

ARTIGOS

Metodologia da análise ética de casos clínicos

José Roque Junges

O artigo propõe uma metodologia da análise ética de casos clínicos que supere a pura aplicação mecânica dos princípios bioéticos da autonomia, beneficência e justiça, apontando para os diferentes dados clínicos e apelos éticos configuradores do caso, possibilitando maior aderência à situação concreta e aplicação mais apropriada dos princípios.



José Roque Junges
Pós-graduado em Saúde Coletiva
pelo Centro de Ciências da Saúde
(UNISINOS)

Unitermos: ética clínica, análise de casos, importância ética da singularidade do caso, casuística

A ética médica deixou de ser pura deontologia profissional e cada vez mais assume a perspectiva da ética clínica, isto é, análise ética de casos clínicos. A bioética teve papel fundamental nessa transformação, pois ampliou o horizonte de compreensão dos problemas éticos, criando um instrumental teórico mais apropriado para enfrentar os desafios éticos advindos do exercício da medicina. A bioética tornou-se conhecida, estendendo sua influência através dos célebres princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, conhecidos como seu núcleo central. A aplicação dos mesmos na solução de casos foi sua grande contribuição para a ética médica. Hoje, esses princípios já são algo adquirido, consolidado, configurando-se em paradigma ético, conhecido como paradigma principialista.

Os princípios estão relacionados com obrigações expressas em normas de ação, dependentes de certa compreensão teórico-deontológica, originando juízos particulares que são o seu verdadeiro objetivo. Trata-se de discurso

ético baseado na linguagem de obrigações e deveres referidos a direitos correspondentes. Por exemplo, o princípio da autonomia diz respeito ao dever de o profissional dar toda a informação necessária e ao direito de o paciente receber uma informação clara, adaptada à sua compreensão, o que melhor lhe possibilita decidir sobre sua situação. O princípio configura-se na norma jurídica do consentimento informado. O referencial teórico de compreensão da autonomia é a filosofia de Kant.

O sucesso dos princípios na solução de casos os transformou numa “mantra” que basta aplicar para que surja a solução. Alguns críticos do paradigma falam de uma tirania dos princípios, porque o principialismo dá pouca importância à singularidade do caso e insuficiente atenção às circunstâncias concretas, tendo como único critério e ponto de partida o princípio, concebido em sua universalidade abstrata aplicada ao caso particular. O que se criticou é a aplicação mecânica de princípios universais aos casos singulares dentro de um raciocínio dedutivo. Essa crítica foi tão pertinente que passou a constar nas edições posteriores da obra clássica do principialismo: *Principles of biomedical ethics*.

A pura aplicação foi substituída pelo conceito de balanceamento, quando dois princípios conflitam em situações concretas, tornando necessária uma ponderação que remete às circunstâncias concretas. É o que acontece quando exigências da autonomia e da beneficência entram em conflito. De modo especial, a apli-

cação foi completada pelo conceito de especificação, que é a tentativa de dar conteúdo aos princípios, especificando o seu significado, objetivo e alcance através da singularidade da situação. Por exemplo, quando se faz necessário especificar as implicações da beneficência ou da não-maleficência para determinada situação clínica.

Portanto, não basta uma aplicação mecânica dos princípios, impõe-se, antes, um levantamento dos elementos particulares que especificam o sentido e o alcance do princípio para a singularidade do caso a ser analisado. Esses elementos configuradores do caso podem ser clínicos e éticos. Após o levantamento desses dados, o princípio emerge em sua luz, iluminando a solução, e a correspondente norma tem uma aplicação ponderada para chegar à decisão.

1. Levantamento dos dados clínicos de um caso

Antes de mais nada, é preciso configurar clinicamente o caso. Apontar os elementos clínicos que têm implicações éticas. Esses elementos são quatro: *indicações médicas, preferências do paciente, qualidade de vida e contexto sociocultural*. Eles ajudam a não reduzir a relação médico-paciente a um ato puramente profissional e cientificamente objetivo, porque apontam para as preferências do paciente e seu contexto sociocultural. Por outro lado, também não colocam o médico ao serviço dos desejos do paciente, pois os confronta com os critérios

ARTIGOS

objetivos da indicação médica e da qualidade de vida.

