

# A ética da ética clínica: reflexões críticas em face da diversidade moral

*The ethics of clinical ethics: some critical reflections in the face of moral diversity*

H. Tristram Engelhardt Jr.\*

**RESUMO:** Se o pluralismo moral é real e irreduzível, como se poderia determinar a ética em que os eticistas clínicos seriam especialistas? Se há uma pluralidade de compreensões e relatos bioéticos e morais, podem ser os eticistas clínicos mais do que especialistas em divergências bioéticas e morais? Como o reconheceu G. W. F. Hegel (1770-1831), a tentativa de Immanuel Kant (1724-1804) de fundar uma moralidade concreta na razão malogrrou em dar uma resposta adequada à profundidade da crise moral fundadora, reconhecida por figuras do Iluminismo como David Hume (1711-1776). Em consequência, a ética da ética clínica deve ser criticamente reavaliada. Considerando o caráter do pluralismo moral concreto, a ética clínica dominante de uma comunidade política específica deve ser entendida como uma particular ética, para uma também particular ética clínica, que conseguiu se estabelecer legalmente e em políticas públicas vigentes na prática. O resultado é a desmoralização dessa ética para a ética clínica: seu valor para a comunidade política mais ampla não tem caráter moral, mas legal. Uma ética para a ética clínica só pode manter sua significação moral localmente, nos termos de uma comunidade moral particular, em geral, não localizada geograficamente, comunidade que é uma dentre uma pluralidade de outras comunidades dotadas de sua própria ética. Por fim, segue-se dessas questões que não se deve criar a expectativa de uma ética global para uma ética clínica, mas o estabelecimento, por distintas comunidades políticas, de éticas clínicas particularizadas, de modo que seria deveras apropriado que a China estabelecesse para sua ética clínica uma ética que afirmasse o consentimento orientado para a família, e não para o indivíduo, em casos de tratamento de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ética. Moral. Diversidade.

**ABSTRACT:** If moral pluralism is real and intractable, how can one determine the ethics regarding which clinical ethicists can have expertise? If there exists a plurality of moral and bioethical understandings and accounts, how can it be that clinical ethicists can be anything more than experts about moral and bioethical disagreement. As G.W.F. Hegel (1770-1831) recognized, Immanuel Kant's (1724-1804) attempt to ground a concrete morality in reason failed adequately to respond to the depth of the foundational moral crisis that Enlightenment figures such as David Hume (1711-1776) recognized. As a consequence, the ethics of clinical ethics must be critically re-assessed. Given the character of embodied moral pluralism, the dominant clinical ethics in a particular polity should be understood as that ethics for that clinical ethics that succeeded in being established at law and in enforceable public policy. The result is the demoralization of this ethics for clinical ethics: its force for the polity at large is not moral but legal. An ethics for clinical ethics can only retain its moral significance locally within the compass of a particular, usually non-geographically-located, moral community that is one among a plurality of other communities with their own ethics. Finally, from this state of affairs it follows that one should not expect a global ethics for clinical ethics, but that various polities will establish different ethics so that it will be quite proper for China to establish an ethics for its clinical ethics that affirms family-oriented, not individually-oriented consent for medical treatment.

**KEYWORDS:** Ethics. Morale. Diversity.

## DESMORALIZAÇÃO, LOCALIZAÇÃO E PLURALIDADE: REPENSAR A ÉTICA

A natureza da ética na consultoria ética de tratamento de saúde, e da ética clínica em geral<sup>a</sup>, qual um emaranhado. Isso se deve ao fato de não ser claro qual ética deveria constituir a ética da consultoria ética de tratamento de saúde, ou como se deveria determinar o que ela é. Esse estado de coisas decorre em larga medida do fato de a natureza da moralidade secular não ser aquilo que em geral se supõe considerando a síntese intelectual da Alta Idade Média ocidental nem os pressupostos intelectuais da modernidade e do Iluminismo<sup>b</sup>. Contrariando as expectativas alimentadas,

não há moralidade secular comum. Do mesmo modo, não há argumentos racionais sólidos para determinar qual, entre as várias moralidades seculares particulares, é canônica para poder identificar a ética que deve fundamentar a ética clínica, assim como não é possível, diante da irreduzível diversidade moral, simplesmente agir como se fosse possível saber o que é ser moral ou praticar a ética, incluindo o trabalho na ética clínica. O pluralismo moral nos impede de prosseguir como se esperava. Também não se pode simplesmente agir como se os fundamentos não importassem, como se não se precisasse identificar alguma moralidade secular como normativa ou, como resultado, passar pela reformulação radical do sentido da moralidade secular, da bioética e da

\* Rice University/Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

ética da consultoria ética de tratamento de saúde. Nem vai ser suficiente alegar que há algum consenso ou um consenso mais amplo, uma vez que está claro que nem todos concordam em questões morais ou sobre como e por que um consenso poderia indicar qual moralidade é canônica. E também não está claro como comunidades de consenso díspares poderiam, ao aceitar um consenso mais amplo sobre o caráter material de seus juízos em casos particulares, deixar de lado os desafios advindos do pluralismo moral<sup>1,2</sup>. Não bastam tentativas de negar as conseqüências do pluralismo moral ou a ausência de fundamentos, pois há na verdade divergências morais substantivas. Em especial, nos casos de consultoria ética de tratamento de saúde e, de modo mais geral, de ética clínica, precisa-se saber que ética a ética clínica deve acolher, e qual a força dessa ética.

Este ensaio reconsidera criticamente o caráter da consultoria ética de tratamento de saúde diante desses desafios. Antecipando-me, resumo as conclusões a que levam essas reflexões. A primeira conclusão é que a ética secular geral dos consultores éticos de tratamento em qualquer comunidade política particular não é uma ética no sentido de ética moralmente canônica. Trata-se, antes, da ética cujos proponentes conseguiram, nesse lugar particular, estabelecer legalmente e pôr em vigor nas políticas públicas de saúde. Assim, para os que não são proponentes de sua normatividade moral, sua normatividade é meramente legal. Para não membros da comunidade moral que apoiam essa ética, o erro da violação do que ela exige se reduz às penalidades legais envolvidas, consideradas à luz da probabilidade de sua real imposição, a não ser que os indivíduos envolvidos tenham alguma razão moral independente para cumprir a lei<sup>c</sup>. Como a ética geralmente estabelecida para a consultoria ética numa sociedade particular é a ética legalmente estabelecida, o principal papel dos consultores éticos é o de quase-advogados. É por isso que, tal como advogados, os consultores éticos de cuidados de saúde dão conselhos legais, ajudam na administração de riscos e tentam a mediação entre partes em disputa. É raro que deem orientações moralmente normativas.

