

Por um cuidado respeitoso

Geraldo das Dôres de Armendane

Resumo

Os médicos deparam, cotidianamente, com conflitos e dilemas morais dos quais muitas vezes não conseguem dar conta. Diante disso, este artigo apresenta a proposta de uma bioética filosófica especial, a partir das contribuições de Darlei Dall'Agnol para o debate filosófico em bioética, com base no cuidado respeitoso, e a importância desse novo conceito para o relacionamento entre médico e paciente, segundo a concepção metaética de cognitivismo moral de inspiração wittgensteiniana. Vale considerar, porém, que as quatro regras práticas da medicina (veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade) não conseguem lidar com conflitos e dilemas morais que os médicos enfrentam no exercício da profissão. Por isso, consideramos imprescindível a esses profissionais formação moral baseada na sabedoria prática, que integre o princípio do cuidado e o princípio do respeito em um único conceito, o "cuidado respeitoso", como atitude humana fundamental para o relacionamento salutar entre médicos e pacientes.

Palavras-chave: Bioética. Médicos. Assistência ao paciente. Padrões de prática médica.

Resumen

Por un cuidado respetuoso

Los médicos se enfrentan, a diario, con conflictos y dilemas morales de los que muchas veces no pueden dar cuenta. Ante eso, este artículo presenta la propuesta de una bioética filosófica especial, a partir de las contribuciones de Darlei Dall'Agnol para el debate filosófico en Bioética, basado en el cuidado respetuoso, y la importancia de este nuevo concepto para la relación entre médico y paciente, según la concepción metaética de un cognitivismo moral, de inspiración wittgensteiniana. Sin embargo, cabe considerar que las cuatro reglas prácticas de la medicina (veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad) no consiguen lidiar con conflictos y dilemas morales que los médicos enfrentan en el ejercicio de la profesión. Por ello, consideramos imprescindible que estos profesionales tengan una formación moral basada en la sabiduría práctica, integrando el principio del cuidado con el principio del respeto en un único concepto, el "cuidado respetuoso", como actitud humana fundamental para la relación saludable entre médicos y pacientes.

Palabras clave: Bioética. Médicos. Atención al paciente. Pautas de la práctica en medicina.

Abstract

For respectful care

Physicians face daily conflicts and moral dilemmas that they often cannot handle. In light of this, this article presents the proposal for special philosophical bioethics, founded on the contributions of Darlei Dall'Agnol to the philosophical debate in Bioethics, which are based on respectful care, as well as the importance of this new concept for the relationship between doctor and patient, according to the *metaethical* concept of *moral cognitivism*, of Wittgensteinian inspiration. However, it is worth noting that the four practical rules of medicine (*veracity, privacy, confidentiality and fidelity*), cannot account for conflicts and moral dilemmas that doctors face in the daily exercise of their profession. Therefore, we argue that it is imperative that these professionals have a moral training based on practical wisdom, integrating the principle of *care* with the principle of *respect* in a single concept, called *respectful care*, as a fundamental human attitude to the healthy relationship between doctor-patient.

Keywords: Bioethics. Physicians. Patient Care. Practice patterns physician's.

Doutorando g5armendane@yahoo.com.br – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Correspondência

Residencial Village Horizonte, bloco 26, apt. 201, Parque Ideal (Dirceu I) CEP 64077-850. Teresina/PI, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Desde sua origem, na década de 1920, a bioética foi concebida como sabedoria prática voltada para o agir humano em sua relação com as diferentes formas de vida na terra¹. Em “Princípios de ética biomédica”, os bioeticistas Tom Beauchamp e James Childress² apresentam os quatro princípios que predominam e atualmente validam a prática clínica: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ademais, existem ainda quatro regras práticas (veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade)², que orientam o relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes. Essas regras, no entanto, não conseguem dar conta dos conflitos e dilemas morais que esses profissionais enfrentam no exercício da profissão.

