundamento ontológico, que se encontra na subjetividade do sujeito, pelo *ego cogito* cartesiano. Dussel mostra-nos que a totalidade é o fundamento da ontologia grega, do pensar moderno europeu e contemporâneo.

Esta totalidade, fechada em si mesma, forma uma totalidade fechada ontologicamente. Pode ser uma alteridade (um abrir de espaço) ou um aniquilar do outro e transformar-se em mesmidade. Pode ainda, ser articulada com o outro enquanto outro. Diz Dussel:

Mundo é assim a totalidade dos entes ( reais, possíveis ou imaginários ) que são por relação ao homem e não somente reais, por si; é uma realidade substantiva. A mesa, ao contrário, é um momento do mundo; sem um mundo não há mesa, há só madeira. Sem homem não há mundo; só cosmos. (...) O mundo é assim o sistema de todos os sistemas que tem o homem como seu fundamento. Os sistemas econômicos, políticos, sociológicos, matemáticos, psicológicos etc., são somente subsistemas de um sistema de sistemas: o mundo. (DUSSEL, 1977, P. 29).

O mundo é repleto de entes por mim fabricados e existe uma exterioridade geográfica no rosto das pessoas. Conhecer uma pessoa é captar o critério de orientação de sentido do outro. Todos os mundos têm um determinado fundamento, seu elemento ordenador, o projeto de cada um. O princípio ordenador do mundo depende de valores, de interesses. Se fecho o mundo numa totalidade (ideologia), é uma loucura. Quando o mundo absorve algo de novo, o interpreta de acordo com certos parâmetros. Para o mundo não há coisas novas.

Para Dussel, a verdade é a realização da proximidade pela presença vivida. Vivência para poder compreender alguma coisa. "A primeira captação da aparência real da coisa ou fenômeno é apreendida pela compreensão derivada ou interpretação fundante. A constituição real da coisa não é sua manifestação mundana. Tal constituição real conhecida ou fenomênica não é o sentido interpretado". (DUSSEL, 1977, P. 34). Só quem faz a verdade compreende a verdade. Como o mundo é dinâmico, devemos escutar coisas novas e não buscar lugares

novos. Só pelas experiências historicamente acumuladas é difícil de se ser atingido pela novidade. Necessário se torna suspender o elemento fundante e ouvir, buscar outro elemento fundante, não buscar confirmações. O movimento emancipador pode acontecer onde há abertura, afirmação dos elementos que estão no exterior da totalidade e aceitação da contradição.

### 3.2.2.3 Mediações

"As mediações não são outra coisa senão aquilo que empunhamos para alcançar o objetivo final da ação". (DUSSEL, 1977, P. 35). Para alcançar meus fins e realizar o próprio mundo, para tornar possível a implementação e execução de um projeto (eu), por relações concretas, exigem-se determinadas mediações. O outro está presente no meu mundo, mas deve transcender o meu mundo. O outro tem também o seu mundo, não se esgota em ser ente. Desde a aparecimento do homem como espécie *homo*, este foi transformando a matéria para ser uma mediação para a proximidade, humanizando, fazendo uma moradia. Em seu agir, pode determinar-se sem crítica ou seguir uma técnica/ciência elaborada em detrimento da ética, visando o mundo capital e não a pessoa humana. Toda a cultura produz objetos de acordo com a própria necessidade, os quais noutra cultura seriam empecilhos para a construção do seu próprio mundo. O nosso mundo definido como nossas reais necessidades.

Dussel entende as hierarquias definitivas como uma ideologia e os valores definidos pela situação em que se encontram. A hierarquia de valores modifica-se geograficamente (realidade histórica), não é absoluta, axiológica. Propõe uma metafísica além dos entes (unidade do mundo). Para ele, a atitude dos homens na sua história é de ordenar seus valores para uma maior proximidade; em seu agir, devem organizar as próprias mediações para uma maior proximidade e que a totalidade se torne uma mediação de acordo com o projeto. "Escolher livremente não consiste em poder determinar absolutamente as mediações desde uma indeterminação absoluta (seria a liberdade infinita, radical). O homem também não está totalmente determinado, condicionado; seria um simples animal estimulado por motivações necessárias, instintivas. O homem é livre e ao mesmo tempo historicamente determinado; ... ". (DUSSEL, 1977, P. 45).

O homem é capaz de eleger mediações para realizar a proximidade, mediação que é a possibilidade para uma liberdade, liberdade que só o é, enquanto ela faz uma hierarquia de meios (senão seria apenas estímulos, seríamos animais) e que se afirma como realidade (que não está fora da história) encarnada das mediações.

#### 3.2.2.4 Exterioridade

Para entender esta categoria bastante abrangente em Dussel, e não haver equívocos teóricos, tem que se conhecer a totalidade. Para ele, a novidade é que a história apresenta agora a exterioridade. Exterioridade, que não se define a partir

da totalidade do mesmo, mas do outro, do que está fora do sistema. "...Parece que é difícil isolar o outro homem de seu sistema onde se encontra inserido. É então um ente, é parte de sistemas. Todavia, há momentos em que se nos apresenta, se nos revela em toda a sua exterioridade". (DUSSEL, 1977, P. 46). Ente que nos assusta dentro dessa visão de mediações, profundidade, novas vibrações, transcendência interior ao sistema. Exterioridade é o próprio mundo, enquanto ele faz com que descubramos alguma coisa no próprio mundo.

A experiência da exterioridade é a experiência nova no meu próprio mundo. Eu descubro alguém radicalmente distinto de mim, o outro enquanto distinto é uma outra realidade, uma outra hierarquia de valores, assumir o outro como distinto (distinto é quando uma outra liberdade ocorre no meu mundo) depende de maturidade. Para o autor, o sinal de maturidade evidencia-se pela noção de exterioridade, respeito pela vida humana. Um ser, cujo mundo é iluminado pelo seu projeto e seus valores, valores por ele criados. Propõe uma fé (proximidade) meramente humana, calcada no crer no outro e diz que os seres humanos foram feitos para a exterioridade e não para se odiarem. Ser homem é arriscar de ter fé, ser sujeito de uma nova história.

Na exterioridade, o homem não é prazer, é a pulsão de alteridade, pulsão que se caracteriza pela tensão metafísica de um momento do sistema lançada para a exterioridade. Verdadeira dimensão humana, que em princípio realiza a proximidade. Educar é levar à alteridade, originando pessoas transformadoras, fora da totalidade (desumanizante) e maduras. Na trajetória humana, o homem é maduro, se ele realiza a pulsão de alteridade ligada à exterioridade, respeita o outro como outro, o outro é afirmado e descobre o outro como liberdade.

### 3.2.2.5 Alienação

Uma ontologia é elaborada pela totalidade fechada em si mesmo. O outro como "não ser", é desta maneira que o considera o dominador e que sobre ele exerce uma dominação que o aniquila e aliena. "Na ontologia da totalidade, a alienação é compreendida como queda, degradação de um dos deferidos na posição de dominação ou cisão da unidade primogênia. Sua queda é também sua morte." (AMES, 1992, P. 60).

Dussel considera a filosofia do centro (européia e norte-americana) uma ontologia a que toda a América Latina está sujeita. Uma metafísica da dominação. Não permitindo ao outro ser distinto, esta filosofia de dominação leva à alienação. "A ontologia e a filosofia do centro justificam a ação dos poderes centrais e dos exércitos imperiais. O que era o estoicismo e epicurismo senão a consagração do Império? O que são Hegel, Nietzsche, Heidegger, os fenomenólogos...?" (DUSSEL, 1977, P. 57). Propõe uma ética alterativa, tendo o bem ético como justiça, que se abra para a exterioridade e deste modo se construa uma ética que seja libertadora.

### 3.2.2.6 Libertação

A questão é: qual o caminho para promover essa libertação da alienação, da totalidade, etc? Uma metafísica (práxis da proximidade) que se caracteriza pela

passagem da ontologia (totalidade) ao transontológico (além do sistema, exterioridade). A libertação é feita pela exterioridade, subvertendo a ordem da totalidade e denunciando-a como totalidade fechada. Que cada qual encontre o modo de doar sua vida em favor da proximidade, com respeito para com a exterioridade. Propor uma nova ordem assente na exterioridade, buscar novo humanismo, denunciar uma moral para formar uma ética, uma ética que denuncia o fechamento da totalidade.

A seguir, apresentaremos a alteridade como critério fundamental e critério englobante da ética médica, relação entre alteridade e os fundamentos da ética médica; alteridade e beneficência, alteridade e autonomia e, por fim, alteridade e justiça.

### 3.3 A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO FUNDAMENTAL DA ÉTICA MÉDICA

Foi a partir das reflexões de Dussel que vislumbramos a possibilidade da alteridade constituir-se em critério ético.

Detemo-nos agora no sentido e alcance que a alteridade tem como critério fundamental da ética médica.

Para nós, a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda ética médica, o que nos permite afirmar ser a alteridade critério fundamental da ética médica. Não a pessoa fechada em si mesma, mas a pessoa enquanto abertura, relação, face-a-face com a outra e com os outros. Assim dá-se a alteridade, que não só permite a

fundamentação, mas também a estruturação e a articulação dos conteúdos da ética médica, tendo-a como base, eixo e convergência.

Razões que nos permitem adotar a alteridade como critério fundamental da ética médica são as seguintes: os limites apresentados pelos fundamentos da ética médica;

A noção de alteridade que se encontra no exercício histórico da prática médica, ainda que velada, necessita ser desvelada e explicitada.

O Juramento de Hipócrates, como por exemplo, contém, veladamente, alteridade quando menciona a relação do médico para com o paciente, nestes termos:

Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição. Também não fornecerei a uma senhora pessário abortivo. (...) Na casa onde eu for, entrarei apenas pelo bem do doente, abstenho-me de qualquer mal voluntário... O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei em segredo. (BARCHIFONTAINE E PESSINI, 1991, P. 327).

A beneficência, ainda que nos moldes paternalistas, ou seja, obrigando o médico a ser "às vezes tutor, pai e mãe de seus enfermos" (GRACIA, 1990, P. 86), predomina como critério para resguardar, proteger o outro.

Fatores políticos, sociais, econômicos e culturais podem não ter permitido a completa manifestação da alteridade: ou por causa da beneficência que excluía a autonomia do paciente, ou pela verticalização da relação (médico sobre o paciente).

A alteridade traduziu-se na caridade e nas obras de misericórdia, no cristianismo antigo e medieval. O outro era sempre objeto de cuidados, de atenção, de ajuda, de caridade. Não se manifestava como sujeito, em atitude de reciprocidade.

O desvelamento da alteridade foi ocorrendo de forma paulatina, no seio dos movimentos pelos direitos políticos, civís e sociais, no mundo moderno e contemporâneo. O avanço na compreensão da alteridade está contido na conquista dos direitos, no reconhecimento da cidadania, na busca da sociedade do bem estar pós-industrial.