Mas, como segunda conclusão, as várias éticas da ética clínica mantêm de fato seu significado moral, porém apenas localmente, isto é, em uma comunidade moral particular que não costuma ser localizada geograficamente<sup>d</sup>. A ética da ética clínica só é diretamente normativa em termos morais para quem vive no âmbito do agregado particular de intuições morais fundadas por uma narra-

tiva moral particular que endossa essa ética. Localmente, esse *ethos* é vivido como uma ética que impõe obrigações morais, embora os partidários dessa moralidade ou ética não possam estabelecer sua validade universal ou *status* moral canônico mediante argumentos racionais sólidos. Para quem não é de uma dada comunidade moral particular, a moralidade e a ética clínica de outra comunidade, como moralidade local, será no máximo um mundo da vida moral alternativa. Quando é estabelecida por lei, uma ética tem para seus proponentes, além de valor e força morais, valor e força legais. Como resultado, essa ética, em seu âmbito geral, é desmoralizada no sentido de ser reduzida a seu significado legal, ainda que localmente mantenha força moral. Essas diferenças na força da ética da ética clínica são fonte de não pouca ambigüidade.

Esse estado de coisas que redundava na aludida desmoralização leva a uma terceira conclusão: em termos seculares gerais, é perfeitamente aceitável que diferentes comunidades políticas estabeleçam diferentes éticas para sua ética clínica. Em vez de bases para uma única ética global na consultoria ética de tratamento de saúde, pode-se avaliar porque, em distintas culturas, diferentes éticas sejam a ética da ética clínica estabelecida. Embora na Califórnia a ênfase possa recair sobre a autonomia do paciente nas decisões de tratamento médico, a clínica ética da China tem plenas justificativas para afirmar a autonomia da família em vez da autonomia do paciente<sup>e</sup>.

## **A PLURALIDADE DE ÉTICAS DA ÉTICA CLÍNICA**

Não há uma moralidade comum partilhada por todos. Discordamos sobre quando é lícito, proibido ou obrigatório fazer sexo, reproduzir, transferir propriedade ou tirar uma vida humana. Esses desacordos se refletem em debates políticos, disputas sobre políticas públicas e controvérsias morais quanto à moralidade dos casamentos homossexuais, da reprodução extraconjugal, do pagamento de impostos a Estados, do Bem-Estar Social e da moralidade desses Estados e das democracias sociais, bem como da propriedade da pena capital. Esses desacordos morais também se refletem em debates bioéticos sobre a adequação do aborto, do uso de gametas doados na reprodução, da alocação de recursos para assistência em saúde determinada pelo governo, do suicídio assistido por médico e da eutanásia. Segue-se desse estado de disputas

substantivas irredutíveis que não há uma bioética ou ética globais para uma ética clínica global<sup>3</sup>, mas também que o caráter da ética clínica é questionado devido à obscuridade quanto a que ética deveria orientar a ética clínica. Não há uma moralidade comum partilhada por todos. Não partilhamos de um sentido comum do moralmente racional ou mesmo do politicamente razoável.

Discordamos, não só quanto a questões morais, mas também quanto à natureza da própria moralidade. Uma ética que concebe a ética simplesmente como a busca do prazer e o evitar da dor difere radicalmente de uma ética centrada em ser digno da felicidade em função de um agir consoante com condições de ação correta. Devemos lembrar que Immanuel Kant sustentou que os utilitaristas sequer têm uma moralidade, no sentido de que se concentram apenas em conseguir algum bem e, assim, não contemplam a questão de saber se os agentes morais são dignos de censura ou elogio. Ademais, os utilitaristas nem mesmo reconhecem, como o sustentariam os deontologistas, que haja condições de ação correta prévias ao bem e a ele não redutíveis. Mesmo quanto a alcançar o bem, não há acordo nem base para um acordo fundado na razão com referência à natureza do bem. Porque, para entender qual o bem que se deve buscar, tem-se de ter um ponto de vista comum sobre esse bem. Contudo, isso exigiria, ainda que tivéssemos sólidos argumentos racionais para ser um utilitarista da preferência, que também soubéssemos comparar preferências racionais com passionais, bem como saber como reduzir o peso de preferências ao longo do tempo. Mesmo no caso de o bem alcançar o florescimento humano, mediante a concretização da liberdade, da igualdade, da prosperidade e da segurança, ainda nos seria necessário saber como avaliar esses bens hierarquicamente. Para fazê-lo, ainda precisaríamos de uma perspectiva moral canônica, de um arcabouço definitório de uma teoria “fina” do bem (*thin theory of the good*) ou uma concepção canônica do caráter adequado da moralidade.

A dificuldade é saber que perspectiva moral é canônica, já que cada uma delas vem de um sentido particular da racionalidade moral, uma teoria “fina” do bem específica, um relato particular da racionalidade política. Por exemplo, em *Uma Teoria da Justiça*, Rawls invoca a teoria “fina” do bem capaz de garantir as conclusões que ele deseja. Ele confere às partes envolvidas em sua posição original a teoria “fina” do bem, que os leva a endossar sua concepção de justiça<sup>4</sup>. Mas uma teoria “fina” do bem que

desse prioridade à segurança e depois à prosperidade, e só então à liberdade e à igualdade, justificaria um sistema de política social como o encontrado na moralidade dominante e no sentido do politicamente razoável que fundamenta Singapura (que equivale a um Estado capitalista unipartidário). Essa concepção do moralmente racional e do politicamente razoável é bem distinta da versão social-democrata adotada por Rawls. Isso ocorre, entre outros motivos, porque o dispositivo de exposição da posição original no livro de Rawls independe do conteúdo concreto que ele deseja endossar. Para que haja conteúdo aí, tem-se de introduzir um sentido moral particular, uma teoria “fina” do bem, ou uma racionalidade moral para guiar as partes hipotéticas. O problema é como justificar que sentido moral, a teoria “fina” do bem ou concepção do moralmente racional ou politicamente razoável deveria ser introduzido. Mais uma vez, determinar que sentido moral, teoria “fina” do bem, ou concepção do moralmente racional ou politicamente razoável deveria ser introduzido não é possível sem fazer uma petição de princípio, argumentar em círculos ou entrar na regressão ao infinito. No horizonte do finito e do imanente, toda tentativa de estabelecer a racionalidade moral plena de conteúdo canônico ou aquilo que é politicamente razoável, de modo a ter condições de endossar uma moralidade, uma bioética ou uma ética clínica argumentada em círculos, faz petição de princípio ou entra na regressão ao infinito, porque se tem de, antes de fazê-lo, fornecer premissas básicas e regras de evidência particulares<sup>5</sup>.

