

Lazare Benaroyo, *Soin et bioéthique : Réinventer la clinique* (Paris: PUF, 2021). 978-2-13-082743-6. 128 pp.

Lazare Benaroyo, médico, doutorado em ética e filosofia da medicina, há muito vem publicando as suas reflexões em torno do termo bioética, das questões de ética médica e, mesmo, da importância da hermenêutica para a ética clínica¹. *Soin et bioéthique*, publicado em 2021, reúne reflexões já publicadas (2010, 2016, 2018) que procuram marcar o percurso do autor por três temas centrais: a institucionalização da bioética, os limites que a aproximação bioética à clínica demonstra, e, por fim, uma visão diferente sobre o que deve ser uma ética do cuidado aplicada à clínica, resultado das reflexões anteriores, de modo a superar as limitações que a bioética vinha evidenciando. Sustentado nas reflexões filosóficas de Paul Ricoeur e Emmanuel Lévinas, e aquelas mais longínquas de Aristóteles, Benaroyo propõe uma *sagesse pratique* que inclui o apelo do sofrimento do doente, apelo que ficaria abafado por uma visão meramente bio-médica (*biomédical*)², isto é, uma visão centrada numa interação puramente objectiva (sujeito-objecto) ou aquilo que Benaroyo chama de “conception physicaliste de la vie et une conception somatique de l'éthique” (p. 18). Assim, propõe Benaroyo, é necessário um descentramento que promova a verdadeira “compréhension des dimensions éthiques du soin” (p. 17).

Ultrapassaríamos, assim, uma visão redutora da realidade em que a cisão entre vida pessoal e vida orgânica deixaria de ser o centro, para haver uma articulação dos dois pontos que o cuidado (*soin*) engloba: o agir técnico e o evento existencial que é a doença para o doente. A doença, como momento de crise, mobilizaria, assim, não só todos os elementos biomédicos que presidem ao agir técnico, como também elementos hermenêuticos e éticos que elevaria a relação clínica a uma verdadeira relação de cuidado.

A tarefa do clínico (sublinha-se a partir da reflexão de Cheryl Mattingly³, que desenvolve a partir da experiência da terapia ocupacional⁴), a constituição de uma

¹ Cf. Lazare Benaroyo, “The Contribution of Philosophical Hermeneutics to Clinical Ethics”. In: Thomasma, David C. – Kissell, Judith Lee - *The Health Care Professional as Friend and Healer: Building on the Work of Edmund D. Pellegrino*. (Georgetown University Press, 2000, 227-232): “I claim that hermeneutics is the philosophical framework within which the ethical core of the healing act comes into being”.

² A tradução para português por *biomédica* parece-nos abranger dimensões que o autor no original não pretende referir. Poderíamos utilizar bio-medicinal no sentido de actos médicos puros, em que o doente e o apelo do sofrimento do doente não constituem uma parte da relação terapêutica.

³ C. Mattingly, (1994). The concept of therapeutic “emplotment.” *Social Science & Medicine*, 38(6), 811–822. doi:10.1016/0277-9536(94)90153-8

⁴ A experiência da terapia ocupacional leva Mattingly a reflectir no sucesso da terapia e na importância da narrativa para esse sucesso: “Therapeutic success depends in part upon the therapist’s ability to set a story in motion which is meaningful to the patient as well as to herself”. Mattingly, 814.

Note-se como a questão narrativa está presente desde o início até ao fim da terapia: “Emplotment of this session begins when Donna asks Steven to comb his hair [...] The presence of powerful enemies, and of dangers and obstacles, means that narrative time is a time of uncertainty”. Mattingly, pp. 815-820.

narrativa⁵ terapêutica que integra o tratamento médico no cuidado que é dado ao doente, e não uma sequência de tarefas, um “encontro técnico” (technical encounter), onde “the task is to get the patient as well as possible in the shortest time possible”.

É, portanto, a partir dessa necessidade de integração que Benaroyo lançará mão de aproximações filosóficas de Ricoeur e de Levinas, recrutando de um a questão do juízo médico e de outro a assimetria do apelo ético que o rosto (*visage*) do outro sempre comporta. Sublinhe-se que não se trata de uma construção fácil de duas filosofias que se apresentam como indissociáveis, mas que Benaroyo junta precisamente como um pensamento paradoxal que permite responder ao apelo do sofrimento (p. 21).