A partir de novo conceito filosófico em bioética, desenvolvido por Darlei Dall’Agnol³, argumenta-se que, além das quatro regras práticas voltadas para a relação médico-paciente no Brasil, é imprescindível a esses profissionais formação moral baseada na sabedoria prática, tendo por base a bioética filosófica especial.

Primeiramente, serão apresentadas as quatro regras práticas que guiam e orientam o relacionamento entre médicos e pacientes, levando-se em consideração a realidade desses profissionais no país, a partir do estudo do Código de Ética Médica⁴; em seguida, será apresentada a proposta da bioética filosófica especial como sabedoria prática, com base nas contribuições de Dall’Agnol⁵, para o atual debate filosófico nesse campo, levando-se em conta a noção de cuidado respeitoso, e sua importância para o relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, tendo como base epistemológica a concepção de um cognitivismo moral.

O relacionamento entre médicos e pacientes

Considerando alguns aspectos importantes do Código de Ética Médica (CEM), serão apresentadas quatro regras práticas que orientam esse relacionamento: veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade. Serão também apontados alguns conflitos e dilemas morais que esses agentes da saúde enfrentam no exercício da profissão.

Veracidade

Ao dizer a verdade para o paciente sobre sua real situação de saúde, o profissional de medicina contribui sobremaneira para estabelecer relação de confiança, sinceridade e transparência com esse indivíduo, facilitando diagnósticos, prognósticos e procedimentos terapêuticos necessários para o

tratamento e a cura. Em países de cultura latina, as relações familiares têm caráter mais coletivo e solidário entre os membros, o que os diferencia de anglo-saxões, como os Estados Unidos, por exemplo, de formação mais individualista, onde prevalece a autonomia do paciente. Dessa forma, o paciente tem prioridade no acesso às informações e pode decidir se quer compartilhá-las com outras pessoas⁶.

No caso do Brasil, muitas vezes os médicos preferem informar diagnósticos e prognósticos primeiro aos familiares e depois ao enfermo. É importante esclarecer, contudo, que o CEM especifica que o médico não pode deixar de informar ao paciente sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, exceto quando a comunicação direta possa lhe trazer danos. Nesse caso, o médico deve comunicar o representante legal⁴.

Em relação às obrigações de veracidade dos médicos com seus colegas de profissão, o CEM esclarece que é dever do médico *denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina*⁷. Em outras palavras, é dever moral do médico ser honesto e transparente, denunciando casos de negligência que violam as regras do código durante o exercício da profissão, de forma a preservar a boa imagem e a confiança da sociedade na instituição médico-hospitalar, além da credibilidade dos colegas de profissão.

Nos Estados Unidos, por exemplo, os erros médicos, na maioria das vezes, são envolvidos pelo muro do silêncio. Os vínculos de lealdade profissional, enfatizados na tradição hipocrática e da ética médica, representam enormes barreiras nesse caso². No entanto, acreditamos que, na prática, a realidade brasileira não seja tão diferente da norte-americana. Há muitos casos de erro e negligência médica no país que só se tornam conhecidos quando divulgados pela imprensa.

Por fim, o dilema ético do médico não está situado entre revelar ou não o diagnóstico ao paciente, ou qualquer outra informação significativa, mas sim na forma e no momento de comunicá-lo⁴. Por isso, vale a pena recordar o argumento de que a garantia recíproca de informar a verdade e de não ser enganado é um dos princípios básicos da relação entre profissionais de saúde e pacientes.

Privacidade

A regra da privacidade se caracteriza pelo acesso limitado e restrito do profissional de saúde

às informações e intimidade do paciente ou participante de pesquisa. Assim, nesse relacionamento, a privacidade existe quando se respeita o direito do paciente de se manter afastado ou permanecer só, ou seja, ele tem o direito de não ser acompanhado sem sua autorização.

Quanto à violação da privacidade de pacientes participantes de pesquisa, em hospitais-escola, o CEM é bastante claro quando obriga o pesquisador a *obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa*⁸. Portanto, é fundamental que esses participantes estejam conscientes sobre os procedimentos do estudo, pois o que está em jogo é sua integridade.