Muitos têm recorrido a várias estratégias para negar ou obscurecer os desafios representados pela diversidade moral irredutível. Essas estratégias vão da afirmação da existência de um suposto consenso moral mais amplo, que supostamente poderia sancionar como canônica uma moralidade particular, à afirmação, diante da diversidade moral, da existência de uma suposta moralidade prática comum que poderia ao menor permitir que se decida sobre a natureza de casos clínicos específicos. Todas essas estratégias para evitar enfrentar honestamente nosso pluralismo moral irredutível fracassam por causa de uma real divisão moral, e quando pode haver um acordo quanto aos elementos materiais da natureza de um caso específico, os que concordam entre si permanecem separados por diferentes compreensões formais do sentido desse acordo. Logo, não se pode fazer que o acordo seja generalizado para outros casos. Assim como podem haver acordos fortuitos entre uma abordagem herbalista e o paradigma mé-

dico científico estabelecido quanto ao uso do quinino no tratamento da malária, acordo que, devido às divergências entre essas abordagens teóricas, não pode ser generalizado para outras decisões de tratamento, assim também aqueles que têm uma concepção moral como a da teoria “fina” do bem, de Rawls, e aqueles que agem segundo o paradigma secular dominante de Singapura podem, em alguns casos, chegar a um acordo em termos de direitos de propriedade, mas discordar em outras circunstâncias em função do fato de, entre outros aspectos, a abordagem moral de Singapura rejeitar a ideia de dar prioridade à justa igualdade de oportunidades<sup>5,6</sup>. Além disso, há uma grave morbidade, e quem sabe até morte de pessoas com malária, em casos de tratamento impróprio, de uma maneira independente da teoria que é mais evidente do que elementos referentes a quaisquer supostos fatos morais. O pluralismo moral é de fato irreduzível, e dá nova forma aos fatos morais envolvidos, como ocorre por exemplo ao se determinar se extremos de riqueza em uma sociedade que não redundem em benefícios aos mais necessitados são injustos ou, em vez disso, louváveis indicações de que se honram um mercado e direitos de propriedade robustos.

Disso resulta que a reflexão moral e a ética da ética clínica se fragmentam em uma pluralidade de moralidades, com suas distintas bioéticas e éticas de consultoria ética de tratamento de saúde. Não havendo uma perspectiva moral secular independente de um contexto, há concepções morais substantivamente distintas acerca de questões morais cardinais e nenhuma posição neutra a partir da qual oferecer uma solução final e canônica. Assim, como discordamos com relação a premissas morais e regras de evidência fundacionais, não podemos oferecer um terreno independente capaz de estabelecer uma moralidade, uma bioética ou ética clínica particular como sendo canônica. Logo, estamos diante de uma pluralidade de moralidades, bioéticas e éticas clínicas constituídas a partir de distintas intuições morais, inseridas em distintas narrativas morais, todas elas flutuando como concepções independentes no horizonte do finito e do imanente, sem uma âncora de base, seja em argumentos racionais sólidos ou no ser. Como não há uma perspectiva moral independente de contexto, o pluralismo moral é irreduzível. Disso resulta a impossibilidade de uma moralidade global, uma bioética global ou uma ética global para a ética clínica<sup>8</sup>.

No contexto do reconhecimento emergente de que em última análise a moralidade, a bioética e a ética clínicas seculares não têm um fundamento, podemos avaliar a

aceitação por Tom Beauchamp da marginalização das reflexões teóricas, e especialmente fundacionais, no campo da bioética. Na medida em que a teoria moral aspira a oferecer fundamentos mediante argumentos racionais sólidos passíveis de mostrar por que uma moralidade e um relato da moralidade particulares deveriam ser canônicos, e como esse projeto é impossível sem um acordo prévio acerca de premissas e regras de evidência fundacionais, não há como oferecer fundamentos conclusivos. A teoria se torna não apenas inútil, mas também contraproducente para partidários de moralidades, bioéticas e éticas clínicas particulares, pois a exploração da teoria, ao desvelar a ausência de fundamentos, põe em questão a coerência da bioética, inclusive daquela de que eles são partidários. Eis por que é de esperar que Tom Beauchamp reconheça a irrelevância da teoria bioética para a bioética: “espero que esta teoria (moral) como parte da paisagem da bioética dentro em breve, pois não atende a nenhum propósito útil” (p. 210)<sup>7</sup>. Nesse sentido, podemos entender melhor as observações de outra maneira surpreendentes de Beauchamp sobre não saber o significado de “autonomia”:

Permanece obscuro o que há na autonomia que devemos respeitar, e o mesmo ocorre com o que significa “respeitar”. O mais obscuro é o modo como a prática é afetada por uma teoria da autonomia. A literatura contemporânea da bioética não contém uma teoria da autonomia que descreva sua natureza, suas implicações morais, seus limites, de que modo o respeito à autonomia difere (se difere) do respeito às pessoas etc. (p. 214)<sup>7</sup>.

Tudo isso indica que a moralidade e a bioética, bem como a ética da ética clínica, são sempre mais reconhecidas como apartadas de todo fundamento justificativo. As várias moralidades, bioéticas e éticas clínicas seculares podem na melhor das hipóteses ser reconhecidas como concepções morais independentes, sem fundamentos garantidores.

