3. Bioética e a Tomada de Decisões entre a clínica e a saúde pública

Sergio Rego
Marisa Palácios
Rodrigo Siqueira-Batista

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

REGO, S., PALÁCIOS, M., and SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e a tomada de decisões: entre a clínica e a saúde pública. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 63-93. ISBN: 978-85-7541-390-6.

<https://doi.org/10.7476/9788575413906.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3 | BIOÉTICA E A TOMADA DE DECISÕES: ENTRE A CLÍNICA E A SAÚDE PÚBLICA

A tomada de decisões é um dos aspectos centrais da prática clínica. Nesse âmbito, uma das principais preocupações dos envolvidos – especialmente os profissionais da saúde – nos processos decisórios cotidianos é como saber que a decisão tomada é a mais adequada, a mais correta para o paciente, considerando-se que esta adequação não significa apenas uma pertinência técnica, científica, mas a promoção do bem para o paciente. Esse bem para o paciente precisa ser considerado na perspectiva do próprio e levando-se em conta as suas concepções, mas não só. De fato, não se trata tão-somente de acatar o que o paciente deseja, ou seja, em nome de supostamente respeitar a autonomia do indivíduo, transferir para ele a responsabilidade pelas decisões tomadas. Não! Trata-se de uma reestruturação da relação médico-paciente (ou qualquer outro profissional da saúde-paciente) em outras bases, e não mais na noção preconcebida de que é um dever moral do profissional tomar as decisões em nome de seus pacientes, mas na inserção desse encontro em outra dimensão: aquela própria da saúde pública.

Isso não se configura, necessariamente, como uma novidade para a maioria dos profissionais da saúde, mesmo para aqueles dedicados à clínica individual. Consideremos, por exemplo, o atendimento a um indivíduo vítima de uma doença infecciosa transmissível. Nenhum profissional da saúde, com uma formação

no mínimo razoável, descuidará das orientações e cuidados em relação ao controle do contágio e dos procedimentos necessários para assegurar que a moléstia não se dissemine, ainda que apenas entre a família do enfermo. Fazer isso – por exemplo, diagnosticando tuberculose em um indivíduo e deixando de investigar os demais membros de sua família e de orientá-los com medidas de proteção – é inaceitável para uma boa prática profissional em seus aspectos científicos (clínicos e de saúde pública) e bioéticos, ainda que esta discussão raramente se dê em termos morais, por ser aparentemente restrita ao âmbito técnico.

Por que apenas aparentemente? Porque, de fato, tais preocupações representam, em última análise, uma atitude de cuidado em promover o bem para outras pessoas ou, pelo menos, evitar-lhes o mal. Mas são preocupações, e procedimentos, já integrados à prática médica, que em geral não são justificados moralmente, mas apenas tecnicamente. Essa situação não é a ideal, pois é sempre preferível e desejável que haja plena percepção e compreensão das dimensões de um dado problema. Mas, o que torna significativa essa dimensão do coletivo, inerente a qualquer encontro clínico, a qualquer adoecimento individual, é que ela precisa ser destacada e trazida novamente para o foco das atenções. Se, como Michel Foucault tão bem analisou em seu livro *Microfísica do Poder*, a moderna medicina nasceu social e em contraponto às antigas compreensões individualistas sobre o processo de adoecimento, muitas dessas percepções foram sendo menos enfatizadas ao longo do século XX. Embora atualmente não haja muitas dúvidas sobre os determinantes do processo saúde-enfermidade, esse saber só costuma ser discutido nas escolas da área da saúde nas disciplinas de saúde coletiva. Profissionais ligados à clínica

insistem em discutir o adoecimento como um fenômeno estritamente individual.

São reconhecidos hoje quatro grupos principais de fatores que determinam o estado de saúde de um indivíduo: biológicos, ambientais, assistenciais e relacionados com o seu estilo de vida. Em uma rápida caracterização, é razoável reconhecer entre os fatores biológicos os caracteres genéticos, étnicos, o sexo e a idade. Entre os fatores ambientais reconhecem-se as condições físicas e biológicas – estas últimas caracterizadas pelos organismos que coabitam o ambiente – e os fatores socioeconômicos, incluídos aqui tanto as características da ocupação profissional do indivíduo e as condições nas quais este trabalho é exercido como o salário, proventos diretos e indiretos e outros eventuais benefícios sociais. O terceiro determinante é a assistência – ou, em termos mais amplos, o cuidado – oferecida à saúde individual, tanto no campo da prevenção e da promoção da saúde como no da terapêutica e da reabilitação. Por fim, o último grupo de determinantes a ser considerado é o que ainda traz alguma polêmica associada: os fatores relacionados com o estilo de vida do indivíduo. A polêmica, entretanto, não está relacionada a alguma dúvida sobre se o estilo de vida está entre os determinantes do estado de saúde de um indivíduo, mas às consequências de reconhecer tal relação. Antes, vejamos quais são os componentes desse determinante: hábitos, vícios e abuso de drogas ou de substâncias reconhecidamente nocivas à saúde e ao bem-estar individuais; a qualidade e o tipo de alimentação que o indivíduo ingere diária e/ou regularmente; a quantidade, oportunidade e qualidade do lazer de que ele desfruta regularmente (Siqueira-Batista *et al.*, 2008). Assim, o que alguns têm questionado é a pertinência, ou justiça, de os sistemas

públicos de saúde assumirem responsabilidades pelo tratamento de indivíduos cujo estilo de vida esteja associado a riscos para a própria saúde. Por exemplo: um tabagista crônico, conhecedor dos riscos associados ao seu hábito (ou vício, a distinção não é relevante neste caso), deve ou não ser atendido gratuitamente para o tratamento de enfermidades diretamente relacionadas com o seu hábito/vício por um sistema público naturalmente sobrecarregado? Da mesma forma que o tabaco, outros (maus) hábitos são citados, como a ingestão de alimentos ricos em colesterol para os portadores de doenças cardiovasculares, açúcar para os diabéticos, e assim por diante.