É no capítulo terceiro que o autor desenvolve mais detalhadamente a questão do cuidado e do encontro terapêutico. Na verdade, há que identificar três registos diversos que se desenvolvem dentro do cuidado: a corporeidade, a temporalidade e a alteridade. É respondendo a cada um destes registos que o encontro clínico se transforma numa realidade maior, a que podemos chamar cuidado, exercido com o recurso a uma sabedoria prática que expressa normas ou momentos constitutivos desse mesmo cuidado.

O caminho para chegar a essa prática passa, em primeiro lugar, e de acordo com Benaroyo, por uma alteração na maneira de ver a doença. Socorrendo-se do pensamento de Georges Canguilhem⁶, Benaroyo sublinha que a doença não é “pas seulement” (p. 56) a própria doença como desorganização orgânica ou incidente técnico. O próprio Canguilhem, a partir das reflexões do médico Claude Bernard, solicita-nos a reflexão precisamente nestes termos: “le concept de maladie est-il le concept d’une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative?” (Canguilhem, 93). Na verdade, a medicina ocidental parecia encaminhar-se para um conhecimento puramente técnico da doença e do doente, quando a experiência é completamente outra e tem de ser pensada no encontro terapêutico e não apenas pelo doente (p. 15).

Para o doente, assim, a doença é não só a alteração existencial do seu estado normal, isto é, “pour le malade, la santé et la maladie représentent deux états qualitativement différents de l’existence individuelle” (p. 56), como é vista como uma redução (*réduction*) da capacidade de “instaurer de nouvelles normes de vie” (p. 57). Dizendo de outra forma, a saúde permitira ao doente *être normal et être normatif*, e a doença introduz a *patologia* e a redução da capacidade normativa, isto é, da autonomia do próprio doente.

⁵ Benaroyo utiliza a palavra *intrigue* para traduzir *emplotment* que Mattingly pede emprestado a Northop Frye (Cf. Frye, Northrop - *Anatomy of criticism: four essays*. Toronto: University of Toronto Press, 2006) que se poderia traduzir em português como trama, enredo.

⁶ Cf. Georges Canguilhem – *Le normal et le pathologique* (Paris: PUF, 1966).

Será de Viktor von Weizsäcker que Canguilhem e, agora, Benaroyo, irão recuperar o que ele chama de *Pathosophie* (Cf. Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie* (Paris: Millon, 2011)), isto é, que há uma dimensão pática no homem que não se pode ignorar. Para Weizsäcker, a dimensão pática é “un mode d’existence de l’être humain” (p. 58), isto é, constitui-se uma crise na continuidade da biografia do doente alterando, assim, “la conscience intime du temps” (p. 58). A doença torna-se – para o doente – também sofrimento, isto é, uma indeterminação biográfica e temporal que afecta, não só o presente como a dimensão de futuro. Crise de sentido, perda, desintegração, são formas de dizer esta “altération de la conscience intime du temps” (p. 59) inscrita no doente.

É a partir deste contexto que Benaroyo procura, então, encontrar uma sabedoria prática que, não só responda à “reconstruction du sens, du temps, et de la norme vitale singulière altérée para la maladie” como se constitua, ela mesma, uma ética do cuidado fundado numa hermenêutica da situação. Para isso é necessário, segundo o autor, estabelecer os estádios (ou momentos) da relação médico-doente, seguindo aquilo que Viktor von Gebattel (Gebattel, V. E. Freiherr Von – *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie: Ausgewählte Aufsätze* (Berlin: Springer-Verlag, 1954)) designou de antropologia fenomenológica da relação terapêutica (*relation clinique*): 1) o estádio da relação interpessoal; 2) o estádio científico e técnico; e o 3) estádio do acto terapêutico personalizado. Cada estádio, por sua vez, corresponde a um estrato ético que o sublinha.

O primeiro estádio (“*le stade sympathique élémentaire*” (p. 62, em itálico no original)) como a abertura ao doente, um momento em que o *linguajar* (*langagier*) se constitui como abertura ao outro, “de l’écoute, du dialogue et de la promesse d’aide” (p. 62, em itálico no original)). Diga-se que neste estádio Benaroyo sublinha a importância do restabelecimento da dissemetria relacional, cindida pela doença. Este restabelecimento dá-se no par *apelo de ajuda* (doente) – *promessa de ajuda* (médico) que nivela e se faz encontro ético. Da assimetria criada pela “*demande d’aide*” (p. 63, em itálico no original), chega-se à relação ética do cuidado pela promessa de ajuda.