## **A DEFLAÇÃO E A LOCALIZAÇÃO DA MORALIDADE E DA BIOÉTICA**

Como as moralidades, bioéticas e éticas clínicas seculares, bem como relatos da moralidade, da bioética e da ética clínica são irreduzivelmente plurais fora da comunidade daqueles que acatam uma moralidade, uma bioética

e uma ética clínica particulares, essa pluralidade de perspectivas normativas tende a provocar uma deflação dessa moralidade, bioética ou ética clínica particulares. Dada sua diversidade irreduzível, essa diversidade de moralidades, bioéticas e éticas clínicas passam a ser consideradas estilos de vida morais, ou bioéticos, alternativos. Por exemplo, as escolhas referentes a modalidades de satisfação sexual, questões reprodutivas, incluindo o uso de gametas de doadores e o aborto, bem como a eutanásia e o suicídio assistido por médico, passaram a ser amplamente deflacionados, na cultura secular dominante, como questões legítimas de escolha de estilo de vida e estilo de morte. Mas essa mesma deflação ameaça afirmações de autonomia, a igualdade, a justa igualdade de oportunidades, a dignidade humana e os direitos humanos. Vemo-nos diante da irônica circunstância de que, tal como um discurso secular de autonomia humana universal, a igualdade, a justa igualdade de oportunidades, a dignidade humana e os direitos humanos passaram a chamar a atenção. Torna-se cada vez mais claro que não há bases nas quais fundar alegações particulares acerca da autonomia, da igualdade, da justa igualdade de oportunidades, da dignidade humana e dos direitos humanos como canônicos ou como reflexo de uma perspectiva moral canônica universal.

Tudo isso decorre da perda da plausibilidade secular geral de um fundamento último ou de uma perspectiva fundacional. No âmbito da filosofia moral antes de David Hume (1711-1776), uma perspectiva advinda de Deus era em geral aceita, na reflexão moral, como necessária para garantir racionalmente uma moralidade de validade universal. De Aristóteles (384-322 a.C.) a Descartes (1596-1650 d.C.), Spinoza (1632-1677 d.C.), Leibniz (1646-1716 d.C.) e mesmo Kant (1724-1804), essa perspectiva, ou ao menos a ideia de Deus, era afirmada por razões filosóficas que tinham que ver com as preocupações religiosas. Invocava-se de uma perspectiva com relação à qual se podia ao menos conceber um relato definidor, sócio-historicamente incondicionado, da moralidade. Quando surgiu o discurso dos direitos humanos, estava criado o cenário para uma cultura secular dominante que viria a abandonar toda perspectiva centrada em Deus, pondo em questão o *status* canônico das afirmações morais a partir do Iluminismo e da Revolução Francesa. Quando se passa a fazer alegações seculares universais acerca da autonomia, da igualdade, da justa igualdade de oportunidades, dos direitos humanos e da dignidade humana, também estava ficando mais cla-

ro que todas essas alegações têm conteúdo plural, sócio-historicamente condicionado, e, à luz de um postulado metodológico secular, de significado deflacionado, porque tem-se de tratar tudo como se surgido do nada, indo para lugar nenhum, e sem qualquer sentido último.

A pluralidade e a deflação e desmoralização das moralidades, das bioéticas e das éticas clínicas, inevitáveis, têm relação com o próprio caráter das moralidades seculares. A cultura que veio a ser a cultura secular dominante contemporânea começou a se destacar na época do Iluminismo, graças a figuras como Hume, Diderot (1713-1784) e o Barão Pierre-Henri d'Holbach (1723-1789), ainda que só tenha se tornado uma característica central e proeminente do Ocidente depois da Revolução Francesa. Os argumentos de Hume deixaram a ética, e, por conseguinte, a bioética e a ética clínica, como algo no máximo fundado em simpatias e sentimentos contingentes integrados por hábitos igualmente contingentes. Os sentimentos morais, nesse contexto, seriam simplesmente dados, e, como tais, não tinham um caráter necessariamente normativo em termos morais. Não se podia demonstrar que os sentimentos morais estivessem fundados em um arcabouço de reflexão filosófico-moral canônico que se aplicasse obrigatoriamente a todas as pessoas. Se as alegações morais carecem de âncora metafísica no ser, e se a racionalidade moral é irreduzivelmente plural, não há para a moralidade algum conteúdo necessário ou canônico. O conteúdo de toda moralidade, bioética ou ética para a ética clínica particulares é assim contingente.

Kant desenvolveu seu relato maduro da filosofia moral como reação à crise iminente que Hume ameaçava causar aos fundamentos morais da moralidade cristã europeia ocidental, algo que em algum momento provocaria uma crise na bioética. Mesmo depois da Reforma e da Renascença, essa moralidade continuou a fundar-se em pressupostos sobre a ancoragem da moralidade, se não no ser, ao menos em uma racionalidade moral universal<sup>8</sup>. Kant percebeu que o ceticismo iluminista como relação à metafísica tradicional questionava tudo isso. Em seu trabalho crítico, ele agiu para salvar uma versão secularizada da moral cristã do colapso que poderia advir da separação entre a moralidade e a razão e a moralidade e o ser<sup>8</sup>. Kant tentou oferecer uma defesa da moralidade dos escolásticos cristãos, ainda que, agora, articulada em termos da virada kantiana do ser para o sujeito e, no caso da moralidade, do ser para o agente. Sua revolução copernicana foi, em termos de sua força e caráter, uma virada ptolomaica. Ela propõe considerar sujeitos cog-

noscentes e atores como a base de alegações sobre a realidade fenomênica e a moralidade. Ao fundar a realidade no sujeito cognoscente e a moralidade no agente, Kant tentou evitar o colapso da moralidade ocidental dominante sob o peso da crítica de David Hume a alegações de acesso tanto à realidade *per se* ou ao direito natural. Podem-se evocar as alegações clássicas, de meados do século XVIII, de William Blackstone's (1723-1780), alegações que as reflexões de Hume tentaram solapar. Refiro-me ao seguinte: “sendo coetânea com a humanidade e ditada pelo próprio Deus, a lei da natureza é sem dúvida superior em termos de obrigação a quaisquer outras. Ela se aplica a todo o globo em todos os países em todas as épocas; *nenhuma lei humana tem alguma validade se vier a se opor a isso*” (v.1, p. 41)<sup>9</sup>. Kant avaliou que a separação da realidade *per se* invocada pela crítica de Hume à metafísica levava a uma radical deflação da moralidade. Kant, provavelmente ateu<sup>h</sup>, reconheceu que, à falta de uma perspectiva voltada para Deus, capaz, ao menos em princípio, de estabelecer como canônico algum ponto de vista moral específico, bem como de fazê-lo vigir, a moralidade não teria conteúdo canônico *sui generis*, nem teria capacidade absoluta de impor-se a todas as pessoas em oposição a preocupações com a prudência. Realizava-se assim a deflação da concepção tradicional de moralidade (e, por implicação, da concepção de bioética e ética clínica dos anos 1970). Além disso, Kant reconheceu que, sem Deus e a imortalidade, não haveria bases definidas e singulares para a moralidade se sobrepor sempre à prudência.

Deve-se recordar que Elizabeth Anscombe (1919-2001) acentuou esse último ponto, concentrando-se na ameaça de deflação da força da moralidade. Sem Deus e a imortalidade, aquele que age imoralmente se assemelharia de certo modo como quem seria denominado criminoso “caso a noção de ‘criminoso’ permanesse depois da abolição e do esquecimento do direito e das cortes criminais” (p. 6)<sup>10</sup>. O ato imoral teria reduzido seu significado a algo análogo a agir ilegalmente na ausência de polícia, tribunais ou prisões para identificar e punir atos ilegais. De um lado, Kant afirmou que Deus é a base de uma moralidade *sui generis* que lhe permitia alimentar a esperança de fundar a moralidade em uma concepção *sui generis* da racionalidade moral. De outro lado, ele reconheceu não só a existência de Deus como também a da imortalidade não como motivações para agir moralmente, mas como elementos garantidores da coerência ou racionalidade da moralidade. Somente se Deus existisse e se

houvesse imortalidade, o agir moral seria sempre racional, em vez de ser racional agir imoralmente em circunstâncias específicas na busca de vantagens para si e/ou de pessoas que constituíssem o objeto de nossas principais preocupações. Em consequência, Kant atribuiu a Deus um lugar central em seu relato do reino dos fins<sup>i</sup>, alegando que a existência de Deus e a da imortalidade tinham de ser aceitas como postulados da razão prática<sup>j</sup>. Kant buscou defender uma escolástica bem tardia e uma precursora da esperança filosófico-moral moderna a fim de assegurar uma moralidade canônica que sempre se sobrepujasse a questões de prudência.

G.W.F. Hegel (1770-1831) não aceitava o postulado teísta de Kant. Em seu lugar, Hegel afirmou o equivalente a uma invocação de um postulado ateuista cuja invocação passa a marcar o caráter da cultura secular agora dominante. Ele agiu como se não existisse um Deus transcendental. Hegel considerava o projeto filosófico-moral de Kant como sendo em princípio impossível<sup>k</sup>. Depois de Deus e da metafísica, a razão não podia encontrar uma perspectiva independente a partir da qual estabelecer para a moralidade um fundamento ou âncora a-histórico, metafísico (um projeto metafísico nascido da Idade Média cristã ocidental). Hegel já estava avaliando esses desenvolvimentos ao falar, em 1802, da “morte de Deus”<sup>l</sup>. Na compreensão de Hegel, o núcleo intelectual de vanguarda da cultura europeia adotara um discurso que era “depois de Deus” e “depois da metafísica”. Nem podia a razão estabelecer um conteúdo canônico ímpar, não condicionado historicamente, para a moralidade, ou, olhando para o futuro, para a bioética como um fato da razão<sup>m</sup>. Hegel afirmou aquilo que Kant temera. Reconheceu, como o fizera Hume, que não temos acesso à realidade *per se* e que, portanto, na cultura secular estamos depois de Deus e depois da metafísica. Afirmou que não há compreensão secular partilhada da qual “nós” sejamos o “nós” autorizado para definir o ponto de vista moral e, em consequência, uma bioética canônica ou uma ética canônica para a ética clínica.

Como Hegel também reconheceu, toda moralidade concreta é um composto contingente, historicamente condicionado, de *Sittlichkeiten* (eticidades). O que Hegel avaliou foi que, como a cultura dominante está carente de uma âncora em Deus e/ou na metafísica, toda moralidade secular é em princípio uma dentre uma pluralidade de moralidades, bioéticas e éticas para a ética clínica. Cada uma delas é constituída a partir de uma perspectiva hu-

mana diferente, condicionada sócio-historicamente. Assim, como não dispõem de um fundamento último, os relatos morais seculares são necessariamente contingentes e historicamente condicionados<sup>9</sup>. Hegel entendia que as moralidades seculares, a bioética e a ética clínica não podiam ser nada mais do que narrativas morais sócio-históricas particulares que sustentam conjuntos específicos de intuições morais fluando como relatos independentes no horizonte do finito e do imanente. Essas perspectivas seculares contrastam com asserções acerca dos requisitos morais de um relato em termos de ordens Divinas, que mesmo um ateu pode reconhecer como supostamente ancoradas no ser, embora essas alegações sejam avaliadas criticamente pelo ateu e consideradas falsas<sup>9</sup>. A contingência e falta de fundamento das várias moralidades seculares têm amplas implicações para a força de alegações normativas feitas pela moralidade secular dominante contemporânea sobre questões como o significado moral da autonomia, da igualdade, da justa igualdade de oportunidades, bem como dos direitos humanos, da justiça social e da dignidade humana. Essas considerações pesam de modo especial contra a possibilidade de uma bioética secular global, bem como de uma ética global para uma ética clínica global.

Depois de Deus e depois da metafísica, a moralidade e a bioética seculares ser tornam aquilo que os expositores de uma cultura dominante específica de um lugar e uma época específicos dizem que são. Para Hegel, os filósofos da época são por definição os deuses no horizonte do finito e do imanente<sup>11</sup>. Depois da metafísica e depois de Deus, Hegel também avaliou que, na ausência de uma perspectiva divina última, o Estado oferece a perspectiva definitória. Tendo abandonado os postulados kantianos práticos da existência de Deus e da imortalidade, Hegel invocou o Estado não só para estabelecer legalmente uma moralidade, mas também para realizar no grau máximo possível, em uma sociedade particular, em um momento determinado, uma harmonia entre o reto e o bem, assim como a concretização de uma relação apropriada entre o valor da felicidade e a felicidade (ou seja, o Estado, e não Deus, pune e recompensa). É por esse motivo que Hegel entende o Estado como “a marcha de Deus através do mundo (*Es ist der Gang Gottes in der Welt, dass der Stadt ist*)”. O Estado se torna “o Deus real (*der wirkliche Gott*)”<sup>12</sup> (p. 279, §258 Zusatz). Diante da diversidade moral, *pace* Hegel, o Estado pode ser no máximo um *modus vivendi*<sup>13,14</sup>.