A alteridade para além das dimensões econômica, social e cultural, a partir do ano de 1970, manifesta-se na terceira geração, a dos direitos ecológicos: "Pertence à dignidade humana ter a possibilidade de levar uma vida humanamente digna. Algumas condições prévias mínimas, de natureza social e econômica, contribuem para isso, como a proteção contra a fome e a doença, e o direito ao trabalho e à posse pessoal. Recentemente também a proteção do meio ambiente natural entre as garantias mínimas da dignidade humana das pessoas". (MOLTMANN, 1990, P. 145).

Esta terceira geração de direitos (que, além da ecologia, compreende também os direitos para a paz, para o desenvolvimento, para o respeito ao patrimônio comum da humanidade) estabeleceu igualmente "a transição do estado de direito para o estado de justiça". (MAINETTI, 1990, P. 599-601). Constatamos a ampliação do conceito de alteridade, nesta terceira fase. Outro já não é apenas a outra pessoa. Alteridade também são os outros. Outro é o desenvolvimento integral; outro é o meio ambiente que, por isso, passa a ser incorporado à ética; outro é, ainda, o

respeito ao patrimônio comum da humanidade e também o direito das gerações futuras.

A bioética nasce nesta terceira geração de direitos, o que nos pode permitir afirmar a identificação entre alteridade e bioética.

Ao longo das gerações de direitos, surgiram importantes códigos, declarações, pactos, convenções, normas e regulamentos que trazem avanços bastante significativos para a área da saúde, para a conduta profissional e para a proteção e defesa dos clientes. Em todos evidencia-se a busca da alteridade.

Mencionamos os principais avanços, que dividimos em: quanto ao exercício profissional, quanto à ética da investigação e quanto aos direitos dos pacientes.

Quanto ao exercício profissional: a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial (Juramento de Fidelidade Profissional). Esta foi adotada pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (Genebra, setembro de 1948) e, a seguir, refeita, com nova redação, na 22<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Sidney, em agosto de 1968). ( OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 620).

O Código Internacional de Ética Médica, adotado pela III Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (Londres, outubro de 1949) e atualizado na 22<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Sidney, agosto de 1968) e na 35<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Veneza, outubro de 1983). (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 620-621).

Princípios de Ética Médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de pessoas e detidos contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes. Foram elaborados pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e aprovados

pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 9 de março de 1983. (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 623-624).

O Código de Ética Médica, aprovado pelo I Congresso Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987, no Rio de Janeiro e em vigor no Brasil, desde 1988. (GAUDERER, 1991, P. 173-178).

Quanto à ética da investigação: O Código de Nuremberg, elaborado pelo Tribunal Internacional de Nuremberg, em 1947 (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 625-626); a Declaração de Helsinque, adotada pela 18<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Helsinque, 1964), revista pela 29<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Tóquio, 1975) e atualizada pela 35<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Veneza, 1983) e pela 41<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial (Hong Kong, 1989). (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 626-629). A Proposta de Normas Internacionais para a investigação Biomédica em Sujeitos Humanos, do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e Organização Mundial da Saúde, em 1982. (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 629-637). As Normas Internacionais para a Investigação Biomédica com Animais, do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 637-641). Regras e Regulamentos da FDA (Administração de Drogas e Produtos Alimentícios dos Estados Unidos), foram estabelecidos em 1981 pela FDA (Food and Drug Administration), órgão federal dos Estados Unidos da América. (VIEIRA E SAAD HOSSNE, 1987, P. 140-149).

Quanto aos direitos do paciente: Observa-se na vasta literatura, que o movimento dos Direitos dos Pacientes veio a reboque das mudanças que se deram depois da Segunda Grande Guerra.

Indivíduos, familiares e comunidade começaram a se questionar quanto ao seu papel como pacientes e consumidores do produto médico. Estas vozes foram se tornando gradativamente mais altas e fortes e passaram a reivindicar, implementar, arguir e finalmente exigir os seus direitos. Esse movimento pioneiro é quase que exclusivamente norte-americano. Países europeus estão começando a discutir essa temática, enquanto em outros o indivíduo se dá por satisfeito se tiver um médico de pés descalços num raio de cinquenta quilômetros (VIEIRA E SAAD HOSSNE, 1987, P. 19).

Mencionamos a Declaração dos Direitos Gerais e Especiais dos Deficientes Mentais adotada pela Confederação Internacional das Sociedades em Prol dos Deficientes Mentais em 1968 e aceita, em 1971, pela Assembléia Geral das Nações Unidas. (VIEIRA E SAAD HOSSNE, 1987, P. 310-311). A Declaração de Direitos do Paciente aprovada pela Assembléia de Representantes da Associação Americana de Hospitais, em 6 de fevereiro de 1973. (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 642-644). A Carta Brasileira dos Direitos do Paciente aprovada pelos participantes do II Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde, em São Paulo, de 13 a 15 de agosto de 1981, promovido pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde. (BARCHIFONTAINE E PESSINI, 1991, P. 308-310). A Declaração de Lisboa, Direitos do Paciente adotada pela 34<sup>a</sup> Assembléia Médica Mundial, em Lisboa, setembro e outubro de 1981. (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1990, P. 642). Os Direitos do Paciente Hospitalizado, da Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985. (GAUDERER, 1991, P. 202-203). A Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus HIV, aprovada pela Rede Brasileira de Solidariedade (ONGs/AIDS), Porto Alegre, outubro de 1989. (GAUDERER, 1991, P. 204-206).

A Alteridade torna-se evidente neste mesmo período, no surgimento dos diversos Comitês ou Comissões de Ética Médica, ou ainda, Comitês Hospitalares de Ética. A institucionalização destes Comitês ou Comissões deve-se aos dilemas éticos, de um lado, levantados pelo tecnicismo médico, de outro, à nova consciência social "orientada para a avaliação de tratamentos prolongados, decisões de não-tratamento em recém-nascidos com graves deformações e para outras deliberações de índole ética". (TEALDI Y MAINETTI, 1990, P. 431). Definição mais comum nos países desenvolvidos: "Os Comitês de Ética são grupos interdisciplinares que se ocupam da docência, da investigação e da consulta associadas com os dilemas que surgem durante a prática da medicina hospitalar". (TEALDI Y MAINETTI, 1990, P. 431). A estes Comitês ou Comissões de Ética médica, urge que se abram para a interdisciplinaridade, característica própria da Bioética. Assim mesmo, já representam a consciência do outro, a alteridade.

No mesmo período, ainda, surgiram os métodos de ética clínica, cujo iniciador fora David Thomasma. (DRANE, 1990, P. 415-425). Ao método de Thomasma surgiram outros: o de Albert Jonsen, Mark Siegler e William Winslach, (CLINICAL ETHICS, 1982), o de James F. Drane (HEALTH PROGRESS, 1988) e o Protocolo de Bochum. (BATISTIOLE, SASS, VIEFHUES, 1988).

Nestes métodos, destacam-se os valores das partes envolvidas na clínica médica: médicos, pacientes, profissionais da saúde, as preferências e inclinações do paciente, as considerações sobre a qualidade de vida, fatores sócio-econômicos, etc.

Estes métodos, ao proporcionarem a parceria, revelam alteridade. Destacamos o Protocolo de Bochum, instrumento de trabalho que, servindo-se do Método do

Estudo de Casos e do Technology Assessment, oferece um roteiro para o prognóstico científico e para o diagnóstico ético, profundamente humanista e personalizador. Tem como lema que "a tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue". ( EXPRESSÃO DE HANS-MARTIN SASS, 1988). Constata-se neste Protocolo uma verdadeira dimensão de alteridade.

Instrumento não menos importante é o Consentimento Informado ou Consentimento pós-Infirmação. Não obstante os questionamentos ligados à informação que se dá ao paciente (o que se diz ao paciente e de que forma, oral ou escrita), merece ser considerado imprescindível para o exercício da autonomia e competência do paciente, tanto no contexto estritamente terapêutico, de procedimentos invasivos, quanto no de um experimento científico. Concordamos que: "Para que o ato de consentir seja uma manifestação de autonomia, é necessário que o paciente conheça, compreenda e aprecie sua enfermidade, as alternativas terapêuticas e os riscos que o envolvem. Além de um adequado funcionamento cognoscitivo, o estado afetivo do paciente é fundamental, já que sua alteração propicia que a informação se distorça". (LARA Y DE LA FUENTE, 1990, P. 442).

Ao se estabelecerem todos os elementos de informação e esclarecimento necessários entre o médico e o paciente, o termo de consentimento torna-se expressão de alteridade. A alteridade também pode estar presente no questionamento e na avaliação de riscos da tecnologia médica.

É aceitável que "a vida e a saúde são confiadas prioritariamente à responsabilidade do paciente e que o médico não tem sobre o paciente outros direitos, superiores àquele que o paciente mesmo tem no que lhe diz respeito. (...)

Nem a consciência do paciente pode ser violentada pelo médico, nem a do médico pode ser forçada pelo paciente: ambos são responsáveis pela vida e pela saúde, tanto como bem pessoal quanto bem social". (SGRECCIA, 1991, P. 126).

Às razões que nos levaram a propor a alteridade como critério fundamental da ética médica, acrescentamos outras razões: a alteridade é fundamento de atualidade, quando diz que a pessoa deve ser vista como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de saúde; a alteridade restitui à pessoa sua competência moral, fazendo da relação cliente x profissionais da saúde uma relação de colaboração em atitude adulta, conferindo responsabilidade recíproca, respeito mútuo e solidariedade comum; sensibiliza-nos para o reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida (o outro, *alter*, também sou eu).

Obediente à dimensão da bioética, a alteridade amplia-se para um conjunto mais amplo de relações da pessoa com o outro, com a natureza, com a vida animal e com a sociedade.

Numa sociedade pluralista, isto é, com antropologias e sistemas de valores diversos, a alteridade pelo valor que representa, pode encontrar melhor consenso. Propomos a alteridade como critério fundamental na prática pedagógica do professor da ética médica, conjugado com o de beneficência, de autonomia e de justiça, com sua própria face nos países em desenvolvimento e não entendida como critério único ou exclusivo.

Melhor dizendo:

"No terceiro mundo, a vida é colocada de fora pelo empobrecimento e marginalização".

"Assim uma metafísica da pessoa como alteridade não ajuda a pensar na vida dos pobres. A busca filosófica na América Latina se faz no sentido de compreender a vida em chave dialógica, 'metafísica da alteridade', como diz Enrique Dussel, onde o ser humano em sua constituição e vida se entende no face a face com o outro". (FABRI DOS ANJOS, 1988, P. 211-232).

A alteridade concretiza-se "na opção pela vida, opção que determina atitudes e compromissos, necessita ter consciência da alteridade e significa ruptura com a mesmidade". Alteridade que é também, "busca do outro, abertura para o outro, consciência de nosso ser outro". (GONZÁLEZ ALVAREZ, 1986, P. 221-223).