Por outro lado, esses questionamentos proporcionam também uma reflexão mais ampla sobre de que forma as injustiças sociais se refletem nos indicadores de saúde. Margareth Whitehead (1990) propôs um conceito – hoje amplamente aceito – para o reconhecimento de quando as diferenças observadas nesses indicadores são fruto de iniquidades, ou injustiças. Todas as diferenças entre o melhor e o pior desempenho nos indicadores dos diferentes grupos socioeconômicos constituem iniquidades em saúde. Essas diferenças são não apenas desnecessárias como também evitáveis e consideradas injustas no contexto geral do conhecimento etiológico e de relações sociais. Mas nem toda diferença é, de fato, injusta. Assim, Whitehead (1990) identifica como determinantes de diferenças não injustas em saúde a variação biológica, natural entre diferentes pessoas; o comportamento danoso à saúde que é livremente escolhido por determinados indivíduos, tal como a participação em certos esportes e passatempo, como paraquedismo ou outras atividades radicais, por exemplo; e a vantagem transitória de saúde de um grupo que tenha adotado em primeiro

lugar comportamentos promotores de saúde em relação a outros grupos (desde que esses outros grupos tenham meios para adotar tais comportamentos dentro em breve).

Já os determinantes não apenas de desigualdades, mas também de injustiças na saúde são: o comportamento danoso à saúde, no qual o grau de escolha de estilos de vida é severamente restrito; a exposição a condições de vida ou de trabalho insalubres ou estressantes; o acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e outros serviços básicos; a seleção natural ou mobilidade social associada à saúde e relacionada com a tendência de que as pessoas doentes desçam na escala social.

É claro que esses determinantes oferecem uma variação enorme de situações, todas de grande complexidade, que tornam o esforço por ser justo em uma ação de saúde uma tarefa bastante difícil. Tomemos um exemplo: a questão dos transplantes, procedimentos capazes de salvar vidas. Como não existem órgãos suficientes para realizar transplantes em todos os pacientes que poderiam se beneficiar dessa tecnologia, é preciso estabelecer um critério que determine quem se beneficiará em primeiro lugar. A solução adotada já há algum tempo em todo o mundo é a fila. Todos os que poderiam se beneficiar entram em uma fila, e a ordem de chegada é o critério com o qual se acredita garantir um processo justo de escolha. Mas, como visto, o acesso aos serviços de saúde é uma das causas de injustiças! Todos sabem que existe, no Brasil e em boa parte dos países, uma diferença marcante no acesso a serviços de saúde. Quem tem condições de pagar por um serviço particular – ou ao menos conveniado com empresas de medicina de grupo – tem acesso muito mais rápido a uma consulta médica do que alguém que dependa do cuidado oferecido em unidades

públicas de saúde. Some-se a isso o acesso aos serviços de apoio diagnóstico, e fica fácil ver que ainda que duas pessoas, com a distinção aqui assinalada, começassem a se sentir mal no mesmo dia e acabassem recebendo o mesmo diagnóstico e a mesma proposta terapêutica – transplante –, os momentos cronológicos de entrada na fila do transplante seriam muito diferentes. A diferença estaria determinada não apenas pela desigualdade no acesso ao serviço de saúde propriamente dito, mas também pelo fato de que os que têm maior dificuldade no acesso acabam por protelar a procura por serviços de saúde, sabedores das dificuldades que enfrentarão. Assim, suas dificuldades são dobradas e injustas. Como, então, buscar uma ação mais justa?

Tendo, ao menos declaradamente, a questão da justiça como foco, foi bastante discutido no meio médico o problema da elevada mortalidade na fila dos transplantes. Argumentava-se que essa elevada mortalidade decorria da utilização do tempo de ingresso na fila como o único critério para o acesso ao transplante, fazendo com que pessoas com quadro clínico mais grave perdessem a oportunidade de se salvar por terem entrado tardiamente na fila. Sem dúvida um bom argumento. Assim, passou-se a utilizar, em 2006, um método chamado Meld (*Model for end-stage liver disease*, modelo para doença hepática em estágio final). Esse método determina que o transplante seja realizado no paciente em estado mais grave; a gravidade é determinada mediante uma complicada fórmula matemática que, para seus defensores, confere ao método a objetividade que se deseja. Entretanto, há ainda grande imprecisão e muitas incertezas em relação à validade de seu uso. Um mesmo estudioso do tema, em artigos publicados com menos de um ano de diferença, apresenta informações

contraditórias. No primeiro artigo (Ferraz-Neto, 2006), ele relata que a mortalidade em lista de espera, que deveria diminuir, bem como os resultados de sobrevivência, que deveriam melhorar, são contraditos pelos dados então disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que demonstram o contrário. Já no ano seguinte (Ferraz-Neto & Afonso, 2007), ele reconhece que o Meld estima, com relativa precisão, o risco de morte da maior parte dos pacientes, o que significa também reconhecer que o método não contempla uma parcela não irrisória destes, dos quais não prevê corretamente a gravidade da condição clínica. No mesmo artigo os autores dizem que a análise de justiça de uma ação terapêutica seria “a oferta do melhor recurso disponível para o indivíduo em questão, independentemente do resultado obtido”, enquanto “a ‘utilidade’ estaria definida pela melhor utilização dos recursos disponíveis e limitados, frente às necessidades da sociedade como um todo, apoiado no resultado coletivo obtido” (Ferraz-Neto & Afonso, 2007: 169). Para John Harris (1975), filósofo inglês, dadas as diferenças de acesso e as múltiplas injustiças, não é possível que a escolha do receptor seja efetivamente justa e, portanto, a única forma de se alcançar um grau aceitável de justiça seria o que ele chamou de “a loteria da sobrevivência”. Ou seja, como o acesso aos serviços de saúde depende do próprio nível socioeconômico, é grande a possibilidade de que tal acesso jamais seja igual entre dois indivíduos, especialmente quando são de estratos sociais diferentes. Øverland (2007), por sua vez, reavaliou a proposta de Harris e identificou três tipos possíveis de loteria. O primeiro tipo, que ele chamou de “nacional”, incluiria todas as pessoas de uma determinada jurisdição, que poderiam ser sorteadas para doar ou receber um