O diagnóstico feito por Hegel da cultura contemporânea e dos limites da moralidade e da bioética seculares também desvela o espaço moral para uma pluralidade internacional da ética estabelecida para a ética clínica. Como não há perspectiva secular privilegiada a partir da qual estabelecer uma moralidade canônica plena de conteúdo, e menos ainda uma ética ou bioética canônicas para a ética clínica, deparamos com a inevitabilidade de uma pluralidade de bioéticas e éticas para a ética clínica. Não se pode estabelecer uma moralidade particular plena de conteúdo, uma ética particular para a ética clínica, nem uma bioética particular como canônica. Diante do reconhecimento disso, Hegel viu a inevitabilidade de afirmar uma pluralidade de moralidades e bioéticas diferentes, e, por implicação, uma pluralidade de éticas para a ética clínica. Em princípio, esse estado de coisas abre espaço para uma moralidade chinesa, uma bioética chinesa e uma ética chinesa para uma consulta chinesa de ética clínica capaz de afirmar um consentimento esclarecido de tratamento médico centrado na família, e não no indivíduo<sup>15,16,17,18,19,20</sup>. Diferentes comunidades políticas podem estabelecer e provavelmente estabelecem diferentes éticas para suas éticas clínicas. Em vez de haver uma base para uma única ética global para a ética clínica, podemos avaliar por que, em diferentes culturas, diferentes éticas são a ética da ética clínica estabelecida. Embora na Califórnia a ênfase possa recair sobre a autonomia do paciente nas decisões de tratamento médico, a clínica ética da China tem plenas justificativas para afirmar a autonomia da família em vez da autonomia do paciente.

## **DESMORALIZAÇÃO, LOCALIZAÇÃO E PLURALIDADE MORAL**

Em suma, o caráter da consultoria ética de tratamento de saúde tem de ser reavaliado sob o enfoque do caráter de sua ética. A dificuldade para fazê-lo reside no fato de que a ética societal geral dos consultores de ética clínica não é uma ética no sentido de ética moralmente canônica. Em vez disso, a ética secular geral dessas consultorias é a ética cujos proponentes conseguiram, nesse lugar particular, estabelecer legalmente e pôr em vigor nas políticas públicas de saúde. Nessa condição, a ética estabelecida para a consultoria em ética clínica tem para os que não são proponentes de sua normatividade moral,

sua normatividade é meramente legal. Essa ética, em seu âmbito geral, é desmoralizada no sentido de ser reduzida a seu significado legal, ainda que localmente mantenha força moral. Como a ética legalmente estabelecida para a consultoria em ética clínica em uma sociedade específica é a ética legalmente estabelecida, o principal papel dos consultores de ética clínica é a de quase-advogados. Tal como advogados, os consultores éticos de cuidados de saúde dão conselhos legais, ajudam na administração de riscos e tentam a mediação entre partes em disputa. É raro que deem diretamente orientações moralmente normativas, dada a probabilidade de que isso parecesse uma provocação.

Contra esse pano de fundo, podemos avaliar por que a colagem de tarefas que constitui o papel dos consultores de ética do tratamento médico se saiu tão bem. Em sociedades marcadas pelo pluralismo moral, os eticistas clínicos ajudam no exame das implicações da ética legalmente estabelecida de ética clínica, podendo auxiliar médicos, enfermeiros, pacientes e famílias de pacientes em sociedades divididas por diferenças morais<sup>6,21,22,23,24,25</sup>. A ética de uma ética clínica particular só será normativa para quem vive no âmbito do agregado particular de intuições morais fundadas por uma narrativa moral particular que endossa essa ética. Localmente, esse *ethos* é vivido como uma ética que impõe obrigações morais, embora os partidários dessa moralidade ou ética não possam estabelecer sua

validade universal ou *status* moral canônico mediante argumentos racionais sólidos. A ética da ética clínica é ou uma ética local, como no caso da bioética de hospitais católico romanos em um Estado secular, ou uma ética local que conseguiu, mediante a força do Estado, estabelecer-se legalmente e ter vigência em políticas públicas de saúde.

Mal começamos a refletir sobre as implicações desse complexo estado de coisas no campo da bioética e da ética clínica. De um lado, não pode haver uma bioética, ou uma ética clínica, globais canônicas racionalmente fundadas. Do outro, os bioeticistas continuam a desempenhar o papel de pontos de vista morais e históricos particulares. De modo específico, os que desenvolvem consultoria ética de tratamento de saúde tendem a agir como expositores da ética que conseguiu estabelecer-se legalmente e ter vigência em políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a busca de fundamentos pode ser mais facilmente reconhecida como inútil, o que enfraquece o interesse pela teoria bioética que não para usá-la como recurso de exposição destinada a ajudar a estabelecer as implicações de uma concepção moral ou bioética específica. Estamos entrando em uma época na qual será necessária uma reavaliação crítica do significado e da força da bioética e da ética da ética clínica em sua condição de empreendimentos morais de caráter secular.

## REFERÊNCIAS

1. Bayertz K. The Concept of Moral Consensus: The Case of Technological Interventions into Human Reproduction. Dordrecht: Kluwer; 1994.
2. Engelhardt HT. Consensus formation. *Cambr. Q. Healthcare Ethics* 11 (Winter): 7-16; 2002.
3. Engelhardt HT. *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Salem, MA: Scrivener Publishing; 2006.
4. Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Belknap Press; 1971.
5. Engelhardt HT. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford; 1996.
6. Engelhardt HT. *Bioethics critically reconsidered*. Dordrecht: Springer; 2012.
7. Beauchamp TL. Does ethical theory have a future in bioethics? *J L Med Ethics*. 2004;32:209-217.
8. Engelhardt HT. Moral obligation after the death of God: Critical reflections on concerns from Immanuel Kant, G.W.F. Hegel, and Elizabeth Anscombe. *Soc Philos & Policy*. 2010;27(2): 317-340.
9. Blackstone W. *Commentaries on the Laws of England*. New York: August and Kelly; 1960.
10. Anscombe GEM. Modern moral philosophy. *Philosophy*. 1958;33:1-19.
11. Engelhardt HT, Pinkard T. *Hegel Reconsidered*. Dordrecht: Kluwer; 1994.
12. Hegel GWF. *Elements of the Philosophy of Right*, ed. Wood AW, trans. Nisbet HB. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
13. Engelhardt HT. Political authority in the face of moral pluralism: further reflections on the non-fundamentalist state. *Notizie di Politeia*. 2010;26(97):91-99.
14. Engelhardt HT. Religion, bioethics, and the secular state: Beyond religious and secular fundamentalism. *Notizie di Politeia*. 2010;26(97):59-79.