Um dos pontos importantes que envolvem o direito de privacidade do paciente é a realização de exames clínicos exigidos pelos médicos. O CEM⁴, nesse sentido, esclarece que cabe ao médico respeitar o pudor da pessoa que está sob seus cuidados profissionais. Entretanto, isso significa que o profissional da saúde jamais pode invadir o espaço privado do paciente, ou seja, seu corpo. Nesse caso, é comum, por exemplo, mulheres se sentirem constrangidas e se recusarem a fazer exames ginecológicos, sobretudo o papanicolau, para detectar o câncer de colo do útero.

É comum também alguns homens, acima de 50 anos de idade, por questão cultural, se recusarem a fazer o exame do toque retal, para detectar o câncer de próstata. Diante disso, o que o profissional da saúde deve fazer? O médico obviamente não deve invadir a privacidade do corpo do paciente. Contudo, isso não o exime da responsabilidade de informá-lo sobre os riscos de não realizar esses exames preventivos. Segundo o CEM⁴, é dever do médico esclarecer e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento clínico.

É importante deixar claro ainda a diferença entre quebra de privacidade e quebra de confidencialidade. A primeira diz respeito ao acesso desnecessário ou uso de informações sem a devida autorização do indivíduo. A quebra de confidencialidade ocorre quando um profissional da saúde revela informações fornecidas a ele em confiança. Assim, por exemplo, uma pessoa viola o direito de privacidade quando entra na sala de registro ou no banco de dados de instituição hospitalar para acessar informações do prontuário desse paciente. Nesse caso, somente a instituição hospitalar, à qual a informação é concedida de forma confidencial, pode ser acusada de violar o direito de confidencialidade.

Confidencialidade

A confidencialidade deve existir quando o paciente revela informação ao profissional da saúde, e a pessoa a quem tal informação é revelada promete não a divulgar a um terceiro sem sua permissão. Nesse caso, somente ocorre violação do direito de confidencialidade de A (paciente), quando B (profissional de saúde), a quem A revelou a informação em confiança, não a protege ou deliberadamente a revela a C (um terceiro), sem o consentimento de A².

No Brasil, quando se trata de acesso ao sigilo do enfermo, o CEM proíbe que médicos façam *referência a casos clínicos identificáveis* ou que exibam *pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente*⁹. Embora a legislação seja bastante criteriosa em relação ao sigilo, a quebra de confidencialidade é muito comum – por exemplo, quando médicos ou enfermeiros fazem comentários sobre pacientes nas áreas comuns de hospitais⁶. Diante disso, é necessário estabelecer procedimentos para evitar que pessoas sem qualquer envolvimento com o paciente violem esse direito.

Essa violação também se dá quando, para fins de auditoria ou avaliação da qualidade do atendimento prestado, a administração hospitalar expõe desnecessariamente um ou mais pacientes, ou quando profissionais da saúde, para fins de atividades de pesquisa, utilizam dados que constam em prontuários. Esse uso deve ser resguardado e permitido apenas para projetos previamente aprovados por comitê de ética em pesquisa (CEP), desde que descaracterizadas a identificação do paciente, suas iniciais e registros hospitalares. Mesmo nas publicações científicas não devem ser identificados em fotografias ou outras imagens⁶.

Ainda de acordo com o CEM, é vetado aos médicos *revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade*¹⁰. Portanto, o médico não pode fornecer esse tipo de informação ao empregador sem autorização do enfermo.

A regra da confidencialidade só pode ser quebrada em circunstâncias especiais, como: 1) testemunho em corte judicial, em situações previstas em leis; 2) comunicação à autoridade competente da ocorrência de doenças, maus-tratos de crianças ou adolescentes, abusos de cônjuge ou idoso, ou ferimento por arma de fogo ou de outro tipo,

quando houver suspeita de que a lesão foi causada por criminoso⁶.

