



Bioética clínica e sua prática

Antônio Macena de Figueiredo

Resumo A bioética clínica surge com Andre Hellegers, relacionada às decisões éticas na prática médica, e a partir da concepção principialista da bioética vem se expandindo em virtude de outras alternativas de análise moral. Atualmente, existem várias propostas metodológicas atinentes à tomada de decisões em ética clínica. O presente trabalho tem por objetivo apresentar os métodos de David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jonsen e James F. Drane, por serem os mais utilizados para a análise de conflitos, problemas ou dilemas morais que surgem na prática clínica e assistencial. Conclui-se que todos os métodos objetivam auxiliar na elaboração do raciocínio para a tomada de decisão. De certo, o maior desafio está em escolher aquele que possibilite o estudo racional, sistemático e objetivo dos problemas e que permita a exploração dos fatos em suas particularidades, pois quanto mais claros forem, mais fácil será a análise dos valores em conflito.

Palavras-chave: Bioética. Ética clínica. Tomada de decisões.



Antônio Macena de Figueiredo

Advogado, enfermeiro, especialista em Ética Aplicada e Bioética pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pós-graduado *lato sensu* em Administração Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em Educação pela Universidade Salgado de Oliveira (Universo), doutor em Ciências da Saúde pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB), professor adjunto da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa (EEAAC) da UFF, coordenador do curso de Extensão em Direito Médico e da Saúde da UFF, professor do curso de especialização em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Como ramo da filosofia moral, a bioética foi a área de conhecimento que mais se desenvolveu desde sua origem, na década de 70, a partir das interrogações de ordem ética que cientistas, humanistas e a sociedade em geral formularam sobre a crescente evolução científica e tecnológica ¹.

O Relatório Belmont, documento elaborado pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental, em 1978, por determinação do governo estadunidense, estabeleceu as regras éticas destinadas a orientar as pesquisas em seres humanos e marca o início dos estudos bioéticos (a partir dos princípios: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça). Por consequência, seu desdobramento na teoria principialista (fundada nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça), proposto por Tom Beauchamp e James Childress, em 1979 ², o tornou das principais referências no campo da bioética.

Até então o exercício da medicina baseava-se nos ensinamentos de Hipócrates. Figura mais marcante na história da



ética médica, fundamentava-se no pressuposto de que o profissional, fazendo bom uso de seu conhecimento, sempre age com vistas ao bem do paciente. Com o paradigma principialista criou-se enorme expectativa de que pudesse responder aos vários dilemas éticos surgidos a partir de meados do século XX, resultantes do progresso da ciência.

Durante as décadas de 50 e 60, algumas das primeiras controvérsias públicas que antecederam o surgimento da bioética diziam respeito aos recém-nascidos portadores de má-formação grave, à manutenção de respiradores artificiais como suporte da vida em pessoas em estado de coma, à reanimação de pacientes com doenças graves ou de prognóstico incerto, além da dramática polêmica surgida a partir da invenção do *shunt* arteriovenoso pelo dr. Belding Scribner e do advento da máquina de hemodiálise³⁻⁵.

Questionava-se, na ocasião, se todos os recursos deviam ou não ser investidos para salvar os recém-nascidos, se o respirador artificial deveria ser mantido em todos os pacientes, a quem caberia a decisão de reanimar ou não esses pacientes em caso de parada cardíaca e quais os doentes renais crônicos que seriam ou não beneficiados com a nova tecnologia. Em 1962, com a criação do primeiro programa de hemodiálise na cidade de Seattle, em Washington, a tarefa de decidir quem seria inserido no mesmo gerou grande controvérsia na sociedade americana. Como o número de doentes renais era superior à capacidade de atendimento, o primeiro dilema enfrentado foi estabelecer os

critérios para selecionar as pessoas que receberiam o tratamento salvador da vida^{4,5}.

Diante do impasse, a solução foi criar um comitê para determinar os critérios de escolha⁶. Tal episódio foi considerado um divisor de águas entre o antigo legado da ética de inspiração hipocrática e aquela orientada pela bioética, pois, na prática médica, tradicionalmente, os dilemas eram resolvidos com base no princípio absoluto de que toda vida deveria ser salva – por sagrada. A partir desse momento, os médicos se viram na difícil situação de decidir quem seria beneficiado com a nova tecnologia ou quem receberia a sentença de morte⁶.

Na atualidade, existem outras questões que também geram muita discussão, como, por exemplo, interrupção da gestação em caso de anencéfalos, morte encefálica (principalmente em vista dos transplantes de órgãos únicos), possibilidade de a mãe gerar um filho imuno-compatível pelo processo da fertilização *in vitro* para ser doador de irmão com leucemia, possibilidade de os pais fazerem diagnósticos genéticos em busca de filhos saudáveis, escolha do sexo, utilização de embriões excedentes em pesquisas com células-tronco, possibilidade de a viúva usar o sêmen do marido falecido para engravidar, além de outras questões éticas particulares e de difícil solução.

Adicionalmente, existem diversas situações conflitantes com as quais os profissionais de saúde se defrontam no dia a dia da prática assistencial. Por exemplo, os conflitos entre o princípio da beneficência e da autonomia diante de pacientes que recusam a transfusão

de sangue por questões religiosas. Questiona-se se há situações em que o profissional pode contrariar a vontade do paciente? Se o profissional deve sempre dizer a verdade em todos os casos ou se, em algumas situações, é justificável se omitir? Dentre outras interrogações, indaga-se, por exemplo, como os enfermeiros podem proteger a confidencialidade de paciente vitimado de aids ante seus familiares?

Se, por um lado, o legado da ética tradicional mostrou-se insuficiente para dar respostas a essas interrogações; por outro, o modelo principialista – ferramenta moral extremamente útil para orientar tomadas de decisões na prática assistencial – vem demonstrando insuficiência para dirimir dúvidas nos casos clínicos mais complexos à beira do leito⁷.

O surgimento de várias propostas teóricas demonstra que o problema do método em bioética ainda não está resolvido. Para Bochaty⁸, *este fato é muito grave porque toda ciência e/ou disciplina necessita do seu próprio método para poder desenvolver-se de forma universal*. Não sem motivo, a proposta de Beauchamp e Childress, desde o início da década de 90, vem recebendo severas críticas por ser um método de aplicação mecânica⁹. Uma delas seria a pretensão universal de que sua automática aplicação pudesse resolver os diversos dilemas morais no campo das ciências da vida e da saúde⁶.

Hoje, especialmente relacionados ao processo de tomada de decisões na área da bioética clínica, existem vários métodos. Todos procuram desenvolver metodologias adequadas para discutir e tentar solucionar conflitos que surgem

na prática assistencial¹⁰. Por insuficiência de espaço, não cabe neste trabalho abordar todas as propostas similares aplicadas nas decisões médicas.

Por isso, procurou-se expor apenas os métodos de análise moral de David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jonsen e James F. Drane, pois, segundo Marques Filho¹⁰, são os mais utilizados para a análise de um conflito. Destaca, por exemplo, a proposta de Thomasma, por ser relativamente simples para aplicação na prática. Esse conjunto de ferramentas metodológicas aplicadas às decisões éticas na área médica é conhecido como *bioética clínica*. Apesar de se considerar novo campo de expansão associado à bioética principialista desde Hellegers, como se verifica na próxima seção, seu desenvolvimento só ocorreu a partir do final da década de 70, com o surgimento de outros métodos.

Bioética clínica

Paccine¹¹ adverte que a bioética clínica não deve ser compreendida de forma separada da bioética em geral, pois se corre o risco de esconder por trás das particularidades analíticas de um caso clínico filosofias discutíveis enquanto referência moral. Por conseguinte, deve-se esclarecer que, em razão de sua característica pluralista, a bioética (disciplina que dialoga com as demais áreas do saber, haja vista que nela estão presentes os conhecimentos, métodos e outras linhas de raciocínio pertencentes a diversas áreas do conhecimento) não deixa de nutrir-se dos dilemas que surgem no cotidiano da prática clínica.

Criou-se, dessa forma, um elo entre as diversas áreas acadêmicas, sendo a multidisciplinaridade uma de suas marcas significativas. Dentre as várias definições, a que mais se aproxima dessa concepção foi elaborada por Reich, em 1995, e ressaltada por Stephen G. Post na introdução da 3ª edição da *Encyclopedia of Bioethics*, em 2003. Para eles, a bioética é definida como o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas das ciências da vida e cuidados de saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar ¹².

Sobre a origem da bioética clínica, alguns autores alegam que seu início foi concomitante ao da bioética, considerada em sua generalidade, no começo da década de 70, na Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos. Na opinião de Marques Filho ¹⁰, isso se deve ao obstetra holandês Andre Hellegers, que criou o Instituto Kennedy de Ética e passou a discutir aspectos da prática médica que apresentavam dilemas éticos, utilizando os referenciais desse novo campo de conhecimento. Essas referências históricas mostram que, desde aquela época, a bioética tem sido relacionada às decisões éticas na prática médica. De certo, os difíceis dilemas e as situações críticas, tanto na área médica quanto nas demais profissões das ciências da saúde, deram origem à bioética clínica ¹³.

De outra parte, pela dificuldade de delimitar as fronteiras entre bioética clínica, ética clínica e ética biomédica, na prática, algumas vezes, esses termos são empregados indistintamente. A

palavra clínica, que caracteriza o cerne da definição, está relacionada a todas as decisões, incertezas, conflitos de valores e dilemas que os médicos e equipes médicas confrontam à beira do leito, na sala de cirurgia, em consultório particular ou clínicas e até mesmo em casa ¹⁴. Assim, antes de qualquer deliberação clínica é preciso responder às seguintes questões: qual é o caso? Qual é o problema ético? O que se deve ou deveria fazer? Quem deve fazer? E por quê? Trata-se, portanto, de avaliação prática relativa ao que se deve fazer para ajudar o paciente a viver ou morrer de forma que respeite a sua dignidade ¹⁴.

Sobre a expressão ética clínica, especificamente, Durant ¹⁵ esclarece que não se refere apenas aos médicos, mas também aos demais profissionais de saúde. Seu domínio se centra em relações curtas, imediatas, relacionadas às exigências éticas desses profissionais com seus pacientes. Porém, não se limita a determinar o que é prescrito, permitido, tolerado, proibido; baseia-se na procura do ótimo, do que seja preferível, ou melhor, para determinada situação.

Em paralelo, a ética clínica quase sempre exclui a relação com o público em geral, a reflexão sobre as políticas de saúde e o campo da pesquisa biomédica. A ética clínica trata das condutas desejáveis no âmbito da relação que se forma entre profissionais da área da saúde e seus pacientes, criando-se, com isso, condições para que, por um lado, os valores pessoais dos seres humanos envolvidos sejam preservados e respeitados; por outro, para que a prestação do serviço, que constitui o objeto especial dessa relação, possa alcançar a máxima eficácia possível ¹⁶.

Por sua vez, o termo ética biomédica está diretamente associado à ética da medicina moderna. A rigor, segundo Durant ¹⁵, essa expressão visa diretamente à ética da medicina tecnológica. *Ela exclui todos os atos da prática cotidiana terapêutica com o seu paciente.* Entretanto, adverte que a expressão é ambígua, pois apesar de parecer ter sido inventada para dar conta da prática médica moderna com amplo apelo no campo da pesquisa biológica, alguns a usam como sinônimo de bioética.

Por último, a expressão bioética clínica refere-se a um dos ramos mais complexos da bioética, pois diretamente relacionada à análise de questões de ordem moral ou ética muito mais amplas. Para Urban, a bioética clínica é mais abrangente do que a ética clínica porque visa estabelecer uma aliança entre o conhecimento científico médico e o humanístico, com um campo de atuação bastante amplo. *Estuda desde os problemas inerentes ao início e ao fim da vida, a reprodução humana, os dilemas individuais dos profissionais de saúde frente a situações polêmicas, as pesquisas em seres humanos, até as complexas decisões de saúde pública enfrentadas em conjunto com legisladores e cidadãos* ¹⁷. Segundo Kovács ¹⁸, tem como objetivo central discutir as implicações éticas aplicadas aos cuidados das pessoas doentes, refletindo a respeito de dilemas que envolvem processos diagnósticos e tratamento.

Apesar dessa abrangência, percebe-se que os conceitos ética clínica e bioética clínica se entrelaçam. No entanto, a bioética clínica se diferencia porque diz respeito a todas as situações que exigem uma tomada de decisão, quer

na prática médica, no cotidiano das demais profissões da saúde ou em situações particulares em comitês de ética. Essas características indicam que se por um lado a bioética abrange todos os campos de atuação, por outro, demonstra que a história clínica também é objeto da ética.

A esse respeito, o bioeticista espanhol Diego Gracia ¹⁹ faz duas observações: 1) adverte que na ética médica não se deve começar estabelecendo grandes princípios, mas sim por estudo dos casos concretos, tendo, por consequência, que toda tomada de decisão tem como ponto de partida a história clínica; 2) considera que *a ética clínica não pode ser entendida como mera aplicação dos princípios estabelecidos pela bioética fundamental.* Assim, Gracia pondera que a bioética torna-se disciplina médica à medida que analisa as dimensões morais do julgamento clínico.

Método em bioética clínica

Para Gracia, os problemas éticos consistem sempre em conflitos de valores, que têm como suporte os fatos. Por essa razão, entende que os procedimentos de análise devem sempre partir de estudo minucioso dos fatos clínicos ²⁰. Na obra *Procedimiento de decisión en ética clínica*, faz uma analogia entre a história clínica e os métodos utilizados para resolver problemas éticos. Afirma que *para resolver conflitos, os médicos utilizam certos procedimentos clássicos, que são em última instância os que sintetizam a história clínica.* A partir dessa compreensão, questiona se *tem sentido ampliar os métodos clínicos, até serem convertidos em um método próprio da ética clínica?* ²¹

Uma das primeiras pessoas a responder afirmativamente esta questão foi David Thomasma, professor de Filosofia e de Medicina na Universidade de Tennessee, que em 1978 publicou um artigo sob o título *Training in medical ethics*²¹. Ele elaborou um método que denominou de *Ethical workup*. Ressalte-se que esse método sofreu várias modificações, a mais recente em 1990, transformando-se em ferramenta metodológica mais ampla, composto por seis etapas:

1. Descrever todos os fatos do caso. Seguido da investigação de cada fato médico não presente no caso, porém possivelmente relevante para sua solução;
2. Descrever os valores relevantes dos médicos, dos pacientes, dos membros da casa, do próprio hospital e da sociedade;
3. Determinar o principal valor ameaçado. Por exemplo, caso em que o médico se veja obrigado a implementar um tratamento contra os desejos do paciente;
4. Determinar os possíveis cursos de ação que podem proteger o maior número possível de valores;
5. Eleguer um curso de ação;
6. Defender este curso de ação a partir dos valores que o fundamentam. Por exemplo, por que elegeu, neste caso, um valor sobre o outro? Por que o curso de ação X é melhor que o Y?

A intenção de Thomasma é harmonizar os fatos objetivos com os valores das pessoas envolvidas, em particular com os do enfermo. Acredita que os fatos e valores aparecem

sempre unidos em um contexto. Razão pela qual defende que se deva analisar conjuntamente numa matriz que denomina *parrilla contextual* (grelha contextual). A finalidade é descrever, do modo mais objetivo possível, todo o contexto, de maneira a facilitar a ordenação dos juízos de valores, com vistas ao estabelecimento das prioridades na hora de indicar o melhor curso de ação ou tomada de decisão²¹.

Método de Diego Gracia

Gracia²¹ elaborou outra proposta apoiada em quatro premissas: ontológica, deontológica, teleológica e uma justificativa moral, cuja tomada de decisão fundamenta-se no contraste dos conflitos de valores aclarados em cada uma das proposições. A sistematização desse método se baseia em quatro passos:

- I. Sistema de referência moral (ontológico)
Premissa ontológica: homem é pessoa, enquanto tal tem dignidade e não preço;
Premissa ética: enquanto pessoas, todos os homens são iguais e merecem igual consideração e respeito;
- II. Esboço moral (deontológico)
Nível 1: não maleficência e justiça;
nível 2: autonomia e beneficência;
- III. Experiência moral (teleológica)
Consequências objetivas ou de nível 1;
Consequências subjetivas ou de nível 2;

IV. Verificação moral (justificativa)

Contrastar o caso com a regra, tal como expressa no passo II;

Comprovar se é possível justificar uma exceção à regra em um caso concreto (passo III);

Contrastar a decisão tomada com o sistema de referência, tal como expressa no passo I;

Tomar a decisão final.

O passo I, denominado *sistema de referência moral*, constitui o marco formal moral universal. Por estar baseado numa premissa antológica formulada universalmente, obriga a cumprir deveres morais mínimos, como não matar, não discriminar, não mentir, visto que todos merecem consideração e respeito aos seus valores.

No passo II, chamado *esboço moral*, Gracia reestruturou os princípios *prima facie* que fundamentam as justificativas morais da teoria principialista da bioética, classificando-os em dois níveis. Essa hierarquia, talvez, esteja associada ao fato de que na tradição europeia não se aceita a existência de princípios absolutos para fundamentar a moral.

Os princípios da não maleficência e justiça foram classificados como de primeiro nível. Por adquirir caráter público, figuram como a *ética de mínimos* ou *ética minimalista*, ou seja, uma obrigação imposta universalmente para todos os cidadãos²². Portanto, determina os deveres para cada pessoa, tanto na ordem de sua vida biológica (princípio da não maleficência) como em sua vida social (princípio da

justiça). Neste caso, todos se submetem ao cumprimento mínimo das obrigações, regras e valores comuns – como, por exemplo, a obrigação de respeitar as pessoas, seu corpo, sua dignidade, não causar danos, tratar os pacientes sem discriminação, proteger os desfavorecidos e tratar os outros como gostaria que fosse tratado.

Tais obrigações podem ser definidas de várias maneiras: pelo consenso racional ou, pelo menos, razoável entre todos ou a maioria dos cidadãos, ou por força imposta pelo Estado. Isso significa que cada um deve procurar o estabelecimento de um conjunto de valores comuns tanto relacionados aos costumes quanto às regras legais. As principais áreas a serem cobertas no espaço mínimo de ética são: a proteção da saúde física, mental e espiritual dos indivíduos (princípio da não maleficência) e a proteção da integridade interpessoal e social, evitando a segregação de alguns indivíduos por outros sobre as questões fundamentais de convivência (princípio da justiça)²⁰.

Por sua vez, os princípios da *autonomia* e *beneficência* foram classificados como de segundo nível. Por adquirirem caráter privado, isto é, por situarem-se no espaço privado de cada pessoa, representam a *ética de máximos* ou *ética máxima*. Esses princípios se referem à relação entre o pessoal de saúde e o paciente²². Se, por um lado, significam a busca individual do máximo gesto ético, bondade, amor, felicidade; por outro, forçam o paciente a exercer o direito sobre suas próprias crenças, valores e ideais de vida.

A hierarquização desses princípios, entre outros aspectos, facilita a análise do julgamento moral, porque evita que entrem em choque. Caso em que se deve procurar respeitar aqueles de primeiro nível (não maleficência e justiça) ou os deveres éticos mínimos^{20,23}. Diferentemente da proposta de Beauchamp e Childress²⁴, que consideram os quatro princípios como deveres *prima facie*, ou seja, do mesmo nível, neste caso, por não existir hierarquização entre eles, diante de uma situação de conflito deve-se decidir conforme as consequências. Em outras palavras, em dada circunstância pode ser prioritário o princípio da beneficência; em outra, o da autonomia; em outra, o da justiça etc.

Neste ponto, Gracia²⁰ esclarece que a *função do médico não é primariamente a de beneficência, senão a de não maleficência*. Para ele, *o que o princípio da autonomia diz é que o paciente competente é o único com autoridade moral sobre seu próprio corpo, e que, portanto, ninguém tem em princípio direito a decidir por ele ou impor limites à sua decisão*. Exceto em situação de extrema emergência, a única coisa que o profissional pode fazer é contrariar o paciente quando o seu desejo atenta contra os princípios da não maleficência ou da justiça. Se por um lado, pelo compromisso moral do profissional, deve evitar dano; por outro, o paciente não tem o direito de impor suas convicções.

Além da *ética de mínimos* e da *ética de máximos*, Gracia se vale de outro argumento que diz respeito à distinção entre deveres perfeitos e imperfeitos. Os primeiros são promulgados por todos, ou seja, pela *vontade geral*, portanto

são *públicos* e o Estado tem a obrigação de fazê-los cumprir, inclusive com o uso da força. Os segundos são promulgados por cada pessoa, pela *vontade individual*; sendo assim, o seu caráter é *privado* e, então, o seu cumprimento depende de cada um. Em bioética, os princípios da *não maleficência* e da *justiça* corresponderiam a deveres perfeitos e os de *autonomia* e *beneficência* a deveres imperfeitos. Assim, reafirma-se que, em caso de conflito, os de nível público teriam prioridade sobre os de nível privado²⁵.

Para o autor, a hierarquização desses princípios justifica-se porque muitas vezes os conflitos morais surgem como conceituação de resultