

# Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos

Luís Claudio de Souza Motta<sup>1</sup>, Lucas Nicolau de Oliveira<sup>2</sup>, Eugenio Silva<sup>3</sup>, Rodrigo Siqueira-Batista<sup>4</sup>

## Resumen

Tomar decisiones frente a un problema moral en la práctica clínica se ha tornado un aspecto de suma importancia para todos los profesionales involucrados en la atención de la salud. El presente estudio considera este contexto de incertidumbre en el que se discuten los beneficios reales y el acceso a las nuevas tecnologías en materia de salud, y parte del supuesto de que cualquier deliberación en (bio)ética clínica se desprende del principio de que el respeto por el ser humano es indispensable para actuar correctamente. Este artículo se propone: 1) identificar en la literatura algunos de los aspectos que atraviesan y generan angustia a profesionales de la salud y/o investigadores en la práctica clínica, y 2) presentar brevemente las reflexiones o enfoques relacionados al proceso decisorio en (bio)ética clínica en relación a los casos identificados. El camino recorrido en este estudio da cuenta de una revisión de la literatura científica con una estrategia de búsqueda definida.

**Palabras clave:** Bioética. Ética clínica. Toma de decisiones.

## Resumo

### Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas

Tomar decisões diante de problema moral na prática clínica tornou-se aspecto de suma importância para todos os profissionais envolvidos no cuidado da saúde. Este estudo considera esse contexto de incertezas, em que se discutem reais benefícios e acesso às novas tecnologias em saúde, e parte do pressuposto que qualquer deliberação em (bio)ética clínica resulta do princípio de que respeito pelo ser humano é indispensável para o agir correto. Este artigo tem como proposta 1) identificar na literatura alguns dos aspectos que transpassam e angustiam os profissionais de saúde e/ou pesquisadores na prática clínica, e 2) apresentar sucintamente reflexões ou abordagens correlacionadas ao processo decisório em (bio)ética clínica em relação aos casos identificados. O caminho percorrido neste estudo diz respeito à revisão da literatura científica com estratégia de busca definida.

**Palavras-chave:** Bioética. Ética clínica. Tomada de decisão.

## Abstract

### Decision-making in clinical (bio)ethics: contemporary approaches

Taking decisions in the face of moral problems in clinical practice has become a very important aspect for all professionals involved in health care. This study considers this context of uncertainty, in which there are discussions regarding the real benefits and access to new technologies in health, and assumes that any resolution in clinical (bio)ethics results from the principle that respect for the human being is indispensable for correct actions. This article aims to 1) identify in literature some of the aspects that cause anguish in health care professionals and/or researchers in clinical practice, and 2) briefly present the reflections or correlated approaches used in the decision-making process in clinical (bio)ethics of identified cases. This study's process refers to a review of scientific literature with a defined search strategy.

**Keywords:** Bioethics. Clinical ethics. Decision-making.

1. **Doutorando** lcsmotta@hotmail.com – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ 2. **Graduando** lucasnicolau1@hotmail.com – Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Teresópolis/RJ 3. **Doutor** eugsilva@hotmail.com – Centro Universitário Estadual da Zona Oeste (Uezo), Rio de Janeiro/RJ 4. **Doutor** rsiqueirabatista@yahoo.com.br – UFRJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

## Correspondência

Luís Claudio de Souza Motta – Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), Curso de Graduação em Medicina e Curso de Graduação em Fisioterapia. Av. Alberto Torres, 111, Alto CEP 25964-004. Teresópolis/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesses.

Frente a los cambios ocurridos en el siglo XX y al avance científico y biotecnológico –en especial en las investigaciones que implican la presencia de seres humanos–, la bioética surgió como la tentativa de ofrecer respuestas a los desafíos y transformaciones surgidas como consecuencia de estos hechos. Su nacimiento explicitó la aspiración por una ética que no se limitase a los conceptos deontológicos o a las relaciones morales de “buena convivencia”, sino que permitiese una reflexión y debate sobre las ciencias de la salud y de la vida, rescatando el respeto, el cuidado y la protección no sólo en los seres humanos, sino que también en todos los seres vivos<sup>1</sup>.

A mediados de la década de 1970, al reconocer que no todo lo que fuese científicamente posible era moralmente correcto, el oncólogo y profesor estadounidense Van Rensselaer Potter acuñó el término “bioética”, concibiéndolo en una de sus obras como “puente” entre las ciencias de la vida y las humanidades<sup>2,3</sup>. Con el paso del tiempo, la (bio) ética se transformó en fundamental para el diálogo entre diversos saberes, atravesando los conceptos de ética, moral, religión, derecho, ciencia, técnica y toma de decisión, buscando apreciar, describir y proponer medios capaces de proteger a todos los sujetos implicados.

De modo general, la toma de decisión configura un dominio extremadamente diversificado, en la medida de que el proceso decisorio puede ser investigado en distintos niveles de complejidad, de las neurociencias a las ciencias sociales aplicadas, encontrándose distintos conceptos, muchos de los cuales son oriundos de las ciencias de la administración<sup>4</sup>. Se destacan, con relevancia, las contribuciones iniciales de Bethlem<sup>5</sup>, que caracterizó el proceso decisorio inicialmente en un modelo genérico compuesto de cuatro etapas: 1) la decisión de decidir; 2) la definición de lo que se va a decidir; 3) la formulación de alternativas; y 4) la elección de la alternativa considerada como la más adecuada. También se considera relevante la caracterización de Idalberto Chiavenato, que conceptualizó la toma de decisión como *el proceso de análisis y elección entre varias alternativas disponibles en el curso de acción que la persona deberá seguir*<sup>6</sup>.