Em algumas situações, contudo, quando se leva em conta a legislação brasileira, não é tão simples quebrar a regra da privacidade. O CEM proíbe os médicos de revelarem informações de enfermos, mesmo quando se trata de fatos de conhecimento público ou quando já tenham falecido. Mesmos nos casos em que o médico é chamado a depor como testemunha, deve comparecer perante a autoridade e declarar seu impedimento. Além disso, na investigação de suspeita de crime, o médico é impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal⁴.

Fidelidade

A fidelidade entre médico e paciente é fiduciária, ou seja, é baseada na confiança. Nessa relação, entretanto, o médico é o depositário da confiança do paciente. Ademais, essa questão é importante também para a recuperação da saúde e bem-estar do enfermo. Vale salientar que esse modelo de fidelidade se fundamenta mais nos valores de lealdade e confiança do que em ser fiel à própria palavra².

O CEM, por exemplo, proíbe que médicos abandonem pacientes sob seus cuidados. O abandono seria considerado violação à referida fidelidade. Somente pode renunciar prestar atendimento nos seguintes casos: 1) quando ocorrer em fatos que, a critério do médico, prejudiquem seu relacionamento com o doente ou o pleno desempenho da atividade profissional; e 2) por algum motivo justo. Nessas situações, deve sempre comunicar o paciente ou seus familiares com antecedência⁴.

O médico é obrigado a respeitar o direito do enfermo ou de seu representante legal de decidir sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Nesses casos, portanto, é dever do profissional salvar a vida do paciente⁴. Por exemplo, filhos de pais que são testemunhas de Jeová, cuja crença religiosa proíbe transfusão de sangue. Mesmo que o contrato inicial de atendimento à saúde tenha sido estabelecido por um terceiro, em caso de risco de morte, o médico é responsável, acima de tudo, pela vida da criança.

Com isso, as obrigações do médico e da instituição hospitalar com os pais são facilmente suplantadas, uma vez que o profissional pode recorrer aos tribunais, opondo-se a decisões dos pais que contrariem o melhor tratamento ou ponham em risco a integridade dos filhos. Nos EUA, os tribunais têm permitido que adultos testemunhas de Jeová rejeitem transfusões

de sangue em si mesmos, mas impedem a recusa do procedimento quando necessário aos filhos.

Muitas vezes, os pais são acusados de negligenciar os filhos quando deixam de procurar ou não permitem que sejam realizados tratamentos benéficos e recomendados pelos médicos². Situação que ocorre com relativa frequência no Brasil, por exemplo, é pais negligenciarem o tratamento preventivo com vacinas.

Ademais, na assistência à saúde, os profissionais frequentemente entram em conflito com as políticas e objetivos das instituições onde atuam. Um médico militar, por exemplo, deve se submeter a determinadas obrigações legais do Exército, diferentes daquelas que são aceitas pelo médico civil. Contudo, todos os médicos têm a obrigação de recusar ações que violem direitos humanos e cânones da ética médica.

O CEM também reconhece que é dever moral do médico denunciar práticas que ferem a dignidade humana. Nesse caso, não pode *deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem*¹¹.

Os interesses econômicos envolvendo profissionais de saúde, instituições e enfermos têm provocado sérios conflitos éticos. Nos EUA, por exemplo, discussão bastante preocupante envolve a criação de incentivos, por parte de instituições hospitalares e planos de saúde, para que médicos limitem sua assistência aos pacientes². No caso brasileiro, é vetado aos médicos o *exercício mercantilista da medicina*¹². O que se observa, no entanto, é que o exercício da medicina em nosso país tem se tornado atividade bastante lucrativa, e isso se deve, em grande medida, às carências e deficiências do sistema público de saúde, uma vez que as pessoas, diante das dificuldades, recorrem cada vez mais à saúde privada.