A alteridade como critério fundamental da ética médica, obriga-se a esclarecer o fato e a realidade de que "além da totalidade se acha o outro", expressão frequentemente encontrada nas obras de Dussel. Deve, pois, revelar o rosto deste outro (tornado coisa), escutar a sua voz e tornar-se saída para a sua exterioridade, afirmando, na práxis, a sua prioridade.

### 3.4 A ALTERIDADE COMO CRITÉRIO ENGLOBANTE DA ÉTICA MÉDICA

Com a expressão alteridade como critério englobante queremos afirmar que, com a alteridade podemos não só criar um caminho de reflexão, mas também tematizar toda a ética médica.

Na alteridade como critério fundamental da ética médica, vimos a pessoa humana em sua dimensão relacional que lhe é constitutiva - alteridade - e como ponto de partida, eixo e convergência da ética médica. O outro é o marco referencial para julgarmos se agimos bem ou mal eticamente.

Agora, trataremos de tematizar a ética médica a partir do outro, isto é, a alteridade nos diferentes fundamentos da ética médica. Queremos precisar a relação entre alteridade e beneficência, alteridade e autonomia e alteridade e justiça.

### 3.5 ALTERIDADE E BENEFICÊNCIA

Admitindo a superação da tendência paternalista, a beneficência exerce sua função quando entendida como "aquela que tenta fazer o bem ou ajudar os demais em suas necessidades, sempre que eles voluntariamente o pedem ou o aceitam. Portanto, nas pessoas adultas e responsáveis, este princípio nunca permite fazer o bem ou ajudar sem o consentimento informado do paciente". (GRACIA, 1990, P. 103).

É beneficência quando o bem é o solicitado pelo outro e tem seu consentimento esclarecido. Trata-se, pois, de um bem feito à pessoa adulta e tratada como tal. Deixa clara a relação entre alteridade e beneficência e satisfaz-se o princípio da responsabilidade médica e o da responsabilidade do paciente.

O enriquecimento da relação alteridade e beneficência dá-se pela conduta, cuja meta é a dos interesses mútuos (médico e paciente), mantendo a partilha de

decisões. Além disso, (fazer o bem) beneficência e (levar em conta o outro) alteridade relacionam-se quando vão além da totalidade do sistema porque prioriza o outro (pessoa, sociedade).

Enquanto no I Mundo esta prioridade está, por exemplo, em saber o que o outro deseja da vida, ou qual o seu conceito de qualidade de vida (SASS, 1988, P. 395-396), nos países em desenvolvimento a beneficência está para o outro no sentido de atender suas necessidades. Beneficência é, pois, tornar a vida do outro digna, humana, pessoal. Esta beneficência voltada para a alteridade rompe com a totalidade do sistema que parte do dominador (médico para com o paciente) e torna-se sensibilidade, compromisso.

"Chamamos 'sensibilidade', ... não tanto a capacidade sensível cognoscitiva (o sentido da vista ou o ouvido, etc), mas principalmente os meios de constituir o 'sentido' ou significado daquilo que aparece no mundo (momento intuitivo). Queremos aqui chamar a atenção para a 'sensibilidade' como o 'sentir' dor, fome, frio... ou gozo, satisfação, felicidade empírica. (...) falamos, porém da 'sensibilidade' do outro". (DUSSEL, 1987, P. 75).

"A sensibilidade (com-miseração, com-paixão; saber sofrer com o outro) ante a dor alheia se transforma no próprio critério de práxis". (DUSSEL, 1987, P. 76).

Esta atitude beneficente, porém, nada deve ter de paternalismo (que infantiliza o outro) ou de assistência social (que torna o outro objeto de proteção social), de "medicina simplificada", reprodutora de desigualdades. (PAIM, 1987, P. 45-49). Mas sim, trata-se de atitude responsável pelo outro, pela sua vida, pela sua saúde, pela sua dignidade em nível de reciprocidade.

### 3.6 ALTERIDADE E AUTONOMIA

O critério de autonomia na ética médica origina-se da reivindicação dos direitos humanos. Traduz-se no desenvolvimento atual dos direitos dos pacientes frente ao poder do Estado, da sociedade e do paternalismo médico.

O primeiro código de direitos dos pacientes que data de 1973 (FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p.94) revelou um distanciamento da benevolência hipocrática tradicional e passou a obrigar o médico, "sob a forma de direito, a incorporar o paciente no processo de tomada de decisões e a reconhecer seu direito de tomar a decisão final". (FADEN E BEAUCHAMP, 1986, p. 94).

Diego Gracia lembra que:

A tradição hipocrática tinha expressado sempre a moral médica, em forma de obrigações ou de virtudes. Agora, começava-se a utilizar uma linguagem nova, a dos direitos, muito mais própria de uma ética baseada no princípio de autonomia. Ainda que não possa nem se deva exagerar a comparação, cabe dizer que a linguagem da virtude foi o princípio da ética médica beneficente, a dos direitos é o da ética médica baseada no princípio de autonomia. (GRACIA, 1990, p. 177).

A autonomia deve relacionar-se com a beneficência e a justiça, pois, por si só não é suficiente como princípio. Para nós, também com a alteridade. A autonomia é o modo mais adequado de a pessoa exercer seu autogoverno, sua autodeterminação, dirigindo-se segundo seu próprio sistema de valores. A alteridade pressupõe o outro, evidentemente autônomo. Sem autonomia o outro deixa de ser ele mesmo, para se tornar apenas parte da totalidade do sistema.

Passa a ser um número, uma coisa, uma peça. Sem autonomia ele é tornado outro que não ele mesmo (alienado). Nos países em desenvolvimento, esta autonomia tem de começar pela conquista da cidadania.

Em nível de relação médico-paciente, autonomia e alteridade relacionam-se não em termos de fechamento (eu e tu da exacerbação da autonomia), mas em termos de abertura (eu e tu, eu e outro, nós). Pressupõe a superação do legalismo inerente a uma visão estreita da autonomia, de ater-se só ao preceito, ao subscrito em termos de consentimento, ao meramente contratual, para um além que é o outro com todo o seu universo social, econômico, cultural e religioso.

A relação alteridade e autonomia deve, também, superar obstáculos institucionais, hegemonia do médico ou da instituição sobre o paciente ou sobre a comunidade, predomínio da técnica sobre a ética...

"Portanto, o médico deve ser uma pessoa que tenha a virtude da integridade, uma pessoa que, não só aceite o respeito pela autonomia dos outros como princípio ou conceito, mas também, na qual se possa confiar para que interprete sua aplicação com a máxima sensibilidade moral". (PELLEGRINO, 1990, P. 388).

A alteridade seria destruída se não houvesse, na relação médico-paciente, pessoa de integridade. Sua ausência falsearia toda a relação. Esse pressuposto determina não só o grau de confiança relacional, mas também, a desejável parceria que se espera obter entre médico e paciente: "... a decisão não deve ser tomada pelo médico em lugar do paciente, nem por este, independentemente do médico ou da comunidade. (...) A condição moralmente ótima é aquela na qual a decisão provém do médico e do paciente. Por sua parte, o médico deve tomar a decisão "por

e com o paciente"; "por não significa 'em lugar do paciente' e, sim, em favor de seus interesses". (PELLEGRINO, 1990, P. 389).

### 3.7 ALTERIDADE E JUSTIÇA

Enquanto a beneficência diz respeito ao médico, a autonomia diz respeito ao paciente, o princípio da justiça, diz respeito ao hospital, à seguridade social, ao Estado.

"Sua importância é tão grande que, sem ele, não há vida moral possível. Só com a autonomia e só com a beneficência não se pode construir um sistema moral coerente e completo. Só se consegue quando, aos citados, acrescenta-se o princípio de justiça". (GRACIA, 1990, P. 202).

O critério de justiça obriga que se garanta a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. Este é o nível deontológico deste critério, com suporte nas teorias de justiça. Mas há, também, o nível teleológico ou das consequências que examina a justa destinação dos recursos para a área da saúde. (GRACIA, 1990, P. 570-585).

Examinaremos a relação entre alteridade e justiça, nestes dois níveis.

Em nível deontológico, ou dos princípios, alteridade e justiça relacionam-se da seguinte forma: o princípio de justiça que satisfaz a alteridade é o que garante a todos, universalmente e de forma equitativa, os benefícios dos serviços de saúde, como dever do Estado e direito de todo o cidadão. Assim, a justiça em seu princípio,

cumpra sua finalidade para com o mesmo, razão de sua própria existência e atende ao outro. As formas concretas de sua viabilização são o acatamento das múltiplas determinações do Ministério da Saúde.

Em nível deontológico, a alteridade seria atendida pela perspectiva da universalização das ações da saúde e equidade em relação ao acesso ao Sistema de saúde.

Alteridade e Justiça em nível teleológico ou das consequências (ou a questão dos recursos): uma visão meramente utilitarista, subjugando o critério de justiça à racionalidade econômica (GRACIA, 1990, P. 582), discriminando o nível de cuidados e de pessoas. A busca de destinação equitativa de recursos suficientes para a saúde, bem como a atenta vigilância da sua aplicação, são tarefas atuais e permanentes da sociedade. A alteridade que se quer é a de todos, justamente atendidos. Mas, a melhor justiça praticada para com o outro é aquela que responde à sua dor, ao seu sofrimento, à sua incapacidade.

#### **4 TERCEIRA PARTE : ALTERIDADE NO RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE**

Apresentaremos a alteridade em nível de relacionamento profissional, melhor dizendo, a alteridade para além da beneficência, da autonomia e da justiça, mas sem prescindir delas, como critério fundamental e englobante desta relação. A escolha da alteridade no relacionamento médico-paciente, porque neste

relacionamento está contemplado o exercício da profissão médica e seus dilemas éticos. A prática médica é concretizada no e pelo relacionamento médico-paciente.

A relação médico-paciente será, pois, estudada sob o critério da alteridade: em termos de pré-requisitos, de anamnese (o olhar, a palavra e o silêncio), de exame físico, de diagnóstico e de tratamento.

Para Laín Entralgo a relação médica no quadro das relações inter-humanas é assim definida: "Genericamente considerada, a relação médica é uma relação inter-humana e uma relação de ajuda". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 238). A partir desta definição ele trata da índole da estrutura desta relação, levando em conta que "por sua intenção, sua forma e seu conteúdo, a relação entre dois homens pode adotar um número praticamente indefinido de modalidades típicas". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 238). Examina "os dois modos cardeais da relação inter-humana, a relação objetivante e a relação interpessoal". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 238). Chama de relação objetivante "aquela em que um dos dois homens que a integram intenta converter o outro em puro objeto" (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 238), embora observe que o encontro objetivante "não permanece nunca simples objetivação". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 239). Esta instrumentalização do homem pelo homem foi realçada por diversos pensadores de nosso tempo; Marx (alienação); Heidegger (zeug); Sartre (utensilitéé); Marcel (ser e ter); relação servo-senhor na visão de Hegel.

"O homem é por essência pessoa". "Ser pessoa existente é a essência do homem. Objetivando o outro, relacionando-me com ele com uma intenção pura e exclusivamente objetivadora, o mutilo e degradado, ainda que essa minha intenção pareça ser amorosa". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 240). Na relação entre médico e

doente, há um sujeito ativo (o médico) e um sujeito passivo (o doente). Isso poderia nos levar a deduzir que este tipo de relação seja exclusivamente objetivante. Mas, Laín elucida tratar-se de relação interpessoal que ele chama "quase-diáda", por se tratar de relação de ajuda, sob tríplice aspecto: conselho, educação e assistência médica. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 243). Assim define a relação médico-paciente: "Diremos, pois, que, dentro do quadro das relações inter-humanas, a relação médica é uma cooperação quase-diádica de ajuda endereçada para a obtenção do hábito psico-somático que costumamos chamar saúde". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 245).

Alguém é pessoa, estritamente, só e quando está na relação da práxis. Uma pessoa é pessoa só quando está ante outra pessoa ou pessoas. (...)

Quando estou com meu rosto frente ao rosto do outro na relação prática, na presença de práxis, ele é alguém para mim e eu sou alguém para ele. O "face-a-face" de duas ou mais pessoas é ser pessoa. (...)

A práxis, então, na atualização da proximidade, da experiência de ser próximo para o próximo, de construir o outro como pessoa, como fim de minha ação e não como meio: respeito infinito. (DUSSEL, 1987, P. 19).

À relação quase-diádica, preferimos chamar de relação alterativa, como fundamental e englobante do relacionamento médico-paciente. Este relacionamento só o é, na medida em que for encontro de pessoas que se consideram e se tratam enquanto tais.

Spinsanti propõe a "aliança terapêutica" para traduzir um novo modelo terapêutico, interpessoal, centrado no paciente, resgatando seu papel de sujeito. (SPINSANTI, 1992).

Pressupostos desta relação, são colocados por Laín ; "... a que se estabelece

entre um médico com vocação para isso e um enfermo com autêntica vontade de curar, sem uma mentalidade mágica ou supersticiosa ... e com alguma confiança na capacidade técnica e na pessoa de quem o atende". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 261).

Integridade é a condição na relação médico-paciente, trazida por Pellegrino: "O indispensável é a pessoa de integridade, a pessoa de inteireza moral que respeite os matizes e as sutilezas do direito moral à autonomia. Portanto, o médico deve ser uma pessoa que tenha a virtude da integridade, uma pessoa que, não só aceite o respeito pela autonomia dos outros como princípio ou conceito, mas, também, na qual se possa confiar para que interprete sua aplicação com a máxima sensibilidade moral. A salvaguarda definitiva da integridade da pessoa do paciente é a fidelidade do médico a confiança inerente a relação terapêutica. É o médico quem interpreta e aplica o princípio de autonomia. Muito depende da forma com a qual o médico apresenta os fatos, que fatos seleciona e acentua, quanto revela, como pondera os riscos e benefícios, e em que medida respeita ou explora os temores e as ansiedades de seu paciente; em resumo, como usa seu 'poder como asclepiade'. Todo paciente, até o mais instruído e independente, pode ser vítima ou beneficiário desse poder. Por conseguinte, o médico tem a responsabilidade de ser sensível ao estado de dependência, vulnerabilidade e temor do paciente e de não explorar esse estado, mesmo quando acredite que é melhor para este". (PELLEGRINO, 1990, P. 388).

Contribuição não menos valiosa é o axioma de Sass: "A tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue". (SASS, 1988, P. 8).

#### 4.1 PRÉ-REQUISITOS DA RELAÇÃO ALTERATIVA MÉDICO-PACIENTE

Para que haja alteridade no relacionamento médico-paciente, fazem-se necessários alguns pré-requisitos: examinar os motivos que levam o paciente a procurar o médico e os motivos que levam o médico a cuidar do paciente.

O paciente procura o médico, pensando estar doente busca assistência médica, já doente busca a sua recuperação, por desejo de diagnóstico e para refugiar-se na enfermidade ou buscar na doença uma fuga às responsabilidades.

Contudo, nas diferentes culturas, saúde e doença têm definições variadas e envolvem processos atinentes à autopercepção e avaliações de outros, "incluindo a família, a rede social e os profissionais da saúde". (MALOOF, 1991, P. 29-45).

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de mal-estar ou enfermidade".

A esta definição universalmente aceita, duas observações merecem ser feitas: a primeira aos termos "mal-estar" e "doença" e às perspectivas contidas, já demonstradas por Fabrega. Segundo ele, "Mal-estar tem conotações com o modelo biomédico, enquanto envolve o reconhecimento de mau funcionamento biológico e/ou fisiológico. A doença se refere à experiência e percepção do mal-estar dentro do contexto sócio-cultural. Diz respeito à maneira como o indivíduo, sua família e o ambiente social reconhecem, explicam e reagem ao mal-estar". (FABREGA, 1974, P. 31-32)

Assim sendo, é necessário que os profissionais de saúde conheçam as definições de saúde e de doença, constantes na população com a qual se trabalha.

A Segunda observação diz respeito à própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, não satisfazendo a realidade dos países em desenvolvimento, pelas seguintes razões:

a) por se tratar de uma definição muito ampla e de pouca operacionalidade;

b) por conotar bem-estar como "satisfação de necessidades, alegria, felicidade, portanto, uma realidade intimista, que não leva em consideração as desigualdades no plano sócio-histórico". (PESSINI, 1990, P. 139);

c) por focar o tema saúde apenas biológica e individualmente e negligenciar a organização social da produção. (PESSINI, 1990, P. 140).

Por isso, responde mais adequadamente à nossa realidade, o conceito de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília: 17 a 21 de março de 1996): "Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades aos níveis da vida". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, P. 382).

Necessitamos diferenciar medicina liberal e medicina social. Na primeira, aceita-se a liberdade do médico escolher seus clientes, o direito do paciente recorrer ao médico que julgar conveniente. Cabe ao médico fixar seus próprios honorários. Na Segunda, frequentemente ocorre não ser um único e idêntico médico que atende o mesmo paciente. São médicos diferentes ou uma equipe de

profissionais da saúde que o fazem. Não cabe ao médico fixar seus honorários. Outros indivíduos se interpõem na relação médico-paciente (como, por exemplo, Seguridade Social, Seguros Saúde etc.). Esta divisão da atuação médica, que se esperava fosse a viabilização da justa distribuição à população dos benefícios das ações de saúde, ao contrário, vem contribuindo para o aumento da desigualdade dessa distribuição. O acesso à saúde, cada vez mais está na razão direta do poder econômico.

Além destes motivos pessoais que levam as pessoas a procurar o atendimento médico, não devem ser negligenciadas os motivos referentes ao contexto social destas próprias pessoas: o próprio enfermo em si (ENTRALGO, 1983, P. 269), os outros ou as pessoas mais próximas que indicam o atendimento médico, a sociedade ou o interesse trabalhista que o exige. (ENTRALGO, 1983, P. 269-271). Acrescentaríamos o inerente à pessoa do próprio médico.

Parece-nos claro que devemos superar a concepção organicista, tanto de saúde, quanto de doença e, igualmente, uma concepção que não leve em conta a dimensão social e mental. De igual modo, devemos superar a concepção estatística ou a medida perfeita de saúde e/ou doença. A saúde é o resultado de um equilíbrio dinâmico, isto é, ela compreende o equilíbrio do soma, com seus diversos órgãos e suas diversas funções na unidade do organismo, entre soma e psiquê no nível individual, entre indivíduo e sua condição social e ambiental. Há, também, uma dimensão ética da saúde que se radica no espírito da pessoa e de sua liberdade.

Sgreccia lembra que há:

doenças que derivam das escolhas éticas erradas (droga, alcoolismo, AIDS, violência, carência dos bens necessários à saúde); a saúde, além disso, é mantida responsabilmente no seu equilíbrio geral como um bem da própria pessoa. Mesmo onde a doença tem uma origem independente do *ethos* da pessoa e das suas responsabilidades, a prevenção, a terapia, a reabilitação implicam a vontade e a liberdade do sujeito, como, também, da comunidade e, quando se fala de responsabilidade, entende-se a dimensão ética. (SGRECCIA, 1991, P. 98).

Sob ponto de vista do paciente, estes são os pré-requisitos para a relação alterativa entre médico-paciente. Sob o ponto de vista do médico, os pré-requisitos partem da motivação essencial do modo de ser médico: por vocação, por formação ou por profissão.

Quando o motivo de ser médico é a vocação, encontram-se valores como: "valorização superior do modo de exercer a medicina; amor à profissão; espírito de sacrifício; atitudes específicas, tais como: prática gratuita e desinteressada da medicina para com os pobres, inclinação de ânimo, afeição cognoscitiva e operativa ..." (ENTRALGO, 1983, P. 293-294).

Para Gauderer, "duas outras fortes razões ou motivações inconscientes que levam um indivíduo a escolher a área de saúde: o prestígio social e a segurança". (GAUDERER, 1991, P. 92).

Quando o motivo de ser médico é a formação recebida, dois propósitos distintos se juntam: o ensino técnico e a "iluminação da vocação"; o primeiro fornece competência e o método ao futuro médico; o segundo, adquire-se por ver exemplos de médicos. (ENTRALGO, 1983, P. 294).

Quando o motivo de ser médico é a profissão, faz-se necessário examinar "como o médico se entende e socialmente pratica a medicina". (ENTRALGO, 1983, P. 294).

Esforço considerável em relação à educação médica, observa-se nos últimos anos nas Américas. Como exemplo, o Projeto EMA (Educação Médica nas Américas) cujo propósito é:

- a) refletir sobre o futuro da educação médica, com base nos avanços tecnológicos e nas mudanças sociais dos últimos decênios, definindo, em linhas gerais, o perfil do médico para o século XXI;
- b) analisar a situação atual da educação médica, com uma visão construtiva, identificando problemas e dificuldades, assim como ações para os solucionar;
- c) formular plano de médio prazo, organizando as ações propostas em forma sequencial, de acordo com as prioridades e os recursos disponíveis;
- d) identificar ações contidas nesse plano, cuja implementação pudesse ser facilitada por mecanismos de cooperação internacional. (CHAVES E ROSA, 1990, P. 21).

É a partir de 1978, que se definiu a assistência primária à saúde como base de estratégia para alcançar Saúde para todos no ano 2000 e a formação médica passou a receber, em vários países, uma reorientação (CHAVES E ROSA, 1990, P. 32), cujas características são as seguintes: sólida base de conhecimentos, capacidade para usar o método científico, saber relacionar "as necessidades de saúde da população, o perfil de morbimortalidade e o perfil profissional com o conteúdo e a metodologia do ensino". O profissional da saúde desta forma estaria comprometido com a realidade sanitária e social que o cerca. O perfil educacional "deve coincidir com o perfil ocupacional do médico formado". (CHAVES E ROSA, 1990, P. 32). Objetivamente, o profissional da saúde teria formação adequada às necessidades sanitárias e sociais do seu local de trabalho.

Propõe, por isso, que: "Nos países em desenvolvimento, o curso de graduação não deve corresponder ao preparo para a especialização. Deve capacitar o médico para diagnosticar e tratar com eficiência as doenças prevalentes e para encaminhar, oportunamente, os pacientes cujos problemas ultrapassam sua capacidade profissional" (CHAVES E ROSA, 1990, P. 33). E sugere ainda que:

Todo trabalho do médico, desde a anamnese, deve implicar ações educativas e promotoras da saúde;

A graduação deve formar médicos com potencial para seguir programas de especialização e educação continuada, demonstrando interesse indiscutível para o aprendizado permanente;

Aprender a aprender deve ser parte integrante do processo aprendizagem;

Na fase da graduação, é igualmente necessário criar espírito de trabalho multiprofissional, para que o médico aprenda a dividir responsabilidades, quando seja imperativo e definido conforme exigências da prática;

As escolas devem proporcionar aos alunos formação integral, assegurando-lhes, também, sólida base ética, atitude humanitária e de serviço à comunidade; precisa gerar atitudes e valores que permitam cercar o ato médico da dimensão humana e ética que o deve caracterizar;

Exigência de maior aproximação das escolas ao meio, em especial dos serviços de saúde. Como estratégia de integração, ressaltam a importância das atividades docente-assistenciais, a participação significativa e precoce do estudante na atividade assistencial e a hierarquização da assistência médica, objetivando sempre a ligação do processo educacional ao processo de prestação de serviços de saúde. (CHAVES E ROSA, 1990, P. 34-35).

O profissional deve ser pensado em termos de relacionamento pessoal, e também, de transformação social. O médico não é alguém acima da população, mas alguém que se insere na população. Paralelamente a estes benefícios da relação alterativa médico-paciente, médico-sociedade, o custo social das ações de saúde teriam seu custo reduzido de forma substancial.

Tratamos até aqui dos pré-requisitos da relação alterativa médico-paciente. Abordaremos, a seguir, a práxis da relação alterativa na relação médico-paciente.

A comunicação intersubjetiva dá-se no encontro entre duas pessoas e este encontro é, por excelência, o lugar da relação alterativa.

Para Dussel, "Uma pessoa é pessoa só quando está ante outra pessoa ou pessoas". (...) "Quando estou com meu rosto frente ao rosto do outro na relação prática, na presença de práxis, ele é alguém para mim e eu sou alguém para ele. O 'face-a-face' de duas pessoas é ser pessoa". (DUSSEL, 1987, P. 19). Ele fala de "práxis como ato e relação", assim entendida:

Em primeiro lugar, práxis é um "ato" que uma pessoa, um sujeito humano realiza, mas que se dirige diretamente a outra pessoa (um aperto de mão, um beijo, um diálogo, um golpe) ou indiretamente (por intermédio de algo: por exemplo, repartir um pedaço de pão; o pão não é pessoa, mas se reparte para a outra pessoa). Se estou dormindo, não estou presente no mundo porque descanso, porque não estou consciente; não há práxis então. A práxis é a maneira atual de estar em nosso mundo frente ao outro; é a presença real de uma pessoa ante a outra. (DUSSEL, 1987, P. 18).

Em segundo lugar, "práxis é a própria 'relação' de duas ou mais pessoas". (DUSSEL, 1987, P. 18).

Dussel distingue "práxis" de "póiesis":

"Práxis significa operar (operare), obrar com e no outro, ou outros; póiesis significa fabricar, fazer (facere), produzir com ou em algo, trabalhar a natureza, relação pessoa natureza". (DUSSEL, 1987, P. 18). Daí que: "A experiência da proximidade entre pessoas como pessoas é que constitui o outro como 'próximo' (próximo, vizinho, alguém), como outro; e não como coisa, instrumento, mediação. A práxis, então, na atualização da proximidade, da experiência de ser próximo, de construir o outro como pessoa, como fim da minha ação e não como meio: respeito infinito". (DUSSEL, 1987, P. 19).

Anamnese conforme define Laín Entralgo; "diálogo em que predomina a intenção diagnóstica". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 308).

#### 4.1.1 O olhar

No encontro entre o paciente e o médico, ambos mutuamente se olham. A primeira manifestação da práxis da alteridade está no olhar, onde ela começa ou termina. É o olhar que intervém decisivamente como primeira comunicação. O olhar pode objetivar o outro, agredir o outro ou acolher, aproximar e interar o outro.

Da parte do paciente, pode ocorrer um "olhar petitivo, suplicante, como, também, um olhar "evasivo e receoso". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 304).

Da parte do médico, um olhar "objetivo, desafiador ou "receptivo" e efusivo, (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 305) sendo que sua intenção pode ser envolvente, inquisidora ou objetivante. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 305-307).

Para Dussel, "É necessário saber situar-se no face-a-face, no éthos da libertação, para que se deixe o outro ser outro. O silenciar da palavra dominadora; a abertura interrogativa à pro-vocação do pobre; o saber permanecer no 'deserto' como ouvido atento já é opção ética". (DUSSEL, 1986, P. 198).

Eis a alteridade do olhar como opção ética no relacionamento médico-paciente.

#### 4.1.2 A palavra e o silêncio

Na comunicação auditiva e verbal, dá-se a segunda manifestação da práxis da relação alterativa entre o paciente e o médico.

Este diálogo caracteriza-se pela fala, na qual podemos distinguir três elementos principais: expressões sonoras, paraverbais, a expressão verbal *sensu stricto* (a palavra) e o silêncio.

Por expressões sonoras paraverbais ou formas paralinguísticas da linguagem entendem-se os "elementos fonéticos não configurados como palavras que surgem na conversação e que de algum modo intervém nesta" (suspiros, respirações profundas, exclamações mais ou menos reprimidas, arrasto de consoantes, nasalização de uma ou de outra sílaba, interrupção súbita e breve de uma frase ou de uma palavra, etc.) (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 309). Na anamnese, a constatação pelo médico destes sinais e de todos os outros exteriorizados pelo paciente, são imprescindíveis para a conclusão diagnóstica. Não é possível diagnosticar em medicina sem a observância e julgamento destes sinais.

Por expressão verbal "sensu stricto", isto é, a palavra, leva-se em conta a sua função: vocativa, apelativa ou de chamada; expressiva ou notificadora; nominativa ou representativa. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 311). A dor, o sofrimento, o sentir e perceber a saúde abalada, fragiliza-nos a ponto de sermos incapazes, quase sempre, de vivenciarmos sozinhos esse momento. Apelamos ou chamamos por entes queridos e divindades.

A função vocativa (que tem como correlato íntimo, a sodalícia ou de companhia - sodalis: companheiro): "o fato de chamar alguém nos faz viver incipientemente em sua companhia; quem chama o outro e, só pelo fato de chamá-lo, o acompanha e é acompanhado por ele". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 311-312).

A função notificadora tem a função libertadora ou catártica: "quem comunica algo a outro sente que sua alma se desembaraça e aquieta; permanece, pois, subjetivamente libertado e, em certo sentido, purificado". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 312). É na comunicação que o médico começa por reunir os fatos capazes de levá-lo a um diagnóstico correto e o paciente adquire a confiança necessária para a cura ou o alívio. A comunicação é imprescindível para a parceria, para a relação alterativa médico-paciente.

A função nominativa ou representativa: "ordenadora" ou "esclarecedora", ela articula interiormente a comunicação. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 312).

A função sedutora ou persuasiva tem a função auto-afirmativa: "pela virtude desta função auto-afirmativa da palavra, quem fala a outro e, por sua vez, o persuade ou dissuade, afirma-se a si mesmo, vive subjetivamente a realidade e a valorização de sua própria pessoa". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 312). Esta função só deveria ser exercida visando o bem do paciente e certos de sua necessidade.

Revela alteridade na comunicação entre paciente e médico, quando tudo isso ocorre. Dussel, contudo, vai mais além, quando afirma que: "O saber - ouvir é o momento constitutivo do próprio método; é o momento discipular do filosofar; é a condição de possibilidade do saber-interpretar para saber - servir". (DUSSEL, 1986, P. 198-199).

E ainda, "Na passagem diacrônica, desde o ouvir a palavra do outro até a adequada interpretação (...), pode-se ver que o momento ético é essencial ao próprio método. Somente pelo compromisso existencial, pela práxis libertadora no risco..., pode-se aceder à interpretação, conceituação e verificação de sua revelação". (DUSSEL, 1986, p. 208). É incondicional a vontade afetiva para exercer a relação alterativa, olhando o outro como sujeito. E mais, "Considerar a palavra do outro como sendo 'semelhante' às de meu mundo, conservando a 'dis-tinção metafísica' que se apoia nele como outro, é respeitar a ana-logia da revelação; é dever comprometer-se com humildade e mansidão na aprendizagem pedagógica do caminho que a palavra do outro como mestra, vai traçando cada dia". (DUSSEL, 1986, p. 209).

Assim, é pela palavra do paciente (o outro) que o procedimento do médico é conduzido com confiança, fé no magistério e na verdade dele. Verdade é que obstáculos se interpõem nesta alteridade pela barreira linguística que separa o médico e o paciente, que nem sempre falam a mesma língua. Nas classes populares, ocorre mais frequentemente o que Boltanski chama de falta de "equipamento linguístico e, mais particularmente, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos". (BOLTANSKI, 1979, p. 59).

No encontro entre paciente e médico há, também, silêncio como parte do diálogo.

Assim, pode haver "o silêncio de não saber dizer", ou seja, trata-se da "incapacidade de expressão verbal por carência dos recursos expressivos que a inteligência e a aprendizagem concedem"; ou o "silêncio do não poder dizer": ora

por incapacidade patológica (afasia), ora por incapacidade psicológica (vivências não susceptíveis por sua vacuidade, de expressão verbal e articulada); ora, ainda, "o silêncio do não querer dizer, a mudez tática resultante de uma decidida vontade do ocultamento". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 315).

Distinguimos como Laín Entralgo, três modos formais de silêncio:

O silêncio pré-significativo, o fundo de silêncio sobre o qual se levantam e se configuram as palavras. Foneticamente, uma palavra pronunciada é como um edifício sonoro erguido sobre o solo do silêncio; (...)

O silêncio significativo: é aquele com o qual se expressa algo; (...)

O silêncio transsignificativo: é aquele no qual o significado das palavras toma acabamento ou plenitude dentro da alma de quem o escuta. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 313).

No relacionamento médico-paciente, havendo predomínio da beneficência entendida de forma paternalista, predominará o silêncio do paciente. Quando se leva em conta também a autonomia, se saberá conduzir o encontro de tal modo que o paciente fale, expresse seus sentimentos, suas dúvidas. Quando se leva em conta igualmente a justiça se fará de tudo para que o serviço prestado, a atenção, o cuidado revelem a indispensável igualdade e a totalidade de acesso às informações e aos serviços. Quando, porém, se faz valer a práxis da relação alterativa, até mesmo o silêncio se torna eloquente pela "vontade de serviço" contra a ontologia da totalidade, que é "vontade de domínio". (DUSSEL, s.d., P. 140).