Bajo otro prisma, el de las ciencias de la salud – en especial las neurociencias y la neuroética<sup>7</sup>, se sabe que las bases neurobiológicas humanas para la toma de decisión implican complejos procesos neuronales y eventos bioquímicos, los cuales vienen siendo contemporáneamente investigados como el intento de identificar áreas y circuitos corticales

responsables por todas las actividades implicadas en el proceso decisorio<sup>8,9</sup>. Significativamente, estudios ya publicados en la literatura científica internacional apuntan al córtex pre-frontal como el relevante en la toma de decisiones, teniendo en cuenta su importancia en la realización de proyecciones y conexiones con distintos sectores corticales del sistema nervioso central, sufriendo también la influencia de ellos<sup>10-12</sup>, y si se correlacionara intrínsecamente con los procesos de evaluación y el filtro de aferentes emocionales y sociales, que componen la base para el proceso de toma de decisiones<sup>13,14</sup>.

Decidir frente al problema moral en la práctica clínica se tornó un aspecto importante para todos los profesionales implicados en el cuidado de la salud, porque pone en evidencia la habilidad – o no – de reconocer un problema ético para, entonces, echar mano de las herramientas (bio)éticas adecuadas para cada situación en cualquier nivel de atención a la salud – primario, secundario, terciario y cuaternario.

En un contexto marcado por significativas incertezas –en que se discuten los reales beneficios y el acceso a las nuevas tecnologías en salud–, y partiendo del presupuesto de que cualquier deliberación en (bio)ética clínica implica el respeto al ser humano, este artículo tiene como propuesta 1) identificar en la literatura situaciones que angustian a los profesionales de la salud y/o a los investigadores en la práctica clínica; y 2) presentar sucintamente reflexiones o abordajes correlacionadas al proceso decisorio en (bio)ética clínica en relación a las situaciones identificadas.

## Método

El camino recorrido en este estudio abarca la revisión de literatura científica con la estrategia de búsqueda definida. Inicialmente fueron identificados los términos adecuados en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La segunda etapa incluyó la realización de la búsqueda emprendida en las bases de datos PubMed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y la Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando los descriptores de forma combinada, conforme lo indicado en el Cuadro 1. Considerando la publicación de artículos en tres idiomas (portugués, inglés y español), los descriptores seleccionados fueron: 1) “bioética” (*bioethics*; *bioética*); 2) “temas bioéticos” (*bioethical issues*; *discusiones bioéticas*);

3) “técnicas de apoyo para la decisión” (*decision support techniques; técnicas de apoyo para la decisión*); 4) “teoria da decisão” (*decision theory; teoría de las decisiones*); 5) “ética clínica” (*ethics, clinical; ética clínica*).

Los artículos que compusieron la muestra de este estudio contemplaron los siguientes criterios de inclusión: artículos científicos publicados en los últimos diez años, con fecha final delimitada en el 31 de diciembre de 2014; publicaciones en periódicos indexados; y disponibilidad de acceso al contenido íntegro (gratuito) para *download*. Se excluyeron los artículos presentados en formato de resumen/abstract y también publicaciones que exigían acceso al contenido dependiente del Programa de Conmutación Bibliográfica (Comut), por conveniencia de los autores.

La tercera y última etapa implicó la selección de los textos para componer la revisión, escogidos por medio de la lectura sistemática de los títulos y resúmenes, teniendo como criterio la presencia en el texto de un abordaje dirigido a la ética/(bio) ética clínica. Después del análisis de las publicaciones obtenidas, catorce artículos fueron escogidos, complementados por referencias y libros-texto de temas relacionados.

## Resultados

Los artículos fueron sometidos a la clasificación de cuño analítico, a partir de la cual se elaboró un cuadro demostrativo (Cuadro 2) –en el que los títulos fueron dispuestos en orden creciente por año de publicación–, que contempla el estado de conocimiento acerca de las discusiones sobre el objeto de estudio.

## Discusión

Considerando los catorce artículos seleccionados, los resultados demuestran que las principales discusiones acerca de las cuestiones (bio)éticas<sup>29,30</sup> vivenciadas en los distintos escenarios de atención a la salud o investigaciones clínicas son diversificadas y se refieren al debate sobre el respeto a la autonomía de los sujetos implicados; a cuestiones referentes a la beneficencia, no maleficencia y justicia –conceptos *prima facie* de la corriente principialista–; a la dificultad de acceso a bienes y servicios de salud; a la vulnerabilidad de los sujetos sobre cuidados de salud; al

conflicto en compartir o no diagnósticos clínicos y más noticias directamente con pacientes y/o sus familiares; a los obstáculos en la relación médico-paciente o paciente-profesional de la salud; a la cuestión del consentimiento informado; al dilema del fin de la vida y la mantención o interrupción de las tecnologías usadas en pacientes graves o terminales internados en UTI; al proceso decisorio no compartido entre equipos de salud; y a las referencias de la bioética de la protección × bioética de la intervención.

En el examen de los artículos seleccionados y presentados en el Cuadro 2 fue posible enlistar algunos de los aspectos vislumbrados como atinentes a la toma de decisión en (bio)ética clínica, discutidos a seguir.

### **Percepciones en cuanto a conflictos en la diversidad de las prácticas cotidianas del cuidado de la salud**

#### • Conflictos (bio)éticos en el inicio de la vida

Las UTI neonatales son estructuras asistenciales de la salud reconocidas en las sociedades contemporáneas, en especial en Brasil, como fundamentales para los cuidados de los recién nacidos (RN), porque se configuran como un espacio destinado a la atención de bebés con amenaza inmediata o potencial a la vida<sup>31</sup>. Sin un adecuado planeamiento estratégico en ese sector, los profesionales de las UTI neonatales se enfrentan a un dilema (bio)ético: ¿cómo decidir en cuanto a la elección de cuáles RN deben ser beneficiados –y de qué manera– con los recursos disponibles para la atención neonatal<sup>25</sup>?