Por fim, considerando o exposto, constata-se que, para o profissional da medicina, não é tão simples seguir normas e regras formais presentes nos códigos de ética profissional, principalmente quando se trata da nobre missão de cuidar de pacientes vulneráveis. Nota-se que agentes de saúde, no exercício de sua atividade profissional, deparam, cotidianamente, com conflitos e dilemas morais que não conseguem resolver de imediato. Diante disso, é indispensável reconhecer que o cumprimento de regras e normas éticas exige desse profissional um tipo de

conhecimento prático, ou seja, um “saber como”, que se consubstanciaria na aprendizagem de regras e normas morais, tendo como núcleo comum novo conceito sobre fundamentos metaéticos de uma bioética especial de cuidado respeitoso.

Fundamentos metaéticos da bioética filosófica especial

Enfrentar enfermidades pode ser um dos momentos de maior vulnerabilidade do ser humano. Dito de outro modo, sentimo-nos particularmente vulneráveis quando ficamos doentes e necessitamos de cuidados e proteção alheia, sobretudo por dependermos do tratamento de profissional da medicina. E, nesse relacionamento, é imprescindível considerar, portanto, que atitudes de cuidar e respeitar são formas de valorizar intrinsecamente os seres humanos⁵.

O ato de cuidar é forma de preservar ou proporcionar bem-estar a paciente vulnerável. Contudo, essa atitude pode degenerar em paternalismo, quando o cuidador impõe à pessoa vulnerável certo procedimento ou concepção de vida boa, desconsiderando sua autonomia. Paradoxalmente, o ato de respeitar também pode levar a atitudes negativas. Isso acontece, por exemplo, quando, em nome do respeito à autonomia do indivíduo vulnerável, busca-se não interferir e proteger os direitos da pessoa. Desse modo, o respeito pode resultar em indiferença e individualismo.

Porém, vale a pena esclarecer que “cuidado” significa “zele”, “atenção especial”, “bom trato”, “tratamento especial” e, portanto, é inerente à palavra “respeito”. Isso significa dizer que, no vernáculo, a junção de cuidado e respeito (cuidado respeitoso) teria sentido pleonástico. No entanto, na literatura da ética biomédica, os dois termos representam as duas tradições do principlismo em bioética; de um lado, a tradição hipocrática, em que “cuidado” integra os princípios da beneficência e não maleficência e, de outro, a tradição kantiana, cujo termo “respeito” une os princípios de respeito à autonomia do paciente e justiça.

Diante disso, Dall’Agnol⁵ trata então de repensar os fundamentos de uma nova bioética filosófica especial, integrando esses dois termos da tradição principlista em bioética em único conceito, o cuidado respeitoso, como atitude humana fundamental e necessária para o relacionamento salutar entre cuidadores e indivíduos vulneráveis.

O verdadeiro cuidado pressupõe simpatia, a capacidade humana de compartilhar alegria ou

tristeza, dores e sofrimentos alheios. Trata-se, portanto, de sentimento imediato e involuntário que surge das interações intersubjetivas dos seres humanos. A simpatia, por sua vez, vem sempre acompanhada pela empatia, que significa se imaginar no lugar dos outros. Contudo, os sentimentos de simpatia e empatia podem comprometer a atitude humana de cuidar. Qualquer profissional de saúde que cuide de paciente em leito hospitalar e se deixe guiar pela ansiedade na tentativa de restabelecer sua saúde pode ser levado a erros. Diante disso, os sentimentos de simpatia e empatia devem ser temperados pela reflexão sobre o que realmente pode ser benéfico ao enfermo¹³.

O cuidado pressupõe a identificação com o objeto de atenção, tendo em vista o bem-estar de indivíduos vulneráveis. Porém, no relacionamento entre médicos e pacientes, deve-se considerar que a saúde e o bem-estar são ingredientes importantes, mas não suficientes. É necessária, acima de tudo, a valorização moral intrínseca de quem cuida de pessoas vulneráveis. Exemplo disso é o médico que busca melhorar a saúde e o bem-estar do paciente em leito hospitalar, reconhecendo-o como sujeito dotado de *valor intrínseco*¹⁴, com direitos fundamentais, e como alguém que necessita de cuidados especiais.