Indicações médicas: compreende o diagnóstico e a terapêutica do caso. Pergunta se ambos respondem às metas do exercício da medicina: promover a saúde e prevenir a doença; aliviar os sintomas da dor e do sofrimento; curar a doença; impedir a morte; melhorar o estado funcional e manter o estado comprometido; evitar dano ao paciente durante o tratamento. Os princípios da beneficência e não-maleficência estão implicados na satisfação desses objetivos. As indicações concretas para o caso ajudam a especificar esses princípios;

Preferências do paciente: o tratamento não pode ser iniciado sem que se saiba os desejos do paciente. Suas preferências são o núcleo ético e legal da relação médico-paciente. O conhecimento dessas preferências é essencial para o cuidado médico porque a cooperação e a satisfação do paciente são fundamentais para o diagnóstico e a terapêutica. O princípio da autonomia fundamenta eticamente o respeito aos desejos do enfermo, mas o conhecimento das preferências ajuda a dar conteúdo ao princípio, para que ele não seja um puro *a priori* formal;

Qualidade de vida: serve para avaliar as preferências e confrontá-las com as indicações médicas. É o elemento de mediação entre as preferências e as indicações. Levanta questões éticas, quando existe notável divergência entre a qualidade de vida concebida pelo médico e

pelo paciente, quando pacientes são incapazes de avaliar sua qualidade de vida ou quando a qualidade é utilizada para racionar o cuidado. A definição de qualidade de vida leva em consideração o prognóstico e sintomas do paciente, seu desempenho pessoal e social, sua concepção de vida e valores subjetivos, confrontados com uma compreensão antropológica-fundada e socialmente acordada do que é qualidade de vida nesse caso concreto. Por isso, é importante responder às questões: quem faz a avaliação da qualidade de vida? O que vale é simplesmente a opinião do paciente ou um confronto crítico entre esta e a ponderação de um observador neutro? Que critérios são usados para avaliar? Aqueles que se acomodam à mentalidade vigente ou os que são fruto de confronto crítico com a mesma? É necessário chegar a um acordo sobre o tipo de decisões clínicas justificadas pela referência a juízos de qualidade. Esse elemento ajuda a concretizar a exigência de prover benefícios e evitar danos. Benefícios e danos precisam ser confrontados com a qualidade de vida. O princípio da justiça advoga a igualdade no tratamento e a equidade no acesso aos recursos. Para definir com objetividade essa igualdade e equidade, necessita-se ter como referência a qualidade de vida a que todos têm direito. Se no Primeiro Mundo a pergunta pela qualidade se reduz à falta biologicamente irreversível de condições mínimas de vida, em nossa situação ela engloba também a luta contra uma qualidade de vida diminuída, mas socialmente reversível. Por isso, não tem puramente um sentido negativo de curvar-se aos ditames biológicos da natureza numa situação

terminal, mas positivo de reverter socialmente níveis de saúde não condizentes com uma qualidade de vida digna;

d) *Contexto sociocultural*: trata das circunstâncias sociais, econômicas, culturais, legais e institucionais configuradoras do caso. Aponta para dados e responsabilidades que vão além da relação médico-paciente. Necessidades, relacionamentos, influências, valores, significados, dependentes do contexto sociocultural do paciente, configuram o caso em sua concretude. Sem ter presente as características do contexto da vivência do paciente, a aplicação dos princípios torna-se abstrata, deformando seu significado. O exercício da autonomia e a atividade de beneficência dependem de determinada compreensão cultural e de certa concreção de condições sociais. A resposta às exigências de igualdade no tratamento e de equidade no acesso aos recursos, presentes no princípio da justiça, dependem do contexto social do qual provém o paciente. Às vezes, a justiça imparcial torna-se injusta, porque não leva em consideração a situação social do paciente, não permitindo chegar a uma igualdade real, nem construindo uma equidade efetiva na distribuição dos recursos. Em muitos casos, a compreensão cultural e a preocupação pelos custos econômicos influenciam diretamente a relação médico-paciente e determinam a realização do direito à saúde.

Estes quatro elementos configuradores do caso clínico apontam para as condições de aplicação dos princípios. Concretizam e especificam a realização de cada um deles. Mas não basta

indicar as condições concretas, é preciso também explicitar as exigências éticas presentes no caso. Se as condições dão a configuração clínica ao caso, os apelos morais emergentes o configuram eticamente.

2. *Exigências éticas implicadas na análise de um caso*

Os diversos modelos éticos (utilitarismo, liberalismo, kantismo, contratualismo e aristotelismo) enfatizam e priorizam diferentes exigências éticas como critério de avaliação. Uns acentuam as conseqüências da ação ou os direitos subjetivos de cada um; outros, o respeito absoluto à pessoa ou a ponderação de custo-eficácia de uma ação; outros, ainda, o caráter ou a virtude do agente. Esses distintos apelos não se excluem mutuamente, como às vezes se pensa, mas precisam ser assimilados num modelo de mútua integração ou, em outros casos, estão em conflito, exigindo, por isso, uma ponderação de avaliação. Existem situações éticas em que é mais importante levar em consideração as conseqüências de uma ação, enquanto que em outras é preciso priorizar as implicações morais do respeito à pessoa e, em outras ainda, enfatizar as configurações da ação provenientes do caráter virtuoso do agente.

a) *As conseqüências da ação (perspectiva utilitarista)*: as conseqüências provenientes de ações presentes na relação médico-paciente são importantes devido, antes de mais nada, às exigências da ética que obrigam o profis-

ARTIGOS

sional a estar atento e responder pelos resultados da ação, e pelo fato de que todo agente é responsável pela execução da ação, não apenas por sua intencionalidade. Certamente, para definir o nível de beneficência e o acesso equitativo aos recursos faz-se necessário atender aos resultados da ação configurados nas conseqüências. Em situações-limite, onde está implicado o respeito à pessoa como exigência da não-maleficência, não se pode recorrer simplesmente às conseqüências. Em outras, o recurso às conseqüências é indispensável, como na aplicação da beneficência e da justiça. Fatores socioculturais fazem com que as conseqüências sejam acrescidas de significado ético para a avaliação do caso: *a maior ou menor probabilidade* de que as conseqüências ocorram; *a particularidade da pessoa afetada* por elas; *a extensão do impacto da ação* em suas conseqüências; *a proximidade temporal* de sua ocorrência, isto é, quanto mais rápido acontecem, maior é o seu significado; além disso, *mudanças nas preferências do paciente durante o processo* podem alterar o significado ou peso das conseqüências;

b) *Direitos subjetivos de cada um (perspectiva liberal)*: referem-se às obrigações do profissional em relação aos direitos do paciente. É importante ter presente que alguns direitos são mais fundamentais que outros e que não são absolutos, podendo o sujeito renunciar a eles. Existem dois tipos de direitos: *substanciais* e *procedimentais*. Os *substanciais* são: 1) não ser ameaçado com morte, 2) não sofrer dano físico nem ser infligido com dor (princípio da

não-maleficência) e 3) ser ajudado contra ameaças à vida e à saúde (princípio da beneficência). Os *procedimentais* são: 1) tomar decisões sobre o cuidado da sua saúde (princípio da autonomia e consentimento informado) e 2) possibilitar que a família decida sobre o tratamento recomendado, quando já não existe autonomia (consentimento informado substitutivo);

c) *Respeito à pessoa (perspectiva kantiana)*: mostra-se respeito pela pessoa respeitando os seus direitos, mas existem casos em que o respeito tem implicações éticas que transcendem os direitos subjetivos. Respeitar a pessoa é mais do que respeitar seus direitos. Por isso, é importante introduzir esse ponto de vista que corrige possíveis abusos e desvios do anterior. Kant introduziu essa perspectiva ao afirmar que o ser humano não pode reduzir a pessoa em si mesma ou nos outros a puro meio, pois é fim em si mesmo, isto é, goza de dignidade, não podendo ser trocado por outra coisa, já que não tem preço. Por exemplo, alguém que requeira o direito de acabar com a própria vida com ajuda médica por revezes sofridos ou por não mais suportar a existência, ou que queira, por decisão autônoma, vender-se como escravo, fundado no direito de propriedade sobre si mesmo. Essas decisões, embora aparentemente autônomas e baseadas em direitos subjetivos de autopossessão, são inaceitáveis porque desrespeitam a pessoa no sujeito, reduzindo-a a meio para a realização de desejos individuais que negam a personalidade e a dignidade, pois desconsideram a dimensão relacional e histórica do ser humano. Por isso, não são verda-