Aunque frente a la declinación de la mortalidad de los nacidos vivos en extrema prematuridad sea evidente, el tiempo prolongado en el propio ambiente estresante de la UTI neonatal, los diversos momentos de manipulación e, inclusive, las intervenciones de resucitación exponen a los RN prematuros a estímulos indeseados que se expresan posteriormente en un desarrollo cerebral y sensorial anormal y a la pérdida auditiva y visual, además de presentar disturbios en el lenguaje<sup>15</sup>.

Se reconoce que la mantención artificial de las funciones vitales sin expectativas razonables de recuperación – en los casos de RN severamente comprometidos– configura un dilema (bio)ético en la práctica clínica de los profesionales de UTI neonatal, frente a la posibilidad de prolongar el sufrimiento del individuo enfermo y también de sus familiares, poniendo en jaque la propia protección de la dignidad humana de los recién nacidos bajo cuidados intensivos<sup>15,32</sup>.

**Cuadro 1.** Descriptores utilizados, estrategias de búsqueda y número de citas obtenidas

Descriptores y estrategias de búsqueda	Bases de datos consultadas		
	PubMed	Lilacs	SciELO
Bioética + técnica de apoyo para la decisión	3	102	0
Bioética + teoría de la decisión	12	0	0
Bioética + ética clínica	2	27	0
Temas bioéticos + técnicas de apoyo para la decisión	1	0	0
Temas bioéticos + teoría de la decisión	0	0	0
Temas bioéticos + ética clínica	4	1	0
Total	152 publicaciones		

**Cuadro 2.** Distribución de los títulos, autoría, año de publicación, métodos y conflictos y reflexiones sobre la (bio)ética clínica identificados en los artículos seleccionados

Título	Método(s)	Principales conflictos/reflexiones sobre (bio)ética clínica
Ética en la decisión terapéutica en condiciones de prematuridad extrema <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, revisión crítica de literatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incerteza en el pronóstico de bebés que nacen extremadamente prematuros y consideraciones éticas sobre autonomía y decisiones terapéuticas</li> <li>El creciente avance tecnológico en el cuidado de la salud y la necesidad de intervención humanizada –como imperativo (bio)ético- en lo cotidiano en las unidades neonatales</li> <li>Mantenimiento artificial de las funciones vitales, en contexto de falta de expectativas razonables de recuperación</li> </ul>
Implantación de comités de bioética en hospitales universitarios brasileños: dificultades y viabilidades <sup>16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, relato de caso</li> <li>Escenario: complejo hospitalario de universidad pública brasilera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contextualización del surgimiento y propuesta de los comités de bioética en Brasil</li> <li>Poca comprensión por parte de los profesionales de la salud en cuanto a los conocimientos (bio)éticos básicos y habilidades para lidiar con cuestiones morales en el ámbito de la clínica y del cuidado</li> </ul>
Modelos de toma de decisión en bioética clínica: apuntes para el abordaje computacional <sup>17</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, revisión de literatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ascensión de la aplicabilidad de sistemas computacionales en la práctica clínica</li> <li>Presentación de las redes neuronales artificiales como apoyo computacional para la toma de decisión en (bio)ética clínica</li> </ul>
Toma de decisión en bioética clínica: casuística y deliberación moral <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, artículo de actualización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación y discusión de dos procedimientos para la toma de decisión en (bio)ética clínica: casuística y deliberación moral de Diego Gracia</li> </ul>
Conflictos éticos en la comunicación de más noticias en oncología <sup>19</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, exploratorio, con entrevistas semiestructuradas</li> <li>Participantes: 15 oncólogos clínicos y cirujanos</li> <li>Escenario: Municipio de Rio de Janeiro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades vividas por médicos oncólogos en el proceso de comunicación de malas noticias</li> <li>Problemas éticos resultantes de las tensiones entre paternalismo y respeto a la autonomía del paciente</li> </ul>
Cuidados paliativos en pacientes con HIV: principios de la bioética adoptados por enfermeros <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, exploratorio</li> <li>Participantes: 12 enfermeros</li> <li>Aplicación de formulario estructurado y análisis categorial temático (Bardin)</li> <li>Escenario: Clínica de enfermedades infectocontagiosas y servicio de asistencia médica especializada de hospital público del municipio de João Pessoa/PB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorización de los principios de respeto a la autonomía, de la beneficencia, de la no maleficencia y de la justicia en las prácticas de los cuidados paliativos a pacientes con HIV</li> <li>Dificultad de médicos para decidir con seguridad el momento de la oferta de cuidados paliativos y la perpetuación de un proceso largo de distansia de pacientes con HIV</li> </ul>

Título	Método(s)	Principales conflictos/reflexiones sobre (bio)ética clínica
Bioética clínica y su práctica <sup>21</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, artículo de actualización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debate sobre herramientas metodológicas que auxilian en la práctica clínica y en la mejora en la toma de decisión</li> <li>Presentación de métodos para la toma de decisión en (bio)ética clínica basados en las propuestas de Diego Gracia, Albert Jonsen y James Drane</li> </ul>
Acerca de la bioética de la cabecera del lecho <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo</li> <li>Escenario: hospital universitario del municipio de São Paulo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación médico-paciente y ética de la interacción en la cabecera del lecho como desafíos</li> <li>La (bio)ética a la cabecera del lecho como examinadora comparativa de múltiples consecuencias en la asistencia y el éxito en la conciliación y la apertura al compartir de las decisiones clínicas</li> </ul>
Bioética y nutrición en cuidados paliativos oncológicos en adultos <sup>23</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, revisión de la literatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Importancia del tratamiento nutricional en cuidados paliativos de pacientes oncológicos</li> <li>Describir el dilema (bio)ético entre cuidados paliativos y nutrición en pacientes oncológicos</li> </ul>
El principio de respeto por la autonomía: concuerda con la experiencia de los oncólogos y biólogos moleculares en su trabajo diario? <sup>24</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, empírico</li> <li>Aproximación hermenéutica fenomenológica con métodos de la filosofía moral, por medio de técnica de entrevistas semiestructuradas</li> <li>Participantes: 12 médicos oncólogos y biólogos moleculares dinamarqueses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexión (bio)ética de carácter principialista</li> <li>Vulnerabilidad y restricción externa de las circunstancias vivenciadas como factores que influyen a pacientes al consentir cualquier tipo de tratamiento</li> <li>Circunstancias en que el principio del respeto a la autonomía no es respetado y oncólogos y biólogos moleculares deciden por la inclusión o no de los pacientes en los tratamientos</li> </ul>
Bioética clínica: contribuciones para la toma de decisiones en unidades de terapia intensiva neonatales <sup>25</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, artículo de actualización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de decisión para admisión en UTI neonatales con base en el principio de la justicia distributiva</li> <li>Dilema de los profesionales de UTI neonatales en relación a la toma de decisión sobre quién y de qué manera debe ser beneficiado con los recursos públicos disponibles</li> </ul>
El médico frente al diagnóstico y pronóstico de cáncer avanzado <sup>26</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cuantitativo, empírico, con aplicación de cuestionario con preguntas cerradas</li> <li>Participantes: 38 médicos especialistas que trabajan con oncología</li> <li>Escenario: Hospital de Base del Distrito Federal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No información del diagnóstico de enfermedad terminal grave como forma de paternalismo médico.</li> <li>Conflictos (bio)éticos implicando beneficencia y respeto a la autonomía del paciente vivenciados en la práctica médica</li> </ul>
De la cura a lo paliativo: concepto, decisión y aceptación <sup>27</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, empírico, con aplicación de cuestionario</li> <li>Participantes: 1.672 profesionales médicos y enfermeros suecos, de 10 especialidades distintas, escogidos aleatoriamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferentes percepciones de los profesionales sobre conceptos de transición entre tratamiento curativo y cuidados paliativos, y la respectiva influencia de esas distinciones en las estrategias de cuidado</li> <li>Desacuerdos entre profesionales del equipo en cuanto a la toma de decisión acerca de la interrupción del tratamiento curativo e inicio de los cuidados paliativos</li> <li>Reflexión y análisis ético sobre los principios de la ética de las virtudes, deontología profesional, consecuencialismo y casuística</li> </ul>
Consentimiento informado y rechazo del tratamiento: desafíos para médicos de emergencias <sup>28</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cualitativo, artículo de actualización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consentimiento informado como derecho legal y proceso moralmente recomendado para que pacientes habilitados sean capaces de participar del proceso de decisión de sus cuidados</li> <li>(Bio)ética y las cuatro habilidades citadas como fundamentales para compartir el proceso médico de toma de decisión</li> </ul>

Frente a lo expuesto, en el caso de neonatología, el respeto a la autonomía surge como puente para la reflexión de la decisión compartida. Aunque esos enfermos no tengan posibilidad de decidir sobre sus vidas, la protección de su dignidad implica compartir la decisión del equipo de salud con los padres de los enfermos, los cuales están legalmente autorizados a dar consentimiento para la realización de determinado tipo de tratamiento<sup>25,32</sup>. Ribeiro y Rego<sup>25</sup>, en ese caso, incluyen también en su reflexión la bioética de protección y la teoría de las capacidades de Nussbaum<sup>33</sup> como responsabilidad del Estado de satisfacer de forma justa las necesidades de la población vulnerable bajo su guardia.

#### • Conflictos (bio)éticos en el fin de la vida

En el examen de los elementos que componen los artículos seleccionados, fue posible detectar tensiones en los equipos multidisciplinarios que prestan cuidados a pacientes con enfermedades avanzadas y/o terminales<sup>34</sup>, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos y totales del enfermo cuya patogenia no es más sensible a las alternativas del tratamiento curativo. El abordaje del cuidado es diferenciado, porque propone la mejora de la calidad de vida del paciente, así como a sus familiares y responsables<sup>35,36</sup>.

Al proponer la mejoría en la calidad de vida, la nutrición *per se* es también un aspecto pertinente a los cuidados paliativos, necesario en distintos abordajes terapéuticos, incluyendo la alimentación por catéter o las ostomías. Además, tiene un significado preventivo importante, posibilitando medios y vías de alimentación, reduciendo efectos adversos provocados por tratamientos quimioterápicos y retardando el síndrome de anorexia-caquexia<sup>23</sup>.

Benarroz y colaboradores<sup>23</sup> retratan, específicamente, las inquietudes y conflictos (bio)éticos con los cuales trabajan los profesionales de nutrición en lo cotidiano de los cuidados paliativos oncológicos en adultos. Es notorio que no siempre el alimento promoverá confort y bienestar. Al contrario, los efectos indeseables de las técnicas de nutrición —en particular, la artificial— son algunas veces causantes de empeoramientos, perjudicando el objetivo primordial de los cuidados paliativos. En el artículo referido, la participación (bio)ética en la práctica clínica de los nutricionistas incluyó la vertiente principialista, la cual ofreció una argumentación (bio)ética para el diálogo entre el equipo de salud, el paciente y los familiares<sup>23</sup>.