O cuidar e o respeitar devem integrar-se em único conceito, no cuidado respeitoso, para se evitar atitudes paternalistas. Essa ideia constitui única atitude moral e novo conceito sobre os fundamentos metaéticos de bioética filosófica especial, pensada e aplicada como sabedoria prática. Assim, reproduzindo Dall’Agnol ao parafrasear Kant, é possível afirmar que *o cuidado sem respeito é cego (isto é, leva ao paternalismo); o respeito sem cuidado é vazio (ou melhor, leva ao individualismo)*¹⁵.

Saber como cuidar: nova base epistemológica para o cuidado respeitoso

Em sua obra “Ética a Nicômaco”, Aristóteles¹⁶ foi quem primeiro tratou de sistematizar os três tipos de saber mais conhecidos na literatura filosófica: 1) o saber teórico (razão teórica); 2) saber técnico (razão poiética); e 3) o saber prático (razão prática).

O saber teórico ocupa-se com “o que é”. Em outras palavras, mediante o exercício da reflexão teórica, os seres humanos buscam compreender e explicar como as coisas são. O saber técnico ou poiético se ocupa com o fazer, no sentido do produzir e operar humano no mundo. Esse tipo de saber

é próprio da racionalidade tecnocientífica, isto é, a racionalidade instrumental, predominante atualmente. Finalmente, o saber prático ocupa-se com o agir humano, isto é, com a ação ética e política do ser humano no mundo. Dessa forma, a razão prática ocupa-se com o “dever ser”, ou seja, com o agir ético do ser humano. O foco desta discussão será o saber prático como fonte do agir humano, do ponto de vista de uma metaética de inspiração wittgensteiniana, como fundamento epistemológico para cuidado respeitoso indispensável na relação entre profissional da saúde e paciente.

A atitude humana de cuidar e respeitar, segundo Dall’Agnol⁵, possui conotação moral e pressupõe tipo especial de saber. Para isso, é importante identificar de antemão dois tipos de saberes: o “saber que” (*know that*) e o “saber como” (*know-how*). O “saber que” é aquele tradicionalmente definido como “crença verdadeira e justificada”, ou seja, envolve atitude proposicional. Dessa forma, uma pessoa só sabe se for capaz de justificar por que sabe. Contudo, o saber não se reduz simplesmente a ter crença verdadeira e justificada. O mais importante, acima de tudo, é saber efetivamente como fazer. Para isso, é necessário um “saber como”, ou melhor, um tipo de saber que envolve o domínio de práticas e habilidades humanas adquiridas – por exemplo, alguém que sabe jogar xadrez, nadar, andar de bicicleta, cozinhar, entre outras atividades.

Para Dall’Agnol¹³, o “saber como” tem dois sentidos: o tácito e o explícito. No sentido tácito, refere-se a tipo de conhecimento não codificado ou implícito, que ocorre quando alguém domina uma atividade e não sabe explicar por que sabe. Alguém, por exemplo, sabe andar de bicicleta ou dirigir automóvel sem refletir sobre normas e regras envolvidas nessa atividade.

O “saber como” no sentido explícito, por sua vez, envolve habilidades humanas adquiridas para seguir regras e princípios normativos, ou seja, trata-se de conhecimento procedimental¹³. Por se tratar de tipo de saber enquanto capacidade humana adquirida para seguir padrões e princípios normativos, podemos afirmar que esse sentido *explícito* se situa em domínio que é próprio da moralidade. Nesse ponto, Dall’Agnol destaca que o “saber como” explícito, no sentido moral, seria a base para nova epistemologia moral, denominada “cognitivismo prático”:

O cognitivismo prático é a tese epistêmica de que existe conhecimento moral e que ele é melhor compreendido em termos de saber como e não somente

em termos de saber que. A ideia central é que a base de uma epistemologia moral revela que o conhecimento moral é principalmente um problema de saber como seguir padrões normativos¹⁷.