deiramente livres. A pessoa é constituída por uma teia de relações que não pode ser esquecida numa decisão pessoal. Como um ser inacabado e num contínuo processo de autoconstruir-se, o ser humano tem a tarefa de percorrer o itinerário existencial de sua auto-realização. Nisso reside sua dignidade humana e o fundamento de sua liberdade. Não pode renunciar a esse itinerário, se existem as condições objetivas, porque se nega como pessoa e, nesse sentido, não respeita a pessoa em si mesma;

d) *Ponderação custo-eficácia e exigências de justiça no acesso ao tratamento (perspectiva contratualista de Rawls):* a ponderação custo-eficácia diz respeito à relação entre a eficácia do tratamento em prover benefícios ao paciente e o custo financeiro exigido. O pagamento pode provir de fundos públicos ou de um plano privado de saúde. Na saúde pública, o problema é se o caso em questão faz parte dos especificados com direito de acesso aos recursos e se o gasto vale a pena pela eficácia em produzir os benefícios esperados. Se a medicina é privada, a pergunta é se o plano cobre os custos do caso específico ou, em sua falta, se existe a disposição de arcar com os mesmos, não deixando de indagar se os gastos compensam os benefícios esperados. Tanto na saúde pública quanto nos planos privados deveria valer o princípio “casos iguais tratamentos iguais”. Isso exige uma discussão e definição acordada sobre que casos recebem tratamento igual, independente de qualquer outra condição. Em muitas circunstâncias, as pessoas têm direito ao tratamento mas não

são atendidas em suas necessidades, pois a alocação de recursos públicos é insuficiente ou o plano de saúde recusa-se a pagar o tratamento, a tecnologia não está disponível ou é insuficiente ou o profissional está desmotivado e, por isso, atende mal ou até discrimina. Nessas situações, faz-se necessário apelar para a justiça, que aponta para as exigências de igualdade no tratamento e equidade no acesso aos recursos. Alguns fatores tornam esse apelo mais significativo e premente: 1) o tipo e tamanho da *perda sofrida* pelo não-tratamento; 2) o maior ou menor *número de pessoas* que sofrem a injustiça pelo não-tratamento; 3) a *extensão das injustiças sofridas* anteriormente e de modo repetitivo;

e) *Caráter/atitude ou virtude (perspectiva aristotélica):* o caráter moral configurado em virtudes tem profundas implicações para a avaliação moral das ações, pois aponta para um virtuosismo moral ou para disposições interiores que facilitam e inspiram ações correspondentes às virtudes. Elas fazem emergir motivações configuradoras do agir, tornando reta a ação, haja vista estar de acordo com o bem interiorizado como força ou virtuosismo no caráter ou na atitude do sujeito agente. Aqui, a avaliação leva mais em consideração a disposição interior do profissional do que a ação externalizada como ato. Essas disposições interiores ou virtudes influenciam fortemente a relação médico-paciente, pois a atitude assumida por cada um na relação determina o modo de relacionar-se e, portanto, serve como critério para avaliar eticamente os atos que definem a relação. Na relação médico-pacien-

ARTIGOS

te estão envolvidas várias virtudes: 1) a virtude da *integridade* motiva decisões coerentes com a concepção de vida e valores tanto do profissional quanto do paciente, fazendo com que o apelo à integridade seja mais forte quanto mais centrais e permanentes forem os valores implicados; 2) a virtude da *compaixão/solidariedade* significa proximidade, cuidado, interesse por parte do profissional em relação ao paciente - essa atitude é mais premente quanto mais séria for a ameaça de perda ou dano e maior o montante de alívio a ser proporcionado; 3) a virtude da *fortaleza/paciência* significa capacidade do paciente em suportar contratempos e atropelos criados pela situação de doença; 4) a virtude da *coragem*, pela qual tanto o profissional quanto o paciente tomam decisões apropriadas e arriscadas, não deixando-se motivar excessivamente pelo temor e fazendo aquilo que é conveniente, independente dos riscos; 5) a virtude da *honestidade*, que, na comunicação, motiva a veracidade das informações tanto da parte do profissional quanto do paciente, num clima de confiança mútua.