Los cuidados paliativos también fueron abordados en el cuidado de pacientes con HIV en un

estudio reciente<sup>20</sup> cuyo objetivo fue investigar cuáles principios de la (bio)ética eran considerados por los enfermeros en su práctica. Del análisis del material empírico emergieron dos categorías principales, que remiten a reflexiones bioéticas principialistas: 1) respeto a la autonomía del paciente con HIV bajo cuidados paliativos, permitiendo que ejerzan su derecho a participar de las decisiones; y 2) valorización de los principios de la beneficencia, de la no maleficencia y de la justicia en la práctica de los cuidados paliativos del paciente con HIV, proporcionando una conducta humanizada a los pacientes y protegiéndolos de posibles daños durante su hospitalización<sup>20</sup>.

En una investigación realizada con doce profesionales médicos y biólogos moleculares dinamarkeses especialistas en el área de oncología, también hubo una referencia al principialismo de Beauchamp y Childress. Curiosamente, a pesar de que los participantes afirmaron que el respeto a la autonomía de pacientes oncológicos debe estar siempre basado en los deseos y conocimientos del enfermo en cuanto a su enfermedad, usualmente era adoptada una postura de decidir sin consultar a los pacientes o familiares cuando se los consideraba desprovistos de la competencia necesaria para decidir<sup>24</sup>.

En otra investigación<sup>27</sup>, se percibió que la decisión en cuanto a las posibilidades de tratamiento no siempre era compartida entre el equipo y el paciente y sus familiares, careciendo de una discusión entre las partes implicadas. En otros momentos, tal decisión se caracterizaba como una atribución del propio médico. Además, cuando los equipos no esclarecían a los pacientes y familiares en cuanto al proceso de la enfermedad, las tensiones frente a la aceptación de la enfermedad eran evidentes. En un estudio, cuatro teorías (bio)éticas fueron usadas para el análisis de los conflictos y mejoramiento de la toma de decisión: 1) la ética de las virtudes; 2) la deontología; 3) el consecuencialismo; y, por fin, 4) la casuística como una estrategia para la comparación de los casos morales y la conclusión de los datos.

Moskop<sup>28</sup> estudió en los centros de emergencias en Estados Unidos, el uso del consentimiento informado como un derecho legal y con un proceso moral recomendado que permitió a los pacientes poder participar en la toma de decisiones acerca de la atención que reciben. Se identificaron, desde un punto de vista ético, cuatro habilidades funcionales clave para compartir la toma de decisiones en situaciones de emergencia médica clínica y el riesgo inminente en situaciones de muerte: 1) la capacidad del paciente para comprender la información

relevante para la decisión de su tratamiento; 2) la capacidad de los implicados de apreciar el significado de cada información para cada situación que enfrentan; 3) la capacidad de los profesionales de la salud de usar la razón para contribuir en el proceso lógico de las opciones de tratamiento; y 4) la capacidad del paciente para expresar la elección<sup>28,36,37</sup>.

• *Conflictos (bio)éticos y la comunicación de malas noticias en oncología*

Uno de los estudios identificados, llevados a cabo en el Distrito Federal con los médicos que prestaron atención a los pacientes con neoplasia maligna<sup>26</sup>, hizo hincapié en que la información del diagnóstico a los pacientes y a sus familias ha sido reconocido como uno de los pilares de la relación médico-paciente, promoviendo seguridad y proporcionando al enfermo la posibilidad de ejercer la autonomía. En los casos de restricción de la información de diagnóstico - prohibidas por el Código de Ética Médica, a menos que la información pueda traer más daño al paciente - los autores hacen hincapié en situaciones relacionadas con el comportamiento "paternalista" de los médicos (para proteger a los pacientes de pasar por un estado de sufrimiento), reduciendo al mínimo la aparición de problemas en contextos sin esperanza (no maleficencia).

A través de entrevistas semiestructuradas, Geovanini y Braz<sup>19</sup> llevaron a cabo un estudio con oncólogos que se centró en los conflictos éticos en la comunicación de malas noticias en oncología. Los principales conflictos se relacionaron con la idoneidad moral razonable de la utilización de la verdad en la comunicación y la gestión de la relación médica con la familia del paciente. La dificultad más evidente que enfrentaron los encuestados estaba relacionada con la imposibilidad de predecir las consecuencias de las decisiones tomadas y, por lo tanto, afectando el comportamiento de algunos de no llevar a cabo un proceso de comunicación correcta con las partes interesadas, que culmina en las actitudes paternalistas que interfieren con el pleno ejercicio de la autonomía del paciente<sup>19</sup>.

*El papel de los comités y comisiones hospitalarias de (bio)ética*

A diferencia de los comités y comisiones de ética hospitalaria -siempre compuestas exclusivamente por miembros de una corporación-; los comités de bioética son necesariamente multiprofesionales y multidisciplinarios, ya que la

propuesta tiene que hacer frente a referencias más específicas: las de la propia bioética. Aunque en un principio surgió en los Estados Unidos en el período 1960-1970, desde 2005 estos comités están recomendados por la UNESCO como se indica en el artículo 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>38</sup>. De hecho, permite un análisis más extenso de casos clínicos de mayor dificultad desde el punto de vista de la toma de decisiones en situaciones de conflicto moral. A través de ellos constituyen los casos de los que participan no sólo los profesionales de la salud, sino también los profesionales de otras áreas y los representantes de los usuarios y la comunidad.