A partir destes elementos, da parte do médico as expressões paraverbais ou paralinguísticas, que podem ser voluntárias ou involuntárias e que ocorrem no diálogo, devem ser limitadas e, acima de tudo, expressar "sua vontade de acolhimento, seu desejo, enquanto médico, de oferecer um 'âmbito de refúgio' à necessidade do enfermo". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 316). A expressão verbal -a

palavra- (com suas funções: vocativa, notificadora, nominativa e persuasiva) traduz-se em forma de pergunta (sem sugerir a resposta), de indicação (instruções sobre o que realmente quer saber o paciente) e de orientação (função persuasiva); o silêncio (o médico deve saber falar e saber calar) deve ser significativo e transnificativo, acolhedor e compreensivo. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 316-318).

Neste nível, a práxis da alteridade consiste em fazer ouvido para o outro, pôr-se à escuta do paciente (o outro). Assim,

O "face-a-face" exprime então uma relação que supera o fazer (poiein) e o compreender (noein), para abrir-nos a um novo tipo de atualidade: a criação (em hebraico baráh, sem correspondente na língua grega). "Criação" não no sentido cotidiano de "criação artística" (porque tal criação não é senão fabricação, invenção, descoberta; nesse caso há somente manifestação do já dado no mundo do artista), mas, primariamente, como a práxis analéctica do Outro autônomo e livre em meu mundo, trazendo como Dom, presente, gratuitamente, o novo, aquilo para o qual eu não tinha dinamis (potência, projeto, possibilidades). O novo vem do Outro; devo saber ouvir a sua palavra que constitui em mim o inesperado: trata-se da Alteridade criadora, não já poiética, nem sequer como a "vontade de poder" artística de Nietzsche. (DUSSEL, s.d., P. 118-119).

Da parte do paciente, este ao procurar o médico, fala a partir de seu mundo, de seu corpo e de sua intimidade pessoal e de seu modo de se compreender a si mesmo. Neste nível, ele pode se revelar como alguém que é *agente* de si mesmo, como *ator* de si mesmo ou como *autor* de si mesmo.

O paciente é *agente* de si mesmo quando age por si mesmo "em suas diversas operações fisiológicas (digestão, automação, etc.)"; é *ator* de si mesmo quando age como "executor do papel que biograficamente cumpre no teatro do mundo"; e é *autor* de si mesmo quando age como "criador, quase-criador, mais propriamente, do que em sua vida há de originalidade pessoal". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 318).

A práxis da relação alterativa se estabelece na medida em que, da parte do paciente, haja "vontade de se abrir, comunicar-se e ser respeitosa e maduramente ajudado" e segundo Dussel, da parte do médico, haja "vontade de saber e vontade de ajudar" - "vontade de serviço". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 335 ).

#### 4.2 ALTERIDADE NO EXAME FÍSICO (EXPLORAÇÃO MANUAL)

No exame físico, o médico explora o paciente com as mãos. Caracteriza-se por três procedimentos: a percussão, a tatação e a palpação. A mão é primordialmente o órgão do tato. Suas principais funções são: prensil ou possessiva (a função de tomar), técnica (a função de atuar sobre o mundo) e noética (a função de ajudar a conhecer a realidade e algumas de suas qualidades). (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 336).

Para o nosso trabalho, interessa-nos a função noética da mão, proximidade com o outro, porque é pelo tato que o médico pode diagnosticar muitas doenças, além de concretizar a proximidade. Via de regra, o paciente ao não ser tocado pelo médico afirma com tristeza e insegurança não ter sido examinado adequadamente. Uma é a experiência tátil da realidade inerte e outra é a experiência tangível do corpo vivo do homem, que é "imprevisivelmente reativa". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 339).

É pelo sentido do tato que experimentamos a realidade do mundo exterior. "Tocar o corpo vivo de um homem, é, antes de tudo, adquirir uma experiência tátil da liberdade alheia". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 339).

Compete-nos examinar, as intenções pelas quais se toca com as mãos, o corpo de uma pessoa.

Segundo Laín Entralgo há duas intenções principais para isso:

a) "Palpação e tatação do corpo do homem como corpo puramente objetivo: se se quiser, como pura matéria inerte" (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 340), onde se integram os três momentos principais desta operação: o cognoscitivo, o operativo e o afetivo. Contudo, pelo tato pode o corpo ser reduzido à condição de "objeto prazeroso". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 340).

b) "Palpação e tatação do corpo do homem como corpo pessoal, como vaso ou morada viva de uma pessoa" (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 340), também com os três momentos principais: cognoscitivo, operativo e afetivo.

Da parte do médico, a percussão, a tatação e a apalpação devem ser: "uma operação objetivante e cognoscitiva" e "um ato interpessoal e amoroso, uma verdadeira carícia-para-o-outro". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 342).

Da parte do paciente, a exploração tátil de seu corpo pode ser vivenciada como: auto-afirmação, relaxamento, alívio, companhia e prazer. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 343-344).

A percussão, a tatação e a palpação, "requerem tempo, habilidade manual, delicadeza moral e delicadeza estética" (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 344) e assim tornam-se, também, práxis de relação alterativa porque mostra relação de proximidade. Aproximar-se como diz Dussel: "É um agir para o outro como outro; é uma ação ou atualidade que se dirige à proximidade. A práxis é isto e nada mais; um aproximar-se da proximidade. A proxemia é um dirigir-se às coisas. Mas é muito diferente tocar alguma coisa, e acariciar ou beijar alguém. É muito diferente

compreender o ser, neutro, e abraçar no amor a realidade desejante de alguém, próxima. (DUSSEL, 1977, P. 23).

#### 4.3 ALTERIDADE NO DIAGNÓSTICO

Diagnosticar é saber o que o paciente tem, o que padece e dar conteúdo e nome nosográfico a esse - Diagnosis morbi, chamavam os velhos médicos. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 378). Desta concepção de diagnóstico pretende-se: a objetivação (o paciente é um objeto), a tipificação (dar sempre nome a uma espécie morbosa sempre bem circunscrita) e a indução (pela lógica, articular a teoria do diagnóstico). (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 378-379).

Para Laín Entralgo, tal maneira de conceber o diagnóstico tem "fundamentalmente uma visão parcial e abstrata da verdadeira e total realidade do diagnóstico: o saber diagnóstico deve ser, tem de ser sempre um co-saber entre o médico, por uma parte, e o enfermo ou quem está representando". E acrescenta; "a concepção 'diagnóstica' de diagnóstico é uma abstração deformadora. O paciente não se conduz e não pode se conduzir como simples objeto de conhecimento". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 380).

A objetivação do paciente seria a exclusão da alteridade.

Dussel propõe a tendência para o outro como perfeição: "Para o *ethos* dramático da liberdade, o homem perfeito é aquele que tende ao Outro com 'amor-de-justiça' (para além do horizonte da visão ontológica, até chegar ao âmbito meta-

físico onde se move tal justiça ), o pro-feta ( que dá sua vida pelo outro na história do povo miserável, pobre, oprimido: vocação de 'serviço' e não de 'domínio' aristocrático de herói da Totalidade)". (DUSSEL, s.d., P. 119).

"A meta-física da Alteridade, funda uma 'vontade de serviço'; a ontologia da Totalidade, ao contrário, uma "vontade de domínio". (DUSSEL, s.d., P. 140).

O Protocolo de Bochum, já é um verdadeiro exercício de alteridade no diagnóstico, ao propor a "emissão do diagnóstico médico-científico" e sugerir a "emissão de um diagnóstico médico-ético", pois leva em conta a conduta médica integral e a condição global do paciente! (BATISTIOLLI, SASS, VIEFHUES, 1988).

Propomos um diagnóstico com referência na verdadeira relação alterativa que não se atinge sem a verdade ao paciente por parte do médico e, do paciente para o médico.

A justificação da necessidade de se expressar a verdade brota, em primeiro lugar, de uma exigência interior que impulsiona o homem a ser autêntico consigo mesmo, a expressar ante os demais o que realmente é e sente. Ao mesmo tempo, a obrigação de falar a verdade tem uma justificação eminentemente social: uma moralidade centrada no serviço ao homem, na aceitação da dignidade pessoal de todo homem, deve aceitar o direito de todo ser humano à verdade. Finalmente, a verdade é necessária para que existam autênticas relações sociais e para que possa falar verdadeiramente de uma real comunidade humana. Esta é a verdadeira justificação a obrigação de se falar a verdade .... ( GAFO FERNÁNDEZ, 1978, P. 74).

Dentre as abordagens do direito do paciente à verdade, Gauderer afirma que:

estudos mostram que a absoluta maioria dos pacientes gostaria de saber o que tem, inclusive em detalhes, para poderem administrar melhor a sua saúde, ou, em casos terminais, inclusive programar mais construtiva e adequadamente a própria terminalidade. Nós médicos, temos o infeliz hábito de subestimar a capacidade emocional auto-administrativa e intelectual do indivíduo, infantilizando-o em muitos casos. Muitos médicos, inclusive nem se perguntam se o paciente gostaria ou não de saber o que tem. Isso nada mais é do que uma

forma camuflada de se manter e perpetuar o saber, e conseqüentemente o poder ou o domínio sobre o outro. (GAUDERER, 1991, P. 36-37).

E acrescenta, comentando o direito do paciente ao acesso à informação: "O paciente ou o seu responsável tem o direito de saber todos os dados a respeito do seu corpo, de sua saúde ou de sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde e inclusive a doença lhe pertencem, e não ao médico. O paciente permite ao médico ou ao profissional de saúde lidar com ele, mas não lhe outorga necessariamente o direito de, unilateralmente, na maioria das vezes, decidir por ele". (GAUDERER, 1991, P. 47).

À dificuldade de entendimento das explicações médicas, atribuída aos pacientes pelos médicos, Gauderer responde:

Julgar a priori que o paciente será incapaz de entender adequadamente o que está acontecendo com ele e com o seu corpo é uma postura de infantilização do paciente e de subestimação de sua capacidade de julgamento. Ser pobre e humilde não é sinônimo de ser "burro" ou "ignorante"; muito pelo contrário, é mais uma razão para o médico querer educar adequadamente e respeitosamente o seu paciente. Se não educarmos e ensinarmos o paciente quanto à sua doença, estaremos perpetuando esse processo de desinformação, essa suposta ignorância, e com isso estaremos coniventes com esse status quo. (GAUDERER, 1991, P. 48-49).

Boltanski afirma que "o que os doentes das classes populares reprovam essencialmente ao médico 'é não ser franco', 'não dizer direito o que a gente tem', não mostrar 'tudo que está pensando', e o mutismo médico só pode reforçar a ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veridicto se ignora". (BOLTANSKI, 1979, P. 42).

A práxis de alteridade manifesta-se na verdade ao paciente e deste para o médico, como direito e como dever.

#### 4.4 ALTERIDADE NO TRATAMENTO

Realizado o diagnóstico, sabedor da doença ou disfunção que afeta o paciente, o médico se dispõe a curá-lo, empregando os recursos técnicos disponíveis, sob a forma de prescrição.