O levantamento desses diferentes apelos éticos especifica o significado dos diversos princípios e ajuda a balancear suas exigências, quando estão em conflito. Especifica, porque permite maior aderência à realidade concreta do paciente na aplicação do princípio e mune a análise de diversos enfoques éticos, ocasionando maior objetividade moral. Quando existe conflito entre apelos, por exemplo, entre os direitos subjetivos e o respeito à pessoa ou entre a consideração de custo-eficácia e as exi-

gências de justiça, ou entre a perspectiva das conseqüências e a disposição interior do agente, é necessário ponderar as exigências para chegar à decisão adequada.

Não se trata, simplesmente, de hierarquizar nem de escalonar os apelos, mas de balanceá-los para atingir um juízo ponderado. Isso não significa cair num puro relativismo, porque a decisão não depende de escolhas subjetivas, mas de ponderação moralmente objetiva. É bom ter presente que a moral não pretende alcançar objetividade científica, porque suas soluções são sempre contingentes, alcançando apenas uma certeza moral, não absoluta ou apodítica. A dificuldade dessa solução é a sensação de incerteza sobre o que fazer, de desacordo sobre qual apelo tem precedência e de perigo de abuso em justificar alternativas previamente escolhidas.

Mas partir de princípios abstratos e apriorísticos para julgar os apelos não faz justiça à complexidade e ambigüidade da realidade. Por isso, faz-se necessária uma ponderação dos apelos, porque é no confronto que eles se iluminam e corrigem mutuamente, permitindo chegar a um juízo. Essa ponderação é uma atividade da consciência moral fundada na sabedoria prática dos agentes morais e no confronto crítico entre os pontos de vista dos implicados no caso.

É no esforço de levantar dados clínicos, de detectar e ponderar apelos morais de casos sob análise ética, que os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e jus-

tiça emergem no seu verdadeiro significado, adquirindo conteúdo concreto e especificando suas exigências. Não se pode aplicar mecanicamente os princípios sem atender à singularidade da situação. Na configuração

clínica e ética do caso, o princípio apropriado aparece na sua luz e manifesta seu sentido, permitindo também uma aplicação adequada da norma jurídica correspondente ao princípio.

RESUMEN

Metodología del análisis ético de casos clínicos

El artículo propone una metodología del análisis ético de casos clínicos que supere la pura aplicación mecánica de los principios bioéticos de la autonomía, beneficencia y justicia, apuntando para los diferentes datos clínicos y apelos éticos configuradores del caso, posibilitando una mayor adherencia a la situación concreta y aplicación más apropiada de los principios.

Unitérminos: ética clínica, análisis de casos, importancia ética de la singularidad del caso, casuística

ABSTRACT

Methodology of the ethical analysis of case studies

The article proposes a methodology for the ethical analysis of case studies that goes beyond the pure mechanical application of the bioethical principles of autonomy, beneficence and justice. It points to the varied clinical data an ethical appeal of a case, making a greater adherence to the concrete situation and a more appropriate application of the principles possible.

Uniterns: clinical ethics, case studies, ethical importance of the singularity of the case, casuistics

ARTIGOS

BIBLIOGRAFIA

- Arras J. *Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics*. *J Med Philos* 1991;16:29-51.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- Brody BA. *Life and death decision making*. New York: Oxford University Press, 1988.
- Jonsen A. *Casuistry and clinical ethics*. *Theor Med* 1986;7:65-74
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1998.
- Jonsen AR, Toulmin ST. *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- Jonsen B. *Casuistry as methodology in clinical ethics*. *Theor Med* 1991;12:295-307.
- Kopelman LM. *Case method and casuistry: the problem of bias*. *Theor Med* 1994;15:21-37.
- Montgomery HK. *A science of individuals: medicine and casuistry*. *J Med Philos* 1989;14:193-212.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The christian virtues in medical practice*. Washington: Georgetown University Press, 1996.
- Putman DA. *Virtue and the practice of modern medicine*. *J Med Philos* 1988;13:433-43.
- Tomlinson T. *Casuistry in medical ethics: rehabilitated or repeat offender?* *Theor Med* 1994;15:5-20.
- Toulmin ST. *The tyranny of principles*. *The Hastings Cent Rep* 1981;11:31-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Centro de Ciências da Saúde
Av. Unisinos, 950
CEP 93022-000
São Leopoldo/RS - Brasil*