La propuesta de los comités es convertirse en un espacio plural para volver al diálogo, influyendo en la valoración de todas las personas que participan en la búsqueda de la resolución de conflictos en el contexto de las instituciones de salud y la mejora de la atención proporcionada a los pacientes. Estas instancias permiten tratar los casos que requieran la evaluación ética, lo que permite una ventaja para buscar el papel de los pacientes y sus representantes, así como ofrecer un mayor repertorio para acciones (bio)éticas a los profesionales y gestores sanitarios<sup>16</sup>. Sin embargo, estos comités y las comisiones no están destinados a tomar la responsabilidad de los profesionales de la salud -o equipos de médicos- en las decisiones que se adopten en cada caso<sup>39</sup>.

Curiosamente, a pesar de la importancia de los comités y comisiones de estudio, en este artículo se señalan las dificultades que todavía se encuentran en la aplicación de tales casos de ayuda en las decisiones (bio)éticas médicas. Marinho y colaboradores<sup>16</sup> relatan la experiencia en la aplicación de estos comités en cuatro unidades de salud en la universidad pública brasilera: se formó una iniciativa de abajo hacia arriba, es decir, los profesionales relacionados con la educación médica en el hospital, pero sin la participación efectiva de gestión de la unidad, poca implicación y participación de los estudiantes de otras áreas de la salud y el absentismo de algunos profesionales<sup>16</sup>.

*Soporte informático en la toma de decisiones en (bio)ética clínica*

El enfoque computacional se ha convertido en una herramienta valiosa para ayudar a la toma de decisiones, con aplicaciones en los sectores industriales, los diversos usos de la ingeniería, el saber financiero, comercial, la agricultura, la salud y la propia investigación científica<sup>17</sup>.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la inteligencia artificial (IA) se ha desarrollado significativamente<sup>17,40,41</sup>, tratando de sistematizar y reproducir las tareas intelectuales humanas. En este proceso se destaca la IA conexionista, centrada en los métodos que utilizan 1) redes neuronales artificiales, que surgieron más concretamente al final de la década de 1980<sup>42-45</sup>; y 2) los sistemas expertos (1970), los sistemas informáticos que se caracterizan por la IA simbólica, que considera que el comportamiento global inteligente puede ser simulado. Estos sistemas realizan estas funciones “similares” a las que se realizan rutinariamente por un experto humano<sup>42,46,47</sup>.

Desde esta perspectiva, un estudio reciente ha propuesto el uso de algoritmos de aprendizaje automático para el desarrollo de sistemas informáticos para apoyar la toma de decisiones en la práctica (bio)ética, la incorporación de los aspectos relacionados con el proceso de toma de decisiones,

el prototipo inicial, Bio-Oracle (Bio “bioinformática”, Oracle de *Organizer of the Rational Approach in Computational Learning Ethics*; “Organizador del Enfoque racional de Ética de aprendizaje computacional”), se encuentra en desarrollo<sup>17</sup>.

### La toma de decisiones en la (bio)ética médica: los métodos

La relación entre médico y paciente es con frecuencia irregular: el primero tiene conocimientos sobre el problema que afecta a la última. El profesional se ajusta a las condiciones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Por otro lado, el paciente sólo tiene la capacidad de decidir la comunicación clara y verdadera realizada por el médico. Por lo tanto, las actitudes de los profesionales de la salud se convierten en fundamentales para el posicionamiento de su paciente: ya sea que puede ser tratada como un objeto de su vida o como un objeto de intervenciones terapéuticas<sup>22,48</sup>.

**Cuadro 3.** Métodos de ayuda en la toma de decisión en (bio)ética clínica por autor

David Thomasma	Diego Gracia	Albert Jonsen	James Drane	Fermin Schramm
<p>Se propone el establecimiento de prioridades en el momento de indicar el mejor curso de acción o decisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describir todos los hechos del caso;</li> <li>2. Describir los valores relevantes para todos los involucrados;</li> <li>3. Determinar el valor principal amenazado;</li> <li>4. Determinar las posibles acciones que puede proteger el mayor número de valores;</li> <li>5. Elegir un curso de acción;</li> <li>6. Defender este curso de acción a partir de los valores fundamentales.</li> </ol>	<p>Recomienda el análisis exhaustivo de la historia clínica que se trate, antes de la aplicación del método:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del problema;</li> <li>2. Análisis de los hechos: cuanto más claros, más fácil será el análisis ético;</li> <li>3. Identificación de los valores implícitos, la identificación de los valores en conflicto, la reformulación del problema;</li> <li>4. Identificación de la controversia de fondo;</li> <li>5. Resolución sobre el conflicto fundamental;</li> <li>6. Toma de decisiones;</li> <li>7. Criterios de seguridad (defenderlo públicamente y verificar si la decisión es injusta).</li> </ol>	<p>Considera que las cuestiones morales deben ser analizadas a partir de la historia clínica (y no los principios, inicialmente):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exposición del caso, en el que se enumeran todos los datos clínicos necesarios para el análisis moral;</li> <li>2. Revisión o discusión moral, a partir de cuatro categorías: las preferencias, médicos del paciente, calidad de vida y los factores socioeconómicos;</li> <li>3. Etapa de consejos morales: es el médico quien recomienda el tratamiento, pero el paciente tiene el derecho de aceptarlo o no.</li> </ol>	<p>Utiliza los principios de autonomía y beneficencia para guiar la reflexión, y en base a los valores morales capturados por la descripción de los factores clínicos relevantes. La sistematización de la ética por la metodología propuesta se estructura en tres fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descriptivo, que sirve para orientar la identificación de los factores relevantes;</li> <li>2. Justificación, que se utiliza para dirigir el razonamiento acerca de los hechos relevantes;</li> <li>3. Volitivo, en referencia a los factores que sirvieron de base para la reflexión para la toma de decisiones: ordenamiento de los bienes, los principios y la toma de decisiones.</li> </ol>	<p>Se considera que tanto la razón teórica (descriptiva y global) como la razón práctica (aplicada) son herramientas indispensables en la (bio)ética y propone el uso de “herramientas” a la luz de la razón práctica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La intuición moral;</li> <li>2. Ejemplificación de hechos y situaciones concretas como argumentos;</li> <li>3. El uso de analogías, lo que facilita la búsqueda de los mejores argumentos;</li> <li>4. Argumento de pendiente resbaladiza;</li> <li>5. El papel de “abogado del diablo” o el debate consigo mismo;</li> <li>6. Compromiso con la búsqueda y evaluación crítica de la solución propuesta.</li> </ol>

Fuente: adaptado de Zobili<sup>48</sup>, Figueiredo<sup>21</sup>, Gracia<sup>49</sup> y Schramm<sup>50</sup>.