O cognitivista prático reconhece, nesse sentido, que existe um “saber que”, ou seja, um tipo proposicional que dá conta de explicar teoricamente como cuidar bem de indivíduos vulneráveis. Por exemplo, o profissional da saúde que cuida de enfermo que está na UTI pode conhecer e dominar muito bem teorias, técnicas e procedimentos terapêuticos necessários para tratamento paliativo de paciente em estado terminal. Todavia, os conhecimentos proposicional e procedimental, como expressões do domínio de habilidades técnicas relevantes, não são suficientes para lidar com os conflitos e dilemas morais que envolvem a atitude humana de cuidar de indivíduos vulneráveis.

Há dois sentidos para o saber como cuidar desses indivíduos: 1) saber como cuidar no sentido normal e 2) saber como cuidar no sentido moral. O primeiro envolve o conhecimento de técnicas e procedimentos que os profissionais da saúde devem dominar e que, portanto, são necessários para restabelecer a saúde do paciente. No entanto, não são suficientes, uma vez que é necessário saber como cuidar no sentido moral. O critério, para isso, é a valorização moral intrínseca de indivíduos vulneráveis.

Considerações finais

As regras práticas funcionam como “balizas” que orientam o relacionamento entre médicos e pacientes. No entanto, a superação de conflitos e dilemas morais que esses profissionais enfrentam, cotidianamente, no cumprimento dessas regras exige treinamento moral. Trata-se, portanto, de atividade contínua de formação de caráter do ser humano tanto no âmbito familiar como na vida social como um todo.

Vale a pena salientar que esse processo de formação visa, acima de tudo, a preparação de cidadãos éticos para agirem conforme princípios de cidadania plena, respeito e cuidado. Assim, uma criança que foi educada em ambiente familiar e social estimulado pelo egoísmo e individualismo, no qual o ser humano é tratado como meio para alcançar fins desejados, não vai estar preparada para avaliar normas e padrões morais que guiarão sua vida profissional no futuro.

Nessas condições, um profissional que teve boa formação acadêmica na área médica, ou seja, que adquiriu habilidades para a prática da medicina, como conhecimento de teorias, técnicas e procedimentos necessários para o tratamento e cura de pacientes, não está necessariamente moralmente preparado para cuidar e respeitar indivíduos vulneráveis.

Diante disso, consideramos que esse novo conceito em bioética filosófica, o “cuidado respeitoso” desenvolvido por Dall’Agnol, é proposta interessante para a valorização de pressupostos fundamentais que pautam a convivência harmoniosa e pacífica entre as diferentes formas de vida humana, como

“não produzir danos”, “não causar sofrimentos físicos”, “não matar” e “não ofender”. Por isso, acreditamos que além do aprendizado de teorias, técnicas e procedimentos voltados para tratar e curar os pacientes, os profissionais de medicina devem também aprender como cuidar e respeitar moralmente os indivíduos vulneráveis.

Uma vez que os profissionais médicos estejam embasados por padrões e normas morais comumente partilhados, saberão como respeitar e cuidar de pacientes. Dessa forma, estarão também contribuindo para construir sociedade mais humana e solidária, em que o cuidado e o respeito estejam integrados.

Referências

1. Pessini L. No berço da bioética: o encontro de um credo com um imperativo e um princípio. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética, cuidado e humanização. São Paulo: Loyola; 2014. p. 5-34.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
3. Dall’Agnol D. Care and respect in bioethics. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2016.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. Brasília; nº 183, p. 90-2, 13 out 2009. Seção 1.
5. Dall’Agnol D. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. Bioethikos. 2012;6(2):133-46.
6. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: CFM; 1998. p. 269-85.
7. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 57.
8. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 101.
9. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 75.
10. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 76.
11. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 25.
12. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. Art. 58.
13. Dall’Agnol D. Knowing-how to care. J Med Ethics. 2016;42(3):1-6. p. 5-6. DOI: 10.1136/medethics-2015-103226
14. Dall’Agnol D. Op. cit. 2016. p. 3-5.
15. Dall’Agnol D. Op. cit. 2012. p. 145.
16. Aristóteles. Ética a Nicômaco. 2ª ed. Brasília: Editora Unb; 1992.
17. Dall’Agnol D. Op. cit. 2016. p. 1-2.