órgão, independentemente de serem doadoras ou de necessitarem do órgão. O segundo tipo, que chamou de “loteria de grupo específico”, incluiria apenas os membros de um grupo que teriam como característica a mesma probabilidade de apresentarem, em algum momento, a falência de um órgão. O terceiro tipo, chamado de “loteria local”, consistiria no sorteio entre indivíduos que já apresentam a necessidade de um novo órgão, mas guardam a característica de serem compatíveis e necessitarem de órgãos diferentes. Ele descarta o primeiro tipo, por considerar que a injustiça relacionada com a proposta seria difícil de contornar, e o segundo por considerá-lo irrealizável com o necessário controle das possíveis consequências indesejáveis. Defende, portanto, a possibilidade de se fazer o sorteio entre os indivíduos que já sejam candidatos a um transplante e compatíveis com um eventual órgão que esteja disponível. Assim, todos se equivaleriam e a sorte definiria qual deles receberia o órgão. Embora essa possa parecer uma alternativa justa (e efetivamente parece ser), não nos parece razoável delegar à sorte, ou ao azar, a definição desses casos. Entendemos que os profissionais que detêm essa responsabilidade de tomar a decisão não podem abrir mão de, com os melhores recursos de que dispõem, fazê-lo. Mas é claro também que essa tomada de posição não pode ser solitária.

A necessidade de avaliar que decisão é a mais justa em uma situação dada, considerando a justiça seja como condição prévia, seja como o fim último, é uma questão que se apresenta aos profissionais da saúde com frequência cada vez maior em contextos bastante variados. Surge, por exemplo, em situações em que é necessário escolher quem receberá os escassos recursos disponíveis

para determinadas circunstâncias, seja um respirador, um *stent*, um cateter. Para complicar esse cenário, os cursos de graduação da área da saúde não estão preparando seus estudantes para lidar com essa realidade. Na verdade, acostumam seus discentes ao ambiente do hospital universitário e à obediência automática, de forma acrítica, a normas e regras que muitas vezes nem estão escritas nos códigos deontológicos, mas correspondem apenas a uma relativização moral ou a um corporativismo simplista. E, de repente, esse ex-aluno se encontra, recém-saído da escola, em uma unidade de saúde, tendo que decidir quem receberá um recurso e sem contar com o instrumental analítico capaz de ajudá-lo a fazê-lo. Esse é um aprendizado extremamente importante – como reconhecido nas diferentes diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde –, esquecido em muitas estruturas curriculares. Como fazê-lo, eis a questão. Apresentaremos, em seguida, alguns apontamentos sobre o problema.

A QUESTÃO DO MÉTODO E DO ARGUMENTO

A avaliação de um problema moral é um aspecto fundamental para todos os envolvidos no cuidado da saúde. Assim como a clínica se vale da semiologia como ponto de partida essencial para a realização do diagnóstico e orientação da terapêutica, também a ética possui suas próprias ferramentas. Mas a relação entre a teoria ética e a bioética não é linear. Não se trata, como assinalou Rachels (1998), de simplesmente tomar a teoria ética como um ponto de partida e então aplicá-la ao caso em questão para chegar à conclusão sobre o que deve ser feito. Ao contrário, uma boa analogia para se entender essa relação entre a bioética e as teorias éticas é a relação entre biologia e medicina (Rachels,

1998). O autor cria uma analogia fazendo referência a uma suposta médica que não saiba nada de biologia, mas aborda seus pacientes com o espírito de um mecânico de carro com uma caixa de ferramentas de técnicas práticas. Essa médica seria capaz de fazer um trabalho aproveitável. Mas ela não terá tantos recursos quanto uma colega que conheça as ciências relevantes. A diferença aparecerá quando um novo problema ou um problema capcioso surgir, requerendo mais do que a simples aplicação das técnicas já familiares. Para lidar com esses casos difíceis, ela pode se dedicar a pesquisas científicas para auxílio, ou mesmo dedicar-se temporariamente a pesquisas mais fundamentais. E o que ela aprender desses casos que encontra em sua prática, por sua vez, pode ter significância para o futuro desenvolvimento da ciência.

A bioética não opera independentemente da teoria ética; mas também não é a simples ‘aplicação’ de uma teoria a casos particulares. Há uma inter-relação entre a teoria e o estudo do caso que beneficia a ambos. Assim, para se lidar com casos que apresentem questões morais conflituosas concretas, torna-se necessária uma abordagem não dogmática. Ademais, a partir da abertura ao conjunto de contribuições das diversas tradições, podem surgir argumentos que fundamentem ações concretas que sejam aceitáveis pelos sujeitos morais envolvidos e contribuam para o desenvolvimento dos processos necessários à solução dos problemas.

Assim, embora existam algumas propostas metodológicas publicadas na bibliografia especializada, não as apresentaremos aqui por entendermos ser mais apropriado oferecer a estrutura geral de reflexão e de caminhos, sem nos restringirmos a alguma

delas especificamente. Nossa proposta, neste momento, é elaborar uma breve síntese que deverá atender às necessidades iniciais do debate, auxiliando na melhor compreensão das questões bioéticas clínicas, como problemas concretos sobre os quais o profissional da saúde, individual ou coletivamente, terá de se posicionar – incluindo a tomada de decisões.

Antes de apresentarmos essa abordagem genérica, é importante destacar algumas questões prévias afeitas ao universo teórico da ética e totalmente relacionadas com a tomada de decisão. Trata-se de algo que Schramm (2003) abordou no texto “Acerca de los metodos de la bioética para el análisis y la solución de los dilemas morales”, o qual embasa, amplamente, esta parte de nossa argumentação. Esse artigo traz uma discussão sobre a racionalidade da argumentação em bioética, que pressupõe: “a) ter clareza sobre as abordagens descritivas e a compreensão dos conflitos; b) fazer uma abordagem dedutiva e indutiva do raciocínio que pretenda legitimar uma decisão; c) fazer uma abordagem pragmática da relação entre os meios, fins e agentes envolvidos”, os quais devem avaliar os efeitos da decisão em pauta (Schramm, 2003: 60). A proposta de Schramm é ao mesmo tempo racionalista e pragmática. Isso é muito importante para a presente análise, posto que expressa a preocupação de atender a uma questão racional e outra prática. Ou seja, não basta que uma reflexão seja correta do ponto de vista argumentativo e teórico, pois ela deve ser também aplicável. E para que um argumento seja classificado como racional, ele deve cumprir uma série de requisitos. Deve deixar claro que termos serão utilizados e o que se pretende, por exemplo. Deve também ser encadeado de forma compreensível e consistente, estabelecendo a devida relação entre o raciocínio

e a conclusão da argumentação. Não é possível apresentar uma série de argumentos e, ao concluir, chegar a observações não coerentes com o que se apresentou antes. É muito importante que o argumento não se contradiga. Ele deve obedecer ao que se chama de “princípio da não contradição”.