En este contexto, la propuesta de (bio)ética médica cubre todas las situaciones que requieren la toma de decisiones en la vida cotidiana de las diversas profesiones de la salud o en situaciones particulares en los comités de ética. En el Cuadro 3 se enumeran, desarrolladas por diferentes autores, las propuestas para guiar el análisis de los conflictos y dilemas morales que se plantean en la práctica clínica, diseñadas para ayudar al proceso de toma de decisiones.

Además de los métodos presentados, otros procedimientos para la toma de decisiones en la (bio)ética médica, también reconocidos en la literatura, proponen: 1) la casuística y 2) la deliberación moral. La casuística es considerada por Albert Jonsen y Stephen Toulmin<sup>51</sup> como una herramienta válida para la discusión de problemas (bio)éticos en la práctica clínica. Específicamente, en el área clínica, comienza con el análisis ético y la evaluación de los casos de indicaciones médicas, seguido por las preferencias del paciente, la calidad de vida y que termina con los aspectos cíclicos. Todos estos aspectos permiten el diseño de los hechos (bio)éticamente relevantes para el caso y para obtener una solución práctica en la toma de decisiones<sup>18,50,51</sup>.

Los procedimientos de deliberación moral de los problemas (bio)éticos considera los valores y deberes que comportan hechos concretos, que buscan gestionar el conflicto moral de una manera razonable y prudente, a través de discusiones meticulosas. Propuesto por uno de sus estudiosos, Diego Gracia, el método debe ser sistematizado y contextualizado para encontrar soluciones concretas, a través de las alternativas sensatas; es decir, se trata de expresar la capacidad de apreciar lo que está involucrado en el caso, siempre desde la perspectiva de llegar a decisiones razonables<sup>18,51-53</sup>.

## Consideraciones finales

En línea con los estudios presentados, este artículo revisa algunas de las cuestiones claves

para la toma de decisiones en la (bio)ética médica, haciendo uso de la investigación bibliográfica con la estrategia de búsqueda definida. Basándonos en los textos obtenidos, la toma de decisiones en la (bio)ética médica es un proceso extremadamente difícil para los profesionales de la salud.

Las preguntas que perturban a estos profesionales son diversas, pasando situaciones de conflicto y tensión con respecto a la decisión más ajustada a la puesta en marcha de situaciones y al final de la vida. Además, la comunicación de malas noticias para el paciente y/o sus familiares, la instalación de los cuidados paliativos, el respeto a la autonomía y a la dignidad de la vida y el reconocimiento de la búsqueda de conceptos y prácticas, además de la experiencia técnica y la ética profesional del médico, son también factores que entrañan dificultades para los equipos de salud.

Estructurada en la reflexión de los autores durante la redacción de este ensayo, y mediante el reconocimiento de la importancia del pluralismo moral, proponemos aquí que es fundamental la crítica de la corriente principialista (adoptada en la mayoría de los estudios de ética clínica). Se sugiere ampliar la discusión y la reflexión con otras corrientes de (bio)ética. Sin lugar a dudas, se debe considerar la necesidad de desarrollar nuevos modelos teóricos y métodos relacionados para la expansión de la caja de herramientas "(bio)éticas" para la práctica ética en la toma de decisiones.

En base a lo anterior, se recomienda el desarrollo de nuevas estrategias para apoyar la toma de decisiones, contemplando, entre ellos 1) lo que se refiere a las comisiones de (bio)ética; 2) la aplicación del método de cálculo; y 3) los procedimientos para el enfoque pragmático de la relación entre medios y fines involucrados, lo que le permite al proceso de toma de decisiones incluir valores y sistemas de preferencias razonables y prudentes.

*Los autores agradecen al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) por el apoyo financiero para la investigación.*

## Referências

1. Motta LCS, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal o que é isto? Rev Bras Clin Med. 2012;10(5):431-9.
2. Neves MCP. Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea. In: Porto D, Schlemper Jr. B, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F, organizadores. Bioética: saúde, pesquisa, educação. Brasília: CFM/SBB; 2014. v. 2. p. 143-67.
3. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Programa de base de estudos sobre bioética: parte 1. Montevideu: Unesco; 2015. p. 16-7.
4. Moritz GO, Pereira MF. Processo decisório. Florianópolis: UFSC; 2006. p. 29-34.