Valorizando o papel do paciente no processo de cura, Illich escreveu: "O verbo curar tende a ser utilizado exclusivamente em seu emprego transitivo. Curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato *daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro lugar surge e cobra seus serviços, curar passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria*". (ILLICH, 1976, P. 78).

A respeito de doença ou enfermidade, consideramos oportuna a afirmação de Congar: "Cada enfermidade abarca a totalidade do indivíduo. E, inclusive, o indivíduo não pode ser isolado. Ela é suas conexões, é seus amores, é as relações de sua profissão, de sua cultura, de sua família". (AUER, 1972, P. 197).

Trata-se de visar a pessoa doente - o outro - e não apenas a doença, o seu organismo; não apenas o indivíduo, mas também, as suas condições sociais. (McGUIRE, 1991, P. 100).

A referência é sempre a pessoa do paciente - o outro - como um todo e não um mero organismo. Esta conduta é indispensável para que haja práxis de alteridade. (LAÍN ENTRALGO, 1983).

A meta do tratamento deverá ser "no melhor dos casos, a saúde e, no pior, a menos má entre todas as vidas que o estado de enfermidade torne possível". (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 429).

A estrutura interna do tratamento (onde se distinguem: o médico, o remédio e o enfermo) será: da parte do médico, sendo inventor, reformador, camarada, educador e amigo; quanto ao remédio, deverá haver a articulação unitária e harmoniosa da somatoterapia e da psicoterapia; da parte do enfermo, a cooperação. (LAÍN ENTRALGO, 1983, P. 429-436).

Vidal observa: "Não é competência da Moral emitir juízos valorativos sobre as diferentes técnicas psicoterapêuticas. Todo procedimento é correto do ponto de vista ético quando se guardam as regras gerais da competência profissional, do consentimento do paciente e do respeito à dignidade da pessoa". (VIDAL, 1979, P. 508).

Nessa instância, a práxis da relação alterativa é caracterizada pelo pedido de ajuda do paciente, não sendo suficiente, por isso, nem a vontade de ajudar, nem a dimensão de reciprocidade.

Relação alterativa com o paciente, e o médico isento a pressões de outra ordem (jurídica, psicológica ou moral).

O livre consentimento do paciente é, pois, a primeira e fundamental condição para o exercício legítimo da práxis da relação alterativa.

Da aplicação dos psicofármacos, Auer observa:

é verdade que, com os psicofármacos, não raras vezes, se pode "possibilitar quimicamente" a liberdade, porém, também se pode "destruí-la quimicamente" e esta preocupação pela liberdade é tanto mais séria quanto mais as causas da

ansiedade crescem continuamente na moderna sociedade industrial: a falta de amor, as barreiras que se levantam contra as exigências do processo de amadurecimento, a perversão do conceito de felicidade e a negação do homem ao sofrimento. (...) O perigo para a liberdade consiste, portanto, em que o homem já não quer superar seus medos e tensões de uma maneira pessoal e, sim, automática. Confia no efeito automático de tal medicina e espera, deste modo, não fazer nenhum esforço pessoal. (AUER, 1972, P. 146).

E Auer prossegue, referindo-se ao uso da técnica:

A técnica oferece-nos novas possibilidades, porém, também, novos perigos. Num dos campos transcendentais de existência humana, o médico está sendo chamado a administrar responsabilmente a ambivalência dos produtos técnicos. A alguns se deverá proporcioná-los, porque os liberam para levar uma vida digna e a outros, negá-los, porque prejudicam ou impedem a realização pessoal de sua existência. O médico foi sempre, e hoje o é em grau incomparavelmente maior, administrador da dignidade e liberdade humanas. (AUER, 1972, P. 147).

Dussel diz: "O autêntico mestre começa um novo processo, o caminho inverso da decadência ou da degradação; inicia um caminho que destrói as ataduras da liberdade do outro e que em sua posição crítica o chama a recuperar a sua atitude pessoal". (DUSSEL, s.d., P. 134).

Pela práxis da relação alterativa, o outro (o paciente) se supera dentro da limitação da própria enfermidade.

A bioética propõe alguns princípios básicos que devem estar presentes na terapêutica. São eles: o princípio de defesa da vida física, da liberdade e responsabilidade, da totalidade ou princípio terapêutico e da socialidade e subsidiariedade. (SGRECCIA, 1991, P. 105-135).

O princípio da defesa da vida física refere-se ao respeito pela vida, a sua defesa e a sua promoção e representa o primeiro imperativo ético do homem para consigo mesmo e para com os outros. Sublinhamos que se trata de respeito, de

defesa e de promoção. A este princípio está ligado o direito à saúde, a sua defesa e promoção.

A vida humana pela dimensão que tem, detentora de horizontes ilimitados de possibilidades, expande-se em múltiplas expressões. De realçar, é que, o valor e o significado da vida do homem só é compreendido através do homem como pessoa. Trata-se da vida de um ser pessoal.

Práxis de alteridade é tudo o que serve à vida, porque alteridade "é a polaridade entre diferentes íntegros e inteiros que gera luz", e mais "onde o diferente não é contemplado com um olhar indiferente, mas com simpatia". (LAMPE, 1995, p. 105). Entendemos por vida, não a simples manutenção dos órgãos vitais funcionando, mas vida emocional, digna, com perspectiva de futuro.

"É bom tudo aquilo que produz vida, que mantém a vida e a enriquece. É mal tudo o que mata a vida, a limita ou a empobrece. O mal está na morte: os que matam ou consentem a morte dos fracos vivem na iniquidade; e se dizem que o fazem em defesa da vida, são perversos". (ALVAREZ, 1987, p. 8).

A liberdade tem a responsabilidade de assumir a própria vida e a dos outros. A vida é condição indispensável para o exercício da liberdade. Da parte do paciente, este necessita colaborar dentro da sua autonomia, exercendo a sua responsabilidade, através do seu consentimento, sempre indispensável. Da parte do médico, o dever de informá-lo.

Médico e paciente "são responsáveis pela vida e pela saúde, seja como bem pessoal, seja como bem social". (SGRECCIA, 1991, p. 126).

O princípio de totalidade ou princípio terapêutico é o que rege toda liceidade e obrigatoriedade da terapia médica e cirúrgica. Para ser aplicado exige: "que se trate

de intervenção sobre a parte doente ou que é causa direta do mal, para salvar o organismo são; que haja uma boa possibilidade e proporcionalmente alta para o êxito; que haja o consentimento do paciente". (SGRECCIA, 1991, P. 127). Leva-se em conta, não apenas a integridade do paciente, mas, também, seu valor pessoal integral, "que pode ser colocado em perigo ou diminuído somente com a vantagem de um bem superior ao qual esse está vinculado". (SGRECCIA, 1991, P. 127).

Este princípio deve ser ampliado à dimensão da totalidade do outro, como pessoa física, espiritual e moral, não reduzido a uma interpretação organística. O bem corpóreo é considerado no conjunto do bem espiritual e moral da pessoa.

"Implica que ao executar uma terapia se avalie o interior da totalidade da pessoa, e, portanto, se exija uma certa proporção entre os riscos e danos que essa comporta e os benefícios que procura". (SGRECCIA, 1991, P. 128).

A socialidade e subsidiariedade "implica que cada cidadão se empenhe em considerar a própria vida e a dos outros como um bem não somente pessoal, mas, também, social e compromete a comunidade na promoção da vida e da saúde de cada um, em promover o bem comum, promovendo o bem de cada um". (SGRECCIA, 1991, P. 129). Obriga a comunidade a garantir a todos os seus membros os meios de acesso aos cuidados necessários.

A estes princípios junta-se a beneficência, a autonomia e a justiça, fundamentos da ética médica.

A beneficência exigindo o bem do paciente sempre que este a solicitar e/ou consentir. A autonomia exigindo o respeito aos direitos do paciente e à sua autodeterminação e a justiça exigindo o acesso universal aos serviços de saúde, a igualdade de cuidados.

O bem integral da pessoa é o vínculo comum destes princípios.

A práxis de alteridade manifesta-se na observância destes princípios, contra o absolutismo ou relativismo. Assim sendo, a alteridade constitui o critério fundamental e englobante na prática pedagógica do professor da ética médica.

## CONCLUSÃO

O ensino da ética médica nas escolas de graduação em medicina no Brasil, vem se caracterizando por uma visão marcadamente legalista e deontológica. No início da década de 70, surge a bioética baseada na tríade (beneficência, autonomia e justiça), para ajudar a superar dúvidas e contradições na prática médica cotidiana. Os problemas da medicina contemporânea, que possam ter sido trazidos pela inovação tecnológica de seus procedimentos, dizem da necessidade de novos fundamentos éticos para os profissionais da saúde.

A beneficência (da parte do médico), por ter-se vinculado ao paternalismo e ter infantilizado o paciente, sem voz e sem vez, ignorou, desta forma, o consentimento informado para todas as condutas médicas e a aceitação dos desejos e das opiniões dos pacientes.

A autonomia (da parte do paciente), admitida recentemente na ética médica, convertida na forma de os pacientes se autodeterminarem, decidirem sobre o que efetivamente desejam de uma conduta médica, depara-se já com restrições internas e externas de pacientes; com a tendência para a acentuação do legalismo; com a obsessão por provas documentais, mais do que pela qualidade moral do consentimento; com a redução da relação médico-paciente a contrato, em vez de relação de ajuda; com a minimização das obrigações do médico em detrimento de beneficência para com o paciente; com a diminuição da capacidade decisória do médico; com o culto ao privatismo moral e ao individualismo insensível.

A justiça na relação médico-paciente e no sistema de saúde como um todo, fruto de um longo processo histórico, é desafiada pela ambiguidade de seu próprio conceito, pelo utilitarismo que pretende sempre quantificar custos e benefícios, pela escassez de recursos, pela dificuldade em decidir a quem atender face à insuficiência de recursos.

A estas limitações dos fundamentos da ética médica, propomos o critério de alteridade ou práxis de alteridade, que tem como referência primeira a existência da pessoa humana, e está embasada na relação face a face. O outro enquanto outro, o outro sendo irreduzível ao mesmo (eu) e possuidor de uma constituição e estatuto metafísico próprio.

Ao dizermos, que a alteridade é critério fundamental na prática pedagógica do professor da ética médica, queremos dizer que a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda ética médica. Não a pessoa fechada em si mesma, mas a pessoa enquanto abertura, relação, face-a-face com a outra e com os outros. Assim dá-se a alteridade e, ela permite não só a fundamentação, mas também, a estruturação e a articulação dos conteúdos da ética médica, tendo-a como base, eixo e convergência.