Deve-se cuidar para que argumento que será usado para defender determinada proposta contemple o aspecto comunicacional, isto é, assegurar que ele seja de fato compreendido por todos os agentes morais envolvidos, apropriadamente fundamentado e não contraditório. É preciso desenvolver e apresentar argumentos que sejam, ao mesmo tempo, consistentes e imparciais. Isso não é o mesmo que buscar descobrir a verdade, mas sim buscar encontrar a melhor solução para um determinado problema moral, a qual seja aceitável pelos envolvidos na disputa.

Mas, além dessa conformidade com a razão teórica, é mister atender aos requisitos da razão prática. Entre as ferramentas que ajudam nessa análise, reconhecem-se as seguintes (Schramm, 2003):

- Intuição: útil em geral no início do raciocínio moral, ajudando na identificação de situações contraintuitivas (que, quando reconhecidas, devem ser reavaliadas com outros recursos).
- Razoabilidade: necessária para se verificar a aplicabilidade de determinada decisão em todos os âmbitos; significa perguntar se a conclusão a que se chegou é ou não razoável, pois no caso de não ser razoável ela terá pouca relevância prática.
- Exemplificação, ou seja, a busca de exemplos concretos que possam proporcionar maior objetividade ao argumento.

- Analogias, que servem tanto para reforçar quanto para rechaçar alguns argumentos; muitas vezes as analogias são usadas em situações extremas para demonstrar os limites ou possibilidades de determinada argumentação.
- O argumento da ‘ladeira escorregadia’: usado para identificar as possíveis consequências de determinada decisão; um problema na utilização desta ferramenta é o entendimento equivocado de que determinada consequência seja inevitável e diretamente provocada, quando ela é apenas uma entre diversas consequências possíveis.
- O interlocutor ‘advogado do diabo’, que Schramm considera mais útil nos casos em que é preciso refletir sobre os seus próprios argumentos: consiste em dialogar com um interlocutor imaginário imparcial que buscará argumentos válidos contrários aos que você está apresentando.
- A busca de compromisso, que derivaria do objetivo de encontrar em cada situação de conflito uma solução pacífica e, na medida do possível, diplomática.

A busca de compromisso pode ser entendida como a procura por um entendimento efetivo entre as partes envolvidas. Para tal, o diálogo a ser estabelecido deverá inicialmente reconhecer o outro, seu interlocutor, como um legítimo outro. Ou seja, uma pessoa que tem total legitimidade na disputa em questão, e não alguém que deva ser convencido sobre as posições adotadas. A idéia é identificar, por meio do diálogo, que é possível alcançar a convergência. Para tanto, é indispensável que todos os interlocutores estejam de fato comprometidos com tal entendimento e com a busca pelo que bem comum. Isso será tão válido quanto entender que os interesses deste ou daquele não

têm precedência sobre os interesses do outro, pois caso contrário essa suposta igualdade deixa de ser legítima. Em situações clínicas, nas quais muitas vezes é possível reconhecer desequilíbrios e assimetrias nas relações, há especial dificuldade em obter tal comprometimento.

UMA ABORDAGEM PRÁTICA DOS PROBLEMAS MORAIS NA CLÍNICA

A análise de problemas morais relacionados com a prática clínica pode ser tanto retrospectiva quanto relativa a um problema que está ocorrendo no exato momento em que a avaliação é demandada. A necessidade de apreciar um problema e tomar decisões na clínica representa uma pressão constante para os profissionais da saúde e, em especial, para aqueles que têm maiores responsabilidades relativas à decisão tomada. Nem sempre é possível parar para discutir o caso e, então, tomar a decisão considerada pelo coletivo como a mais adequada. Em muitas oportunidades, há situações em que a vida ou a morte de um indivíduo ou as possibilidades de sequelas graves para ele serão decididas em poucos segundos. Reanimar ou não reanimar um paciente quando não se sabe nada sobre ele ou sobre as possibilidades de sobrevivência? Até quando investir na reanimação de um neonato? Quem deverá se beneficiar de um recurso terapêutico escasso ou único? São decisões tomadas diariamente e que precisam ser melhor fundamentadas. É certo que tais situações requerem dos profissionais reflexões prévias (individuais e coletivas) e um diálogo precoce e permanente com o paciente e seus familiares. Outras situações, entretanto, não ocorrem em contextos de emergência – cujo paradigma é a parada cardiorrespiratória –,

mas permitem esperar até mesmo semanas antes de qualquer tomada de decisão.

Para a boa análise da situação em questão é indispensável que haja informação adequada sobre a situação clínica concreta e que os dados obtidos se atenham, inicialmente, aos fatos e se baseiem na melhor informação disponível. Um grande esforço deve ser feito, nessa fase inicial, para não ‘contaminar’ o relato com os valores dos profissionais, quer ideológicos, religiosos ou de outra natureza. Por outro lado, é preciso grande cuidado com a ilusão de que a ciência terá todas as respostas, o que é, evidentemente, uma falácia. O conhecimento da ciência biomédica é probabilístico, e suas conclusões devem ser compreendidas dentro desse limite. As informações médicas, entretanto, não devem se restringir ao que os exames clínicos e complementares oferecem e muito menos à visão que os médicos têm da situação. O paciente, como qualquer indivíduo, não pode ser visto nem compreendido fora de seu contexto social, necessariamente incluído como parte inseparável do quadro clínico – eis mais uma ponte possível entre clínica e saúde pública. Dentre as informações que se deve obter, estão, por exemplo: o paciente é religioso? Qual a sua atividade profissional? Quais os seus *hobbies*? Como é a sua família? Como é a relação dele com a família? É o provedor da família?