5. Bethlem AS. Modelos de processo decisório. *Rev Adm.* 1987;22(3):27-39.
6. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. 3ª ed. São Paulo: Elsevier-Campos; 2004. p. 165.
7. Cortina A. Neuroética: las bases cerebrales de una ética universal com relevancia política? *Isegoría.* 2010;(42):129-48.
8. Boorman ED, Rushworth MF, Behrens TE. Ventromedial prefrontal and anterior cingulate cortex adopt choice and default reference frames during sequential multi-alternative choice. *J Neurosci.* 2013;33(6):2242-53.
9. Paine TA, Asinof SK, Diehl GW, Frackman A, Leffler J. Medial prefrontal cortex lesions impair decision-making on a rodent gambling task: reversal by D1 receptor antagonist administration. *Behav Brain Res.* 2013;243:247-54.
10. Esperidião-Antonio V, Majeski-Colombo M, Toledo-Monteverde D, Moraes-Martins G, Fernandes JJ, Assis MB *et al.* Neurobiologia das emoções. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(2):55-65.
11. Lent R. Cem bilhões de neurônios. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 612-42.
12. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Bioética e neurociências: os desígnios da Moíra. *Tempo Brasileiro.* 2013;195:5-26.
13. Esperidião-Antonio V. Neurociências: diálogos e intersecções. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.
14. Rogers RD. The roles of dopamine and serotonin in decision-making: evidence from pharmacological experiments in humans. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(1):114-32.
15. Bezerra AL, Moreno GMM, Clementino ACCR, Chagas APC, Moura IS, Silva J. Ética na decisão terapêutica em condições de prematuridade extrema. *Rev. bioét. (Impr.).* 2014;22(3):569-74.
16. Marinho S, Costa A, Palácios M, Rego S. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. bioét. (Impr.).* 2014;22(1):105-15.
17. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Maia PM, Costa IT, Paiva AO, Cerqueira FR. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. *Rev. bioét. (Impr.).* 2014;22(3):456-61.
18. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. bioét. (Impr.).* 2013;21(3):389-96.
19. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev. bioét. (Impr.).* 2013;21(3):455-62.
20. Vasconcelos MF, Costa SFG, Lopes MEL, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/aids: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2559-566.
21. Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. *Rev. bioét. (Impr.).* 2011;19(2):343-58.
22. Grinberg M. Acerca da bioética da beira do leito. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(6):615-37.
23. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):1875-82.
24. Ebbesen M, Pedersen BD. The principle of respect for autonomy: Concordant with the experience of oncology physicians and molecular biologist in their daily work? *BMC Med Ethics.* 2008;9(5):1-12.
25. Ribeiro CDM, Rego S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(2 Suppl):2239-46.
26. Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1):68-74.
27. Löfmark R, Nilstun T, Bolmsjö IA. From cure to palliation: concept, decision and acceptance. *J Med Ethics.* 2007;33(12):685-8.
28. Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24(3):605-18.
29. Leopold A. *Sand County almanac and sketches here and there.* New York: Oxford; 1989.
30. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
31. Society of Critical Care Medicine. Definitions. [Internet]. SCCM; 1999 [acesso 5 nov 2014]. Disponível: [http://www.sccm.org/accm/guidelines/guide\\_body\\_definitions.htm](http://www.sccm.org/accm/guidelines/guide_body_definitions.htm)
32. Jiménez CAZ, Chirino-Barceló Y, González HAB, Bustamante MMA. Bioética en tiempo real: el límite de la viabilidad en los recién nacidos. *Médicas UIS.* 2013;26(3):23-31.
33. Nussbaum MC. In defense of universal values. In: Nussbaum MC, editor. *Women and human development: the capabilities approach.* Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 34-110.
34. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
35. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO; 2002.
36. Nicola C. Bioética em cuidados paliativos. In: Urban CA. *Bioética clínica.* Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 495-550.
37. Caro MMM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr.* 2007;26(3):289-301.
38. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: Unesco; 2005.
39. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais da saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 128-41.
40. Nunes WV. Redes neurais artificiais: aspectos introdutórios. In: Esperidião-Antônio V. *Neurociências: diálogos e intersecções.* Rio de Janeiro: Rubio; 2012. p. 529-36.

41. Russell S, Norvig P. Inteligência artificial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2004.
42. Braga AP, Carvalho APLF, Ludemir TB. Redes neurais artificiais: teoria e aplicações. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2007. p. 3-19.
43. Afshar S, Abdolrahmani F, Tanha FV, Seif MZ, Taheri K. Recognition and prediction of leukemia with Artificial Neural Network (ANN). MJIRI. 2011;25(1):35-9.
44. Amato F, López A, Pena-Méndez EM, Vanhara P, Hampl A, Havel J. Artificial neural networks in medical diagnosis. J Appl Biomed. 2013;11(2):47-58.
45. Suebnukarn S, Haddawy P. A Bayesian approach to generating tutorial hints in a collaborative medical problem-based learning system. Artif Intell Med. 2006;38(1):5-24.
46. Linhares KSC. Sistema especialista nebuloso para diagnóstico médico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
47. Al-Shayea QK. Artificial Neural Networks in medical diagnosis. Int J Comput Sci Issues. 2011;8(2):150-4.
48. Menezes RA. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. Physis. 2011;21(4):1429-49.
49. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001;4(2):223-32.
50. Schramm FR. Acerca de los métodos de la bioética para el análisis y la solución de los dilemas morales. In: Bergel SD, Minyersky N, coordinadores. Bioética y derecho. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni; 2003.
51. Jonsen AT, Toulmin SE. The abuse of casuistry: a history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press; 1988.
52. Jonsen AR, Siegler M, Wislade WJ. Ética clínica. 4ª ed. Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
53. Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

#### Participación de los autores

Luís Claudio de Souza Motta diseñó y coordinó la escritura del manuscrito, además de orientar a Lucas Nicolau de Oliveira en la recolección de datos bibliográficos, fichado de los artículos seleccionados y elaboración de las versiones preliminares del texto. Eugenio Silva y Rodrigo Siqueira-Batista – orientadores de la tesis de doctorado a la cual el artículo está vinculado- participaron de la elaboración del diseño del texto y realizaron la revisión crítica de la versión final del manuscrito.