Ao apresentarmos a alteridade como critério fundamental e englobante na prática pedagógica do professor da ética médica pretendemos não só possibilitar a reflexão e orientação de seus conteúdos, mas, também, exercer função crítica na educação para a discussão, a prática relacional e o tratamento. Assumir o outro como interlocutor, como sujeito igual ao propor o diálogo, a revisão continuada das práticas e ao favorecer uma prática beneficente sem paternalismo, uma autonomia não individualista e uma justiça não excludente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMES, José Luiz.. **Liberdade e libertação na ética de Dussel**. Campo Grande : Cefil, 1992.
- ANJOS, Márcio Fabri dos (Coord.). **Articulação da teologia moral na América Latina**. Aparecida : Editora Santuário, 1987.
- ARISTÓTELES. **Ética a nicômacos**. Trad. De Mário da Gama Kury. 2. ed. Brasília : Edunb, c1985, 1992.
- AUER, Alfons et al. **Ética y medicina**. Tradução de Luis Alberto Martin Baro. Madrid : Ediciones Guadarrama, 1972.
- BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo : Edições Loyola, 1991.
- BATISTIOLE, João V.; SASS, Hans-Martin; VIEFHUES, Herbert. **Protocolo de Bochum para a prática da ética médica**. [Zentrum für medizinische ethik bochum]. Nov. 1988 (edição em português).
- BIOÉTICA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, 1996.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
- BUBER, Martin. **Eu e tu**. 2.ed. Tradução de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo : Cortez & Moraes, 1979.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo : Editora Cultrix, s/d.
- CHAVES, Mário; ROSA, Alice Reis (Org.). **Educação médica nas Américas : o desafio dos anos 90**. São Paulo : Cortez, 1990.
- CLINICAL ETHICS. New York : Macmillan, 1982.
- COMBLIN, José. **Antropologia cristã**. Petrópolis : Vozes, 1985.
- COSTA, Márcio Luis. **Educação e libertação na América Latina** : ensaio Introdutório à aproximação entre a pedagogia de Paulo Freire e a pedagogia de Enrique D. Dussel. Série reflexões sobre a América Latina 2. Campo Grande - MS : CEFIL, 1992.
- DUSSEL, Enrique. **Filosofia da libertação na América Latina**. 2. ed. São Paulo : Edições Loyola, 1977.
- \_\_\_\_\_. **Ética comunitária**. Tradução de Jaime Clasen. Petrópolis : Vozes, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Para uma ética da libertação Latino-americana**. Tradução de Luís João Gaio. São Paulo : Edições Loyola; Piracicaba : Editora UNIMEP, v. 1-5, s/d.
- \_\_\_\_\_. **Método para uma filosofia da libertação** : superação analética da dialética hegeliana. Tradução de Jandir João Zanotelli. São Paulo : Edições Loyola, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Ética e a filosofia da libertação**. Armando Lampe ( Org.). Petrópolis : Editora Vozes, 1995.
- DRANE, James F. **Métodos de ética clínica**. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.

- ETHICAL WORKUP GUIDES CLINICAL DECISION MAKING. **Health progress**. v. 69, n. 11, 1988.
- FABRERA JR., H. **Disease and social behavior**. Cambridge, Mass : M.I.I. Press, 1974.
- FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T.L. **A history and theory of informed consent**. New York : Oxford University Press, 1986.
- FREITAG, Bárbara. **Itinerários de antígona : a questão da moralidade**. Campinas, SP : Papirus, 1992.
- GADOTTI, Moacir. **Educação e poder : introdução à pedagogia do conflito**. 7.ed. São Paulo : Cortez e al., 1987.
- GAFO FERNANDEZ, Javier S. J. **Nuevas perspectivas en la moral médica**. Madrid : Europea de Ediciones, 1978.
- GAUDERER, E. Christian. **Os direitos do paciente : um manual de sobrevivência**. Rio de Janeiro : Record, 1991.
- GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo : EPU, 1989.
- GONZÁLEZ ALVAREZ, Luis José. **Fundamentos filosóficos de la teologia moral en América Latina**. São Paulo, 1987 (mimiografado).
- \_\_\_\_\_. **Ética Latinoamericana**. Bogotá : Universidad Santo Tomas, 1986.
- GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Madrid : EUDEMA, 1989.
- \_\_\_\_\_. **La bioética médica**. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- HABERMAS, Jürgen. **O discurso filosófico da modernidade**. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1990.
- HAECKEL, Ernest. **Anthropogenie : histoire de l' évolution humaine**. Paris : Libraires Editeurs, 1877.
- HAM, Arthur W. **Tratado de histologia**. 5. Ed. Tradução em espanhol por Alberto Folch. México : Editorial Interamericana S. A., 1997.
- HAMLIN, D.W. **Uma história da filosofia ocidental**. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor, 1990.
- HESSER, J. **Filosofia dos valores**, Coimbra : Studium, s/d.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde : nêmesis da medicina**. 2. ed. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro : Editora Nova Fronteira, 1976.
- IOVCHUK, Oizerman; SHCHIPANOV. **História da filosofia**. Amadora-Portugal : Novo Curso Editores, v. 2, 1983.
- JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinabilidade e patologia do saber**. Rio de Janeiro : Imago Editora Ltda, 1976.
- JERPHAGNON, Lucien. **Dicionário das grandes filosofias**. Lisboa : Edições 70, 1973.
- JONAS, Hans. **Ética, medicina e técnica**. Tradução de Fernando António Cascais. Lisboa : Veja, 1994.
- KREMER-MARIETTI, Angéle. **A ética**. Tradução de Constança Marcondes Cesar. Campinas, SP : Papirus, 1989.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. **Teoria y realidade del outro**. Madrid : Revista de Occidente, v. 1-2, 1961.

- \_\_\_\_\_. **La relación médico-enfermo** : história y teoria. Madrid : Alianza Universidad, 1983.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. **El médico y el enfermo**. Madrid : Alianza Universidad, 1983.
- LAMPE, Armando. **Ética e a filosofia da libertação**. Petrópolis : Editora Vozes Ltda.; São Paulo : CEHILA, 1995
- LaVERTU, Diana S.; LINARES, Ana M. **Princípios éticos de la investigación biomédica en seres humanos** : aplicación y limitaciones en América Latina y Caribe. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- LADRIÈRE, Jean - UCL. **Ética e pensamento científico** : abordagem filosófica da problemática bioética. Tradução de Hilton Japiassu - UFRJ. São Paulo : Editora Letras & Letras, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Sobre a noção de critério**. Concilium 175, 1982-5.
- LARA, Maria de Carmen; DE LA FUENTE, Juan Ramón. **Sobre el consentimiento informado**. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- LEVINAS, Emmanuel. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis : Vozes, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Totalidade e infinito**. Lisboa : Edições 70, 1980.
- LIMA VAZ, Henrique C. S. J. **Ontologia e história**. São Paulo : Duas Cidades, 1968.
- LUDWIG, Celso Luiz. **A alternatividade jurídica na perspectiva da libertação** : uma leitura a partir da filosofia de Enrique Dussel. Curitiba : Dissertação de Mestrado, UFPR (mimeografado), 1993.
- MAINETTI, José Alberto. **Bioética** : una nueva filosofía de la salud. Boletín de la oficina sanitaria Latino-americana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- MALOOF, Patrícia. **Doença e saúde na sociedade**. Concilium 234, 1991-2.
- MARIA, Joaquim Parron. **Novos paradigmas pedagógicos** : para uma filosofia da educação. São Paulo : Paulus, 1996.
- McGUIRE, Meredith B. **Religião, saúde e doença**. Concilium 234, 1991-2.
- MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL. **Review**. New Jersey : Merck & Co. Inc., v. 23, n. 1, 1987.
- MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo : Companhia Melhoramentos
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- MOLTMANN, Battista. **O homem, quem é ele?** : elementos de antropologia filosófica. Tradução de R. Leal Ferreira e M.A.S. Ferrari. São Paulo : Edições Paulinas, 1990.
- MORA, José Ferrater. **Diccionario de filosofia**. Buenos Aires : Editorial Sudamericana, v. 2, 1971.
- MOTTA, Marylu; UNHA, Silva. **O ensino de ética médica, em nível de graduação, nas faculdades de medicina no Brasil**. In : Revista Brasileira de Educação Médica, v.18, n.1, jan/abr. 1991.
- NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. 3. ed. São Paulo : Abr. 1983.
- NOGARE, Pedro Dalle. **Humanismos e anti-humanismos** : introdução à antropologia filosófica. 12.ed. Petrópolis : Editora Vozes, 1990.

- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Edição especial sobre bioética.** Boletín de la oficina sanitaria Panamericana., v. 108, n. 5-6, mai./jun., 1990.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Direito à saúde, cidadania e Estado.** In : CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8. : 1986 : Brasília). **Anais.** Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- PELLEGRINO, E. D. **La relación entre la autonomía y la litegridad en la ética médica.** Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **For the patient's good : the restoration of beneficence in hearth care.** New York : Oxford University Press, 1988.
- PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Fundamentos da bioética.** São Paulo : PAULUS, 1996.
- PESSINI, Leocir. **Eutanásia e América Latina : questões ético-teológicas.** Aparecida : Editora Santuário, 1990.
- PIZZI, Jovino. **Ética do discurso : a racionalidade ético-comunicativa.** Porto Alegre : EDIPUCRS, 1994.
- POLAINO-LORENTE, Aquilino. **Manual de bioética general.** 2.ed. Madrid : Ediciones RIALP S. A., 1994.
- REGINA, Jesus Eurico Miranda. **Filosofia latino-americana e filosofia da libertação.** Campo Grande, MS : CEFIL, 1992.
- REICH, Warren T. (Ed.). **Encyclopedia of bioethics .** New York : Georgetown University, v. 1-4, 1982.
- RUSS, Jacqueline. **Dicionário de filosofia.** Tradução de Alberto Alonso Muñoz. São Paulo : Editora Scipione, 1994.
- SASS, Hans-Martin. **La bioética : fundamentos filosóficos y aplicacion.** Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- SGRECCIA, Elio. **Fondanti ed etica biomedica.** In : Manuale di Bioetica. 2. ed. Milano : Vita e Pensiero, 1991.
- SPINSANTI, Sandro. **Aliança terapêutica : as dimensões da saúde.** São Paulo : Edições Paulinas, 1992.
- TEALDI, Juan C.; MAINETTI, José A. **Los comités hospitalarios de ética.** Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108, n. 5-6, 1990.
- TEIXEIRA, Sônia M. F. **Cidadania, direitos sociais e Estado.** In : CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8. : 1986 : Brasília). **Anais.** Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -BIBILOTECCA CENTRAL. **Normas para apresentação de trabalhos.** 5.ed. Curitiba : Editora da UFPR, partes 2; 6-8, 1995.
- VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes.** Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS. R. Aparecida : Editora Santuário, v. 1, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Novos caminhos da moral : da "crise da moral à moral crítica".** Tradução de Isabel Fontes Leal Ferreira. São Paulo: Edições Paulinas, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Moral de atitudes.** Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS.R. Aparecida : Editora Santuário, v. 2, 1979.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Tradução de Pe. Ivo Montanhese, C. SS.R. Aparecida : Editora Santuário, v. 3, 1980.