Em seguida, deve-se proceder à clara identificação das questões morais envolvidas no caso e sua relevância. Para tal, deve-se conhecer, também, quais são as partes interessadas no caso, e tal identificação não deve ser restritiva. Ao contrário: é igualmente importante buscar compreender as relações existentes entre esses legítimos interessados, dando bastante atenção ao fato de

que nem sempre os interesses estão claramente apresentados ou admitidos.

Deve-se, então, procurar identificar uma série de pontos que ajudarão na análise da situação e do seu contexto, visando ao desenvolvimento e à apresentação do argumento. Dentre os pontos que deverão ser incluídos em sua análise estão a identificação específica dos valores em conflito, bem como dos diferentes pontos de vista implicados (aqui entendidos os argumentos que fundamentam cada uma das posições em questão ou em conflito). É preciso procurar também identificar se estão em jogo apenas interesses individuais, buscando verificar se existem interesses da coletividade em geral a serem considerados, bem como se a decisão pode envolver aspectos relacionados com a justiça sanitária. Não se poderá deixar de realizar uma clara identificação de todos os benefícios potenciais de cada uma das alternativas, bem como a dos riscos de danos, lembrando sempre que existe a tendência humana a sobrevalorizar a possibilidade de benefícios e a minimizar os riscos. Ainda no campo dos riscos de danos, é preciso identificar todas as potenciais vítimas de danos, ponderando-os, e não apenas aqueles diretamente relacionados ao caso. Outro aspecto que não pode ser negligenciado são as possíveis consequências financeiras da decisão, o que obriga a compreender adequadamente o funcionamento e o financiamento do sistema de saúde para considerar apropriadamente as possíveis repercussões nas finanças de uma família, no caso de um atendimento no sistema privado de saúde.

Algumas pessoas acreditam que nesse processo de buscar elementos para fundamentar sua posição é útil se perguntar sobre qual seria a posição assumida por uma pessoa que considerassem

virtuosa. Ou seja, tentar identificar qual seria a opinião de uma pessoa que age tomando como fundamento para sua ação a ética das virtudes.

Como dito antes, é interessante e útil, para esclarecimento do contexto, comparar a situação atual com outros casos semelhantes que sejam do conhecimento dos envolvidos, buscando identificar o que torna os casos semelhantes e diferentes e avaliar as consequências da decisão tomada anteriormente.

Após tais apreciações, torna-se essencial examinar as alternativas existentes e as razões que podem fundamentar esta ou aquela decisão. Devem-se buscar diferentes pontos de vista éticos, com as diferentes fundamentações apresentadas no Capítulo 2, em busca da decisão mais bem fundamentada. É preciso, então, proceder ao apelo à razão prática: essa decisão é razoável? Ela contraria alguma regulamentação ou dispositivo legal ao qual os protagonistas devam obedecer? Aqui é necessário fazer uma breve pausa para um comentário sobre a relação entre a ética e o direito (ver também o Capítulo 1). Embora se deva, evidentemente, obediência às leis e a alguns dispositivos regulamentares infralegais, o tempo necessário para que uma lei seja modificada muitas vezes é tão grande que a sociedade adota e aceita mudanças comportamentais que a lei ainda não expressa. Por isso, o moderno direito não se pauta pelo seguimento estrito da letra fria da lei, mas a interpreta à luz dos tempos em que as análises estão sendo feitas. O indispensável é que haja bons e sólidos argumentos, e que se vá além da interpretação estrita do que está redigido; ademais, em algumas situações não há previsão legal, ainda que a decisão deva ser tomada, o que torna a aprendizagem da argumentação ética/bioética e da tomada de decisão extre-

mamente relevante. Tendo sido utilizadas todas as ferramentas julgadas necessárias para uma adequada avaliação e formulação de recomendações para a ação, é importante proceder a mais uma análise de factibilidade e adequação, perguntando a si próprio se a conclusão a que se chegou é confortável para si mesmo – ou seja, se poderia ser tornada pública, se poderia ser assumida perante as pessoas que se tenha em alta conta, seja técnica, seja moral, como um mentor ou os próprios familiares.

DECISÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Existem diversas questões e temas que requereriam uma abordagem específica, ao menos uma apreciação inicial, que colaborassem para o desenvolvimento de reflexões particulares. Mas será preciso restringi-las, com base, em grande medida, em sua relevância e na frequência com que os problemas surgem na prática.

A tomada de decisões em nome de terceiros

A tomada de decisões em nome de terceiros é aquela em que é preciso questionar se a opinião da família deve prevalecer sobre a do paciente. A autonomia de um indivíduo diz respeito à sua capacidade de autodeterminação e o respeito à autonomia não deve e nem pode ser compreendido apenas como a obtenção, seja na pesquisa, seja na clínica, do consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos ou de experimentações. O consentimento é, sem dúvida, uma das formas pelas quais o respeito à autonomia poderá se evidenciar, mas esse respeito é algo mais complexo, pois requer o reconhecimento do outro como sujeito moral, ou seja, capaz de avaliar e

decidir sobre questões morais, especialmente aquelas que lhe concernem. Entretanto, em várias situações o respeito ao direito de cada indivíduo decidir o que será feito consigo mesmo em uma situação de necessidade de cuidados de saúde – não trataremos, aqui, das situações de pesquisa – é questionado ou colocado em dúvida.

Algumas pessoas têm, reconhecidamente, essa capacidade de autodeterminação diminuída ou ausente, transitoriamente ou não.

- O primeiro grande exemplo são as crianças – cuja capacidade de compreender determinadas situações será, em geral, proporcional à sua idade e desenvolvimento cognitivo e emocional. Todavia, mesmo com crianças deve-se oferecer informações, na medida de sua capacidade de compreensão, e buscar obter seu assentimento para os procedimentos a serem realizados. Não utilizamos o termo ‘consentimento’ porque este requer não apenas a capacidade de autodeterminação como também a capacidade legal. O assentimento, ou a concordância ou aquiescência, para crianças tem um valor moral, não legal. A chamada declaração sobre direitos do paciente, conhecida como Declaração de Lisboa, da Associação Médica Mundial, cuja primeira versão é de 1981, já preconizava o assentimento dos legalmente incapazes em geral. O próprio Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro determina que crianças e adolescentes devem ser ouvidos em diferentes situações de seu interesse e, é claro, a lei não determinaria que eles sejam ouvidos apenas para que ouçamos o som de sua voz, mas para que suas opiniões sejam levadas em consideração seriamente. Assim, podemos compreender que, para o legislador brasileiro, o assentimento traz em si a ideia de respeito às posições das crianças e adolescentes.

- Em relação aos pacientes com distúrbios mentais há uma compreensão, equivocada, de que, por sua enfermidade, eles não teriam capacidade de autodeterminação, em função de sua condição emocional. Essa é uma verdade em termos: alguns pacientes com determinadas condições, sejam agudas ou crônicas, podem ter sua autonomia diminuída, mas não se deve generalizar, e sim avaliar caso a caso.
- As situações como aquelas em que o paciente está inconsciente expõem claramente um perigo à possibilidade de exercício da autonomia, de modo que as decisões terão de ser tomadas por terceiros. Mas é com grande frequência que profissionais da saúde consideram seus pacientes incapazes de decidir sobre suas vidas e tomam decisões em seus nomes quando estes apresentam plena capacidade de decidir por si mesmos. Parece claro que a motivação, possivelmente, na maioria das vezes, é nobre – por exemplo, pela beneficência –, mas é também muitas vezes uma manifestação de ignorância, de preconceito e de desconsideração com o seu paciente.
- Há também as situações nas quais os familiares solicitam que não sejam comunicados, aos seus entes queridos que se encontram enfermos, seus diagnósticos ou mesmo prognósticos. Mais uma vez não se questionam, aqui, as intenções, as quais podem ser reconhecidas como as mais sinceras e altruístas; a questão é que, com seu temor de provocar sofrimento adicional, os parentes podem privar seu ente querido de satisfazer desejos finais ou de escolher de que forma deseja viver seus momentos finais. Então, quem deve decidir? A orientação é de só desrespeitar o direito de um determinado paciente a escolher o que quer para a sua própria vida caso haja muito boas razões e elas sejam sempre elaboradas e ratificadas, como já discutimos neste capítulo.

A condição do paciente no momento do atendimento

As condições clínicas em que um paciente se encontra quando da realização do atendimento são outro ponto que merece consideração especial.

O atendimento realizado em situações de emergência e urgência difere de forma bastante substantiva daquele realizado em situações nas quais o atendimento pode ser postergado por várias horas ou dias, sem que com isso aumente o risco de morte ou de incapacidades. Os profissionais encarregados do cuidado em tais circunstâncias precisam ser muito bem preparados tecnicamente não apenas para atuar nas dramáticas situações, como também para lidar com os aspectos morais a elas relacionados que não oferecem tempo para detalhada consulta entre colegas. As decisões são tomadas em um curto intervalo de tempo e precisam ser o resultado de uma reflexão adequada, o que em geral demanda uma ponderação prévia, a qual permitirá ao profissional uma apreciação mais rápida da situação em questão.

As condições dos pacientes atendidos nas salas de emergência de hospitais podem ser classificadas como: rotina, quando o tratamento pode ser retardado em várias horas ou dias sem que haja aumento do risco de morte ou de incapacidade; urgência, quando o tratamento precisa ser iniciado em poucas horas, pois existe risco de evolução para complicações mais graves e mesmo fatais; e emergência, quando a necessidade de manter as funções vitais ou evitar incapacidade e complicações graves exige que o início do tratamento seja imediato. Outra condição que precisa ser mencionada é a situação de parada cardíaca ou respiratória, quando medidas de reanimação devem ser imediatas.

Um atendimento de emergência é diferente do atendimento eletivo, na medida em que o exame clínico precisa reconhecer prioridades tendo em vista a detecção, em tempo útil, dos distúrbios que ameaçam a vida. Na medida em que tais disfunções vão sendo identificadas, elas têm de ser tratadas. A ação inicial só se encerra quando o paciente se estabiliza.

O êxito do atendimento em urgências e emergências depende fortemente da competência técnica, pois se o diagnóstico for feito tardiamente é muito provável que a letalidade aumente. No caso de diagnósticos incorretos, ocorre não apenas o aumento da possibilidade da letalidade e de sequelas, mas também a má utilização de recursos. Nem sempre o diagnóstico é fácil, mesmo para profissionais experientes e competentes, o que só aumenta a responsabilidade dos que designam profissionais para atuar em emergências. O investimento na formação desse profissional é um reflexo da preocupação efetiva com a qualidade da assistência oferecida. Não é possível que a emergência seja a ‘porta de entrada’ de novos profissionais nos hospitais, tratada como um espaço permanente de formação e falta de experiência. Os gestores do sistema de saúde, público ou privado, precisam compreender e valorizar esse espaço, nele alocando profissionais especializados, com adequada experiência clínica, que saibam trabalhar em equipe – esta sim uma característica quase que mandatória para um bom profissional dos setores de emergência.

O primeiro ponto a ser destacado não diz respeito ao cuidado individual. É comum a crítica ao fato de que as emergências hospitalares e/ou prontos-socorros vivem superlotadas por casos que não são de fato de emergência ou urgência. Essa crítica é repetida com frequência e não está fundamentada em dados

errados, embora isso possa parecer paradoxal, ou contraditório. Não é incomum que periódicos da imprensa leiga e mesmo profissionais da saúde mal informados responsabilizem a população que busca o atendimento nesses locais com condições clínicas não urgentes ou não emergenciais pela superlotação nessas unidades. Esse é um exemplo do que se chama ‘culpabilização da vítima’, a qual consiste em atribuir àqueles que são penalizados em uma determinada situação a responsabilidade por ela. Está claro que o sistema de saúde não oferece alternativas concretas para o cuidado das pessoas que adoecem de forma aguda e necessitam que o saber técnico os oriente e auxilie a superar a enfermidade. Mesmo o sistema privado com convênios está privilegiando a assistência hospitalar ou em clínicas, repetindo o modelo falido da organização pública. A eventual expansão da rede básica, entretanto, não necessariamente resolverá o problema, pois é preciso que ela seja resolutiva e não funcione apenas como um anteparo temporário para as pressões nas emergências.

Mas o desafio que se impõe aos profissionais encarregados do cuidado nessas unidades e nessas condições requer também que se questione, com toda a tenacidade possível, o preconceito. O descaso com essa população que procura os hospitais públicos, em suas emergências, para cuidar de seus males pode ser atestado pela alcunha com a qual esses pacientes são muitas vezes chamados – de modo profundamente desrespeitoso – no Brasil: “Pimba – pé inchado, mulambo, bêbado e atropelado”. Nos ambulatorios ainda existem profissionais de humor duvidoso que se referem ao seu local de trabalho como “mulambatório”. Não se trata de um fenômeno brasileiro: Konner (1987) informa que nas salas de emergência nos Estados Unidos os enfermos menos

desejados, em geral hispânicos ou negros sem seguro saúde, são chamados de SPOS – *subhuman piece of shit*.

O código de ética do American College of Emergency Physicians (Acep, 2008) identifica algumas virtudes necessárias ao médico de emergência, as quais são válidas para todos os profissionais que atuam nesse setor. Propõe-se que tais virtudes não sejam vistas e entendidas como atributos a serem perseguidos, ou simulados, mas como virtudes ou características pessoais que favoreceriam um bem-estar nessas unidades. Não é qualquer pessoa que se adapta ao trabalho em uma emergência, pois são requeridas qualidades e habilidades especiais – não apenas técnicas, mas morais, emocionais e comunicacionais, entre outras. São elas:

- Coragem: habilidade de cumprir suas obrigações apesar do eventual risco pessoal ou perigo. Esses profissionais têm de lidar com empregadores altamente demandantes, policiais, aprendizes incompetentes, famílias que solicitam demais, criminosos, pessoas infectadas e administradores do sistema muitas vezes insensíveis às necessidades de pacientes com os quais eles jamais se confrontaram.
- Justiça: compromisso de dar a cada pessoa o que é devido a ela; a justiça ajuda os profissionais de emergência a racionalizar o uso de recursos, a serem parcimoniosos com a terapêutica e a refutar cuidados marginalmente benéficos em prol de um nível básico de cuidado para outros.
- Vigilância: profissionais da emergência têm de estar alertas e preparados para encontrar o imprevisível – incluindo as demandas incontroláveis –, apesar da desarmonia do ciclo de sono e vigília que afeta o seu próprio bem-estar.

- Imparcialidade: todos devem ser tratados com dignidade, ainda que tenham comportamentos muitas vezes desagradáveis ou não sociais, ou simplesmente não agradem aos profissionais.
- Credibilidade: os pacientes chegam a uma emergência doentes e vulneráveis, forçados a confiar em profissionais que deverão proteger seus interesses com sua competência, respeito à sua autonomia, veracidade e manutenção da confidencialidade.
- Resiliência: capacidade de se recobrar facilmente ou de se adaptar para se manter composto, flexível e competente em meio ao caos clínico.

Esses profissionais – detentores das características listadas – deverão, entre outros aspectos, ser capazes de priorizar ações, como discutiremos a seguir.

Um dos temas que mais suscitam debates éticos relacionados com o cuidado em situações de urgência e emergência é a prioridade no atendimento. Que critérios devem ser utilizados para decidir sobre a prioridade do paciente A ou B, entendendo-se que a priorização em uma situação de emergência pode significar a escolha entre viver ou morrer, ou mesmo de sobreviver com sequelas muito significativas?

Não é uma discussão simples, e muito menos uma decisão fácil de tomar no calor dos acontecimentos. Como vimos no caso do dr. Arnaldo (Capítulo 2), podemos resumir a pergunta implícita como: considerando-se uma situação em que não intervir imediatamente em pacientes com pequenas possibilidades de recuperação pode significar o fim dessas possibilidades, seria mais correto atender prioritariamente o paciente cujo

estado é mais grave – ainda que, com isso, aumente a possibilidade de que enfermos em estado menos grave e que teriam maior chance de se recuperar amplamente tenham o seu estado de saúde agravado – ou o paciente que apresenta maior possibilidade de recuperação? É claro que a indagação diz respeito às situações em que haja um desequilíbrio entre a capacidade de uma unidade e a demanda por cuidado. Se for possível atender a todos igualmente, então não haverá dilema.

Para a Associação Médica Mundial – cuja assembléia geral de outubro de 2006 reviu e aprovou a nova versão da antigamente chamada Declaração de Estocolmo, hoje Instrução sobre Ética Médica na Ocorrência de Desastres (World Medical Association. Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters) –, as vítimas devem ser classificadas de acordo com a gravidade de seu quadro e com a possibilidade de serem salvas. A entidade preconiza que a prioridade deva ser dada a vítimas que possam ser salvas, cujas vidas estejam em perigo imediato e requeiram tratamento rápido ou dentro das próximas horas. Em seguida viriam as vítimas cujas vidas não estão em perigo imediato e necessitam de atendimento, mas não de cuidado médico urgente. As próximas seriam as pessoas feridas que necessitam apenas de tratamento secundário e possam ser tratadas depois ou por profissionais de auxílio, seguidas das vítimas psicologicamente traumatizadas que precisam ser atendidas, não precisam ser levadas individualmente a cuidados, mas podem necessitar de sedação se estiverem intensamente transtornadas.

A Associação Médica Mundial preconiza que as vítimas cuja condição exceda os recursos terapêuticos disponíveis, que

sofram danos extremamente severos como irradiação ou queimaduras, de certa extensão e grau, mas não possam ser salvas nas circunstâncias específicas e possam ser consideradas como casos cirúrgicos complexos que requeiram uma operação particularmente delicada, o que levaria muito tempo e obrigaria o médico a fazer uma escolha entre elas e outros pacientes, sejam colocadas entre as últimas a receber atenção. Preconizam que essas vítimas sejam classificadas como casos de emergência “além de cuidados”. A decisão de abandonar uma pessoa ferida “por causa de prioridades” ditadas pela situação de desastre não pode ser considerada como “fracasso em ajudar uma pessoa em perigo mortal”. Isso seria justificado pela intenção de reduzir o número de vítimas.