15. Cong Y. Doctor-family-patient relationship: The Chinese paradigm of informed consent. *J Med & Philos.* 1994;29(2):149-178.
16. Fan R. Self-determination vs. familydetermination: Two incommensurable principles of autonomy. *Bioethics.* 1997; 11:3&4 (July):309-322.
17. Fan R. Reconsidering surrogate decision-making: Aristotelianism and Confucianism on ideal human relations. *Philos East & West.* 2002;52:3:346-372.
18. Fan R. Which care? Whose responsibility? And why family? A Confucian account of long-term care for the elderly. *J Med & Philos.* 2007;32:495-517.
19. Fan R. The discourses of Confucian medical ethics. In: Baker R, McCullough L. *The Cambridge World History of Medical Ethics.* Cambridge University Press, Cambridge; 2009.
20. Fan R, Li B. Truth telling in medicine: The Confucian view. *J Med & Philos.* 2004;29(2):179-193.
21. Engelhardt HT. The ordination of bioethicists as secular moral experts. *Soc Philos & Policy.* 2002;19 (Summer):59-82.
22. Engelhardt HT. The bioethics consultant: giving moral advice in the midst of moral controversy. *Healthcare Ethics Comm Forum.* 2003;15(4):362-382.
23. Engelhardt HT. Credentialing strategically ambiguous and heterogeneous social skills. *Hospital Ethics Comm Forum.* 2009;21(3):293-306.
24. Engelhardt HT. Confronting moral pluralism in posttraditional Western societies. *J Med Philos.* 2011;36(3):243-260.
25. Engelhardt HT. Core competencies for health care ethics consultants. *HealthCare Ethics Comm Forum.* 2011;23(3):129-145.
26. Engelhardt HT. *The Foundations of Christian Bioethics.* Salem, MA: Scrivener Publishing; 2000.
27. Alora A, Lumitao JM. *Beyond a Western Bioethics.* Washington, DC: Georgetown University Press; 2001.
28. Fan R. *The Renaissance of Confucianism in Contemporary China.* Dordrecht: Springer; 2011.
29. Fan R. *Reconstructionist Confucianism.* Dordrecht: Springer; 2010.
30. Hoshino K. *Japanese and Western Bioethics.* Dordrecht: Kluwer; 1997.
31. Qiu RZ. *Bioethics: Asian Perspectives.* Dordrecht: Kluwer; 2004.
32. Clement of Alexandria. *The Stromata.* In: Roberts A, Donaldson J. *Ante-Nicene Fathers.* Peabody, MA: Hendrickson Publishers; 1994.
33. Kuehn M. *Kant: A Biography.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
34. Kant I. *Opus Postumum,* ed. E Förster, trans. E Förster, M Rosen. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
35. Hartmann K. Hegel: A non-metaphysical view. In: Hegel. A MacIntyre (pp. 101-124). Garden City, NY: Anchor Books; 1972.
36. Hartmann K. *Hegels Logik.* ed. O Müller. Berlin: Walter de Gruyter; 1999.
37. Hartmann K. *Studies in Foundational Philosophy.* Amsterdam: Rodopi; 1988.
38. Hartmann K. *Politische Philosophie.* Munich: Alber; 1981.
39. Hartmann K. *Die ontologische Option.* Berlin: Walter de Gruyter; 1976.
40. Hartmann K. *Die Marxsche Theorie.* Berlin: Walter de Gruyter; 1970.
41. Hartmann K. On taking the transcendental turn. *Rev Metaphysics.* 1966;20(2):223-249.
42. Kreines J. Between the bounds of experience and divine intuition. *Inquiry.* 2007;50(3):306-334.
43. Engelhardt HT. Kant, Hegel, and Habermas. *Rev Metaphysics.* 2010;63(4):871-903.
44. Hegel GWF. *Faith & Knowledge.* trans. W Cerf, HS Harris. Albany: State University of New York Press; 1977.
45. Hegel GWF. *Jenaer kritische Schriften.* In: *Gesammelte Werke.* v4. Hamburg: Meiner; 1968.
46. Kant I. *Critique of Practical Reason.* Trans. LW Beck. Indianapolis: Bobbs-Merrill; 1956.

## NOTAS DE FIM

- a. Neste ensaio, as expressões “consultoria ética de tratamento de saúde” e “ética clínica” são usadas de maneira mais ou menos intercambiável. A ética da “consultoria ética de tratamento de saúde” identifica, quando usada de modo estrito, a ética na qual se considera serem especializados os consultores de ética de tratamento de saúde. “Ética clínica” é uma expressão mais ampla, usada para identificar não só a ética desses consultores, mas também, aquela estabelecida para orientar os médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde no oferecimento de serviços médicos. A ética desses dois âmbitos está em contraste com as reflexões mais teóricas e acadêmicas, que constituem a bioética como campo acadêmico.
- b. A partir da tradução de Aristóteles para o latim em 1210, desenvolveu-se no cristianismo ocidental um importante compromisso com argumentos advindos da lei natural. Apesar de críticas da *Via Moderna*, especialmente de franciscanos como Guilherme de Ockham (c. 1280-c. 1347), no começo do século XVI floresceram argumentos advindos do direito natural na Nova Escolástica e, em particular, no trabalho de Francisco de Vitória (1486-1546), que defendia uma visão que o constitui como um precursor dos argumentos contemporâneos fundados

- nos direitos humanos universais.
- c. Muitos terão razões morais ou religiosas (ver a Carta de São Paulo aos Romanos 13, 1-4) para obedecer à lei. Mas a maioria distingue entre um *malum prohibitum* e um *malum in se*. Logo, poucos julgariam moralmente errôneo dirigir em um claro dia de sol a 51 km por hora em uma zona de 50 km de velocidade máxima onde não há crianças etc., nas calçadas. Fazê-lo seria apenas um *malum prohibitum*.
  - d. As comunidades morais que não conseguiram impor suas normas morais por meio da lei e de políticas públicas, no sentido de não ter hegemonia sobre uma área geográfica particular, tendem a não ser localizadas geograficamente. Os melhores exemplos são comunidades religiosas e cristãos ortodoxos. Para um relato da bioética dos cristãos tradicionais, ver [26].
  - e. Para exemplos de moralidades, bioéticas e éticas clínicas alternativas, ver [15], [16], [17], [27], [28], [29], [30], [31].
  - f. O reconhecimento de que argumentos racionais sólidos não podem estabelecer uma racionalidade moral plena de conteúdo canônico (e, por implicação, uma bioética plena de conteúdo canônico ou uma ética plena de conteúdo canônico para a ética clínica) foi bem considerado nos primórdios da era cristã. Clemente de Alexandria (155-220 d.C.), por exemplo, reconhece que argumentos racionais só podem estabelecer conclusões a serem aceitas racionalmente se antes de tudo forem garantidas premissas de base: “Aquele que disser ser o Saber fundado na demonstração mediante um processo de raciocínio há de ouvir que princípios primeiros não são passíveis de demonstração; porque não são conhecidos nem pela arte nem pela sagacidade ([32], Book 2, Chapter IV, vol. 2, p. 350). Esse estado de coisas é resumido por Agripa, filósofo do século III, que observou que a filosofia não pode oferecer uma justificativa canônica para nenhuma posição filosófica, pois aqueles que argumentam a partir de perspectivas díspares partem de definições não coincidentes, fazem petição de princípio, argumentam em círculos ou entram na regressão ao infinito. Além disso, oito séculos de discussões não produziram nenhuma posição conclusiva. *Os pente tropoi* de Agripa, suas cinco maneiras de indicar que as controvérsias, tais como as relativas ao conteúdo canônica da moralidade e ao caráter de uma moralidade dotada de autoridade, não podem ser resolvidas mediante argumentos racionais sólidos, são resumidos por Diógenes Laércio em *Vidas de Eminentes Filósofos*; Pirro 9, 88-89 e por Sexto Empírico, “Esboços de Pirronismo” I.15.164-169. As disputas morais só podem ser resolvidas mediante argumentos racionais se as partes em disputa aceitam premissas básicas verdadeiras e comuns a todas, bem como regras comuns e variadas de evidência.
  - g. Para uma exploração detalhada da impossibilidade de moldar uma moralidade canônica plena de conteúdo, ver [3].
  - h. Kuehn assume a posição de que “Kant na verdade não acreditava em Deus” ([33], p. 391-4).
  - i. Deus serve de fundamento para uma moral racional única. Ele oferece uma unidade canônica ao reinado dos fins, “uma base para”.
  - j. Kant, em sua *Opus Postumum*, reconhece Deus como a fonte racional de uma lei moral única e coerente: Existe um Deus, isto é, um princípio que, na qualidade de substância, é moralmente legislador; Porque a razão moralmente legisladora dá expressão, mediante o imperativo categórico, a deveres, que, como são ao mesmo tempo substância, são legisladores, para além da natureza, e impõem o respeito à lei. Não se trata de uma *substância* fora de mim cuja existência postulo como ser hipotético para a explicação de certos fenômenos do mundo; em vez disso, o conceito de dever (de um princípio prático universal) está contido identicamente no conceito de um ser divino como ideal da razão humana em benefício da ação legisladora desta... ([34], p. 204, AK XXII, 122-123).
- Na qualidade de dado [em vez de postulado], Deus fornece de fato diferentes leis a diferentes pessoas, como é o caso das 613 leis dadas aos judeus e as sete leis dadas aos filhos de Noé. A unidade e a força de cada conjunto de leis se fundam em Deus, ainda que seu conteúdo difira.
- k. A diversidade de relatos sobre como Hegel entendia seu empreendimento requer que uma exposição de Hegel revele a maneira como concebe o projeto desse filósofo. Meu relato de Hegel se baseia em Klaus Hartmann (1925-1991), que reconheceu que o projeto maduro de Hegel foi pós-metafísico, ou, como diz o mais conhecido artigo de Hartmann em inglês, “não-metafísico” [35]. Ver [36], [37], [38], [39], [40], [41]. Ver também [11]. Kreines descreve o relato não-metafísico hegeliano da realidade de maneira um tanto distinta: (...). Hegel busca levar ainda mais longe a revolução kantiana *contra* a metafísica pré-crítica(...) Hegel nega toda necessidade mesmo de conceber as coisas em si de Kant, sem deixar contraste com relação ao qual nosso próprio conhecimento possa ser considerado meramente limitado ou restrito. Em outras palavras, Hegel visa não tanto *superar* a restrição de Kant quanto *eliminar-la* a partir de dentro ([42], p. 307, grifos do autor).
  - l. A moralidade ocidental dominante foi radicalmente transformada quando a cultura ocidental se tornou normativamente pós-metafísica. A morte cultural de Deus na cultura ocidental anunciada por Hegel em seu texto de 1802, “Glauben und Wissen” (“Fé e Conhecimento”) [43] fazia referência à circunstância de a cultura de vanguarda ser marcada pela “sensação de ‘o Próprio Deus está morto’” ([44], p. 190; [45], p. 414). Meu relato de Hegel e de seu empreendimento está em dívida com o trabalho de Klaus Hartmann [35], [38]. Hegel avaliou que, sem Deus, não há perspectiva além das perspectivas social e historicamente construídas de narrativas morais particulares, todas as quais se tornam contingentes. Todas as posições morais seculares são deixadas então como concepções independentes flutuando no horizonte do finito e do imanente [43].
  - m. Em seu esforço por garantir uma base para a moralidade na *Crítica da Razão Prática* (1788), Kant afastou-se da posição que via a moralidade como um fato da razão: “A consciência dessa lei fundamental pode ser considerada um fato da razão, uma vez que não a podemos inferir de dados antecedentes da razão, como o é a consciência da liberdade” ([46], p. 32, AK V.31).
  - n. Tem-se de estabelecer uma distinção entre ao menos duas formas de contingência: (1) o caráter construído e sócio-historicamente constituído de uma moralidade secular não tem outro fundamento além de um conjunto de intuições de apoio sustentado por uma narrativa

específica, estando todas essas intuições fluando no horizonte do finito e do imanente; e (2) a contingência dos mandatos de Deus que irrompem na história, dependentes de Sua vontade, mas ainda assim fundados na vontade do Criador e ponto de referência final para tudo o que existe.

- o. Alegações de quem sustenta um relato em termos de ordens Divinas podem ao menos em princípio ser aceitas mesmo por um ateu como invocando uma perspectiva incondicionada, ainda que não haja acordo acerca da existência ou do conteúdo dessa perspectiva. Em contraste com isso, os ateus, ao recusar a referência a uma perspectiva última, não podem recorrer a um discurso que suponha algum ponto último de referência ou perspectiva em termos dos quais se possa falar do sentido último da moralidade.
- 

Recebido em: 16 de fevereiro de 2012.  
Aprovado em: 01 de março de 2012.