O segundo estádio (“*le stade de l’agir scientifique*” (p. 62, em itálico no original)), ainda que considerado alienante por Gebattel, é aquele em que o médico como que reifica o paciente para intervir no corpo com a ajuda de meios técnicos. Correspondendo à “*phase réparatrice*” (p. 63, em itálico no original), podemos definir como os actos médicos e técnicos necessários à recuperação do doente (por exemplo, uma cirurgia). Se o estádio anterior estava fundado num linguajar de alteridade, este funda-se numa “*rationalité opératoire*” (p. 63), própria da técnica (conceba-se aqui a medicina como incluindo uma técnica). A função do médico, aqui, é poder alterar o curso da doença.

Por fim, o terceiro estádio (“*le stade de l’acte thérapeutique personnalisé*” (p. 63, em itálico no original)) desenvolve-se o restabelecimento do “*pouvoir-être*” (p. 63) do doente, centrado num projecto de cuidado baseado na singularidade do

doente, isto é, uma medicina personalizada (Veja-se João Lobo Antunes, *A Nova Medicina* (Lisboa: FFMS, 2012), 68).

São estes momentos éticos que para Gebattel formam o *ethos médico autêntico* e que podem ser sistematizados como no quadro abaixo:

<i>Le stade sympathique élémentaire</i>	Malade Médecin	<i>demande d'aide</i> ↔ <i>promesse d'aide</i>
<i>Le stade de l'agir scientifique</i>	Malade Médecin	Corps (object medical) Technicien (l'acte médical)
<i>Le stade de l'acte thérapeutique personnalisé</i>	Malade Médecin	Restauration du pouvoir-être du patient

Este *ethos* médico que agora se parece formar sempre existiu na história até à modernidade. Recuperando o *corpus hipocrático*, e a noção da medicina como *ars medica* (sendo que aqui a palavra latina *ars* estaria mais próxima da *techné* grega), desenvolvia-se, também ela, em três tipos de *saberes*: aquele que responde ao *quem* (*qui*); o que responde ao *porquê* (*pourquoi*); e por fim, o que responde ao *o quê* (*quoi*)? (p. 66). De certa maneira, encontramos frente a frente aquilo que Lobo Antunes define como *medicina centrada no doente* (aquela que recuperaria a *ars medica*) e *medicina centrada na doença* (centrada, sobretudo, na cura, no corpo como objecto, no doente como puzzle médico a resolver) (Antunes, p. 11 e ss.). Nesta, está em causa a prioridade a uma *philotechnia*, naquela, a prioridade recai na *philanthropia*. O cuidado, dirá assim Benaroyo, “*doit preceder l'acte technique*” (p. 69, em itálico no original)), acrescentando a paradoxalidade que também Lobo Antunes sublinhava: “*c'est l'acte technique qui guide maintenant le soin*” (p. 69, em itálico no original). Este dado paradoxal só se pode desfazer a partir da sabedoria prática a que o médico deve deitar mão, sublinhando que o doente é já interprete de algo em si (os sintomas), e o cuidador deve fazer a hermenêutica “à partir de ses paroles et de ses récits” (p. 73).

Se Kant e o iluminismo se parecem ter esquecido da sabedoria prática, a *phronesis*, é, no entanto, a complexidade da decisão moral que nos obriga a regressar a ela, de modo a “mediar o carácter universal das normas [...] e as situações humanas singulares” (Maria Luísa Portocarrero, “Racionalidade hermenêutica e éticas aplicadas no mundo contemporâneo”. In: Maria do Céu Patrão Neves, *Ética: dos fundamentos às práticas* (Lisboa: Edições 70, 2016), 211.). A sabedoria prática aporta às normas e ao caso particular um modelo argumentativo baseado na análise do juízo moral. É, portanto, na “exploration de l'infinité des biens singuliers pour délibérer et choisir

le meilleur bien possible au milieu des circonstances contingentes” (p. 76) que o encontro terapêutico se constitui.