Embora essa instrução mostre que para a Associação Médica Mundial a prioridade de atendimento deve ser dada àqueles que estão em estado mais grave mas ainda podem ser salvos, ela não resolve o dilema apresentado inicialmente. O documento reconhece uma condição como “além dos recursos terapêuticos disponíveis” e justifica, assim, uma escolha utilitarista. Isso deixa ainda mais claro quão complexa é a situação, com tantas variáveis a serem consideradas. É mister incluir, nesse conjunto, o fato de que todos os códigos de ética das profissões de saúde no Brasil estabelecem como dever dos profissionais o cuidado dos pacientes em situações de emergência, vedando que tal cuidado seja negado quando não houver outro profissional para assumir o caso, o que apenas confirma como os códigos são limitados na solução desse tipo de conflito.

Conflitos entre os pontos de vista dos enfermos e dos profissionais da saúde

O papel cada vez maior do respeito à autonomia da pessoa na sociedade contemporânea tem concorrido para uma ampliação da complexidade do cuidado da saúde. Nesses termos, não é incomum a ocorrência de situações nas quais os pontos de vista dos enfermos e dos profissionais da saúde são conflitantes. Como exemplo, podemos comentar os casos de reconhecida necessidade de hemotransfusão em seguidores da religião Testemunhas de Jeová.

O impedimento à realização de transfusão sanguínea tem, para as Testemunhas de Jeová, sustentação em textos bíblicos, entre os quais ressaltam o livro do *Gênesis* (9:3-4) – “Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo. Somente a carne com sua alma – seu sangue – não deveis comer” – e o *Levítico* (17:10) – “Quanto a qualquer homem da casa de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que comer qualquer espécie de sangue, eu certamente porei minha face contra a alma que comer o sangue, e deveras o deceparei dentre seu povo”. A proibição de “comer qualquer espécie de sangue” é estendida aos procedimentos de hemotransfusão.

A Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 5º, garante a liberdade de crença religiosa, assegurando que as pessoas possam tomar decisões acerca de sua vida em concordância com a própria fé. Assim, é legítimo que as testemunhas de Jeová se abstenham de receber sangue e hemoderivados. Mas a questão pode se tornar bastante difícil, especialmente em duas situações:

- Quando aquele que toma a decisão corre risco de morrer – caso não seja realizada a hemotransfusão –, estabelecendo-se um conflito entre a autonomia do enfermo e a beneficência da equipe de saúde, a qual entende que fazer o bem significa transfundir; nessa circunstância, ambas as decisões – transfundir ou não transfundir – são eticamente defensáveis, a depender do princípio que se evocar para fundamentar a ação.
- Quando aquele que toma a decisão não é considerado plenamente capaz – caso dos menores de idade –, para os quais, em princípio, a escolha é atribuição dos pais ou responsáveis; nesse âmbito, as perguntas a que se deve responder referem-se à capacidade moral da criança – ou adolescente – e ao seu desejo. O ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente, assegura, em seu artigo 17, o direito à liberdade de culto, garantindo igualmente o respeito a esta manifestação; nesses termos, são igualmente defensáveis, do ponto de vista ético, as decisões de transfundir e a de não transfundir.

Diferentes estudos têm demonstrado que muitos profissionais da saúde buscam utilizar técnicas alternativas à hemotransfusão; mas, nos casos em que tal procedimento se torna imperioso para salvar a vida do enfermo, a decisão costuma ser pela realização da transfusão, com todos os ônus a ela relacionados. Caso seja essa a escolha, o enfermo deve ser comunicado, pois a omissão da informação é um grave equívoco, tanto do ponto de vista moral – ainda maior desrespeito à já desrespeitada autonomia do sujeito – quanto técnico – de fato, o antecedente de hemotransfusão é extremamente importante na história patológica pregressa de qualquer indivíduo. Por outro lado, não é incomum o relato de pacientes que pedem que seja feito tudo o que for necessário, mas não sejam informados do que foi realizado. Não

faltam sequer aqueles que dizem que confiam que Deus iluminará o profissional para que este tome a decisão mais apropriada e preferem não saber o que foi feito. Nesses casos, a obrigação de informar pode se tornar também um equívoco grave, posto que contrariaria algo que tenha sido expressamente solicitado por um agente autônomo que não deseja se incompatibilizar com sua própria comunidade moral.

A despeito das polêmicas em torno do tema – de certo modo extensíveis a outras situações nas quais há dissonância entre profissionais e pacientes –, podemos extrair, como regra geral, que a tomada de decisão da equipe deve ser respaldada na legislação brasileira e nos códigos de ética das profissões envolvidas, mas, sobretudo, no diálogo franco e honesto com os envolvidos – enfermo, familiares, profissionais da saúde e outros –, no qual devem ser enfatizados os prós e os contras de cada decisão. Cabe destacar, também, que a aplicação literal do firmado nos dispositivos legais é uma prática que o direito brasileiro tem cada vez mais deixado para a sua história. É cada vez mais frequente, para além das faculdades de direito, encontrar membros do Judiciário analisando as situações inclusive em seus aspectos éticos e interpretando a legislação, e não simplesmente aplicando-a mecanicamente.

A experiência acadêmica tem mostrado que há, em geral, grande dificuldade em perceber os aspectos morais relacionados com o cuidado da saúde, especialmente na lida com casos concretos. A expectativa de decidir com uma suposta neutralidade moral da ciência é, como demonstrado, uma falácia. É necessário, sim, mais prática. Vivemos um tempo de grandes transformações no país; há oportunidade de investir fortemente na formação de

profissionais da saúde mais sintonizados com o seu tempo e que se distanciem de práticas heterônomas, ou seja, realizadas pela observância de regras que são apresentadas ao sujeito sem a devida reflexão crítica que o leve a tomar tais regras como suas.

No próximo capítulo traremos a discussão para dois momentos especialmente ricos em controvérsias morais e que suscitam grandes polêmicas, especialmente pela relevância que o assunto ganha para pessoas religiosas: o início e o fim da vida. Considerando esses dois momentos, optamos pela reflexão acerca de duas questões especialmente polêmicas no país: o aborto e a eutanásia.