Assim, Benaroyo com a ajuda de Maximilien Froschner, sublinha a importância de Aristóteles para o desenvolvimento daquilo que se pode chamar um homem prudente, isto é, aquele que desenvolve a sabedoria prática, e os momentos constitutivos para uma boa vida, isto é, a sabedoria prática em acção: 1) a deliberação (*eubolia*), que diz respeito ao fins a atingir, pesando os prós e os contras antes da acção; 2) a circunspecção, que procura encontrar as circunstâncias favoráveis e “les modes de réalisation” (Benaroyo, p. 77), 3) a inteligência clarividente (*synesis*), que através da palavra forma um juízo justo, e 4) o “coup d’oeil” (p. 77) (*deinotes*), isto é, a atenção às oportunidades e circunstâncias que o bem em concreto a atingir nos permite (“l’acte singularisé”) (p. 78).

É com Paul Ricoeur que o autor explora as dimensões do juízo deliberativo. Como bem sabemos, Ricoeur na sua obra *Soi-même comme un autre* (veja-se o séptimo estudo “Le soi et la visée éthique”) desenvolve as dimensões da ipseidade, nomeadamente o linguajar (*langagière*), a prática (*pratique*), a narrativa (*narrative*) e, no que a este estudo concerne, a dimensão ética (*éthique et morale*). Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre* (Paris: Seuil, 1990), 199-236.) Essencialmente Ricoeur procura responder à procura incessante por uma vida boa, recuperando a visão aristotélica de que tudo tende para um bem, como expressa logo a abrir a Ética Nicomacaeia: *πᾶσα τέχνη καὶ πᾶσα μέθοδος, ὁμοίως δὲ πρῶξις τε καὶ προαίρεσις, ἀγαθοῦ τινὸς ἐφίεσθαι δοκεῖ: διὸ καλῶς ἀπεφίηναντο τὰγαθόν, οὗ πάντ’ ἐφίεται.*

Se é ao bem que visamos a vida, não é um bem descontextualizado e sem o Outro. Por isso, o desenvolvimento de uma deliberação implica, necessariamente, ser *com o outro, pelo outro* (*avec et pour l’autre*). Assim o juízo ético desenvolver-se-á em três esferas que correspondem, também elas, a três tempos (ou momentos) da deliberação: as esferas interpessoais, profissionais e socioculturais e que se traduzem em três níveis éticos: “les trois niveaux téléologique, déontologique et sapiential” (Ricoeur, 1996, p. 31) (Cf. por exemplo, Paul Ricoeur, “Les trois niveaux du jugement médical. In: *Esprit*, n. ° 227 (12) (1996), 21-33).

O primeiro nível, o teleológico, que Benaroyo define como um nível de mediação social, é aquele em que se desenvolve um pacto interpessoal, que Ricoeur apelida de *pacte de confiance* (Ricoeur, 1996, p. 22). Se por um lado o sofrimento (*souffrance*) afecta e desorganiza a realidade do doente, por outro lado “la médecine est l’une des pratiques basée sur une relation sociale pour laquelle la souffrance est la motivation fondamentale” (Ricoeur, 1996, p. 23). Assim, nesta relação doente-médico estabelece-se uma *aliança terapêutica* que visa o bem, isto é, a eliminação da doença: “Le pacte de soins devient ainsi une sorte d’alliance scellée entre deux personnes contre l’ennemi commun, la maladie” (Ricoeur, 1996, p. 23).

O segundo momento, corresponde ao *stade de l’agir scientifique* que atrás definimos: são postos em cena os meios técnicos necessários para a eliminação da doença. Este momento deontológico tem como funções, segundo Ricoeur, a univer-

salização (isto é, “*d’universaliser* (Em itálico no original) des préceptes relevant du pacte de soins qui lie patient et médecin” (Ricoeur, 1996, p. 25)), a conexão (“C’est en faisant de la place tenue par chaque norme à l’intérieur du code de déontologie une partie de sa signification, que le code professionnel exerce sa fonction de connexion à l’intérieur du champ déontologique” (Ricoeur, 1996, p. 27), e a função de arbitrar os conflitos.

O terceiro momento, que Ricoeur qualifica de propriamente prudencial, corresponde à restauração do *pouvoir-être* do doente. Trata-se, de acordo com Benaroyo de um “moment langagier faisant appel à la *concertation*, la *réflexion*, le dialogue *interdisciplinaire*” (Benaroyo, p. 82).

É a partir desta estrutura, que já vinha a ser desenvolvida por Benaroyo, que entra uma nova dimensão, e que o autor reclama de Emmanuel Levinas: se a relação de confiança é “condition première de la relation de soin”, como Ricoeur afirma (“*pacte de soins basé sur la confiance*” (Ricoeur, 1996, p. 23, em itálico no original), esta confiança nem é um dado adquirido e está sempre ameaçada (Ricoeur, 1996, p. 23). Assim, Benaroyo propõe olharmos para a ética da responsabilidade de Levinas como momento fundador de um outro tipo de confiança, aquela que provém da *alteridade* do outro face ao médico: “accepter la profonde altérité de son patient, qui s’exprime à travers son “visage” et à travers la vulnérabilité qui y est associée” (Benaroyo, p. 84). Esta ética da responsabilidade apela a um acolhimento, a uma hospitalidade do cuidador que permite o “dialogue entre deux vulnérabilités” (Benaroyo, p. 85.).

Chega assim, Benaroyo, à formulação de uma sabedoria prática que se constitui, para o autor, como uma ética da responsabilidade e do cuidado, com 4 momentos essenciais:

- o momento do despertar para o sofrimento do outro, marcado pela alteridade irreduzível;
- o momento da mediação social, correspondente ao momento teleológico de Ricoeur;
- o momento propriamente bioético, isto é, aquele em que se põem em acção os meios técnicos apropriados;
- e o momento da restauração personalizada.

Acrescenta Benaroyo, ainda que brevemente, que estes momentos que são momentos da relação clínico-doente, cruzam-se com as organizações, e isso, implica, como já bem Ricoeur chamava a atenção, uma ética organizacional que realize instituições justas.

Sendo um texto síntese é natural que certas problemáticas não sejam levantadas mas vemos como problemáticas as seguintes questões: 1) Sendo um texto de reconfiguração recente, não se percebe a utilização do texto já bastante datado de Canguilhem para a reflexão sobre doença e saúde, ou sobre o normal e o patológico. Na verdade, estamos mais próximos de uma visão do humano em que esse confronto não

se faz como se se tratasse de contrários. Leva, aliás, a uma configuração do cuidado enganadora: aquela em que existe um momento de restauração. Compreende-se, na visão de um médico, que se procure um cuidado que, de alguma forma, volte a dar as condições anteriores. Mas o cuidado, nos tempos em que vivemos, vai estar mais direccionado para doenças em que a restauração, a recuperação, não está presente. Mais do que a passagem do patológico ao normal, teremos de apostar numa visão do humano em tensão doença-saúde, e os momentos terapêuticos são, então, constantes. Acontece isso em casos como o cancro, mas também nas cada vez mais frequentes doenças do foro da saúde mental, e naquela faixa da população que exigirá cuidados mais constantes, acima dos 65 anos; 2) é necessário repensar as possibilidades técnicas em confronto com a autonomia do doente. Por isso, em Portugal como noutros países, é possível fazer um Testamento Vital que pode limitar a acção dos meios técnicos e terapêuticos, ainda que o médico os considere apropriados. Esse momento de autonomia vital terá de estar plasmado em qualquer pensamento sobre o cuidado (terapêutico ou não). 3) Parece-nos que a reflexão sobre o que são instituições éticas (ou justas) quando se fala do cuidado implica uma abertura maior à cidadania consciente e afirmativa. Sabemos bem que depois de momentos terapêuticos nos hospitais, as pessoas mais velhas tendem a ser cuidadas em ambientes estruturalmente deficientes e deficitárias em termos de compreensão, numa sociedade cada vez mais virada para a pura actividade, e relegando o não-activo (seja ele doente ou não) para essas estruturas. A compreensão do cuidado sem esta dimensão socio-política diminui qualquer capacidade de restauração, de “pouvoir-être” da pessoa cuidada. Vê-se isso, por exemplo, no espaço público, em que apenas em situação de crime se fala nas situações de estruturas cuidadoras. 4) Por fim, a relação terapêutica que Benaroyo aqui nos apresenta é, ainda, devedora de uma estrutura da saúde em que o médico é o actor principal. Na verdade, sendo obviamente central, não é apenas o médico que está nos cuidados terapêuticos. Antes, estes constituem-se, cada vez mais, como sendo prestados por equipas interdisciplinares onde cada um tem o seu lugar.

João Emanuel Diogo

Doutorando. Universidade de Coimbra – Faculdade de Letras

joaoediogo@gmail.com

ORCID: 0000-0002-530-6800

DOI: https://doi.org/10.14195/0872-0851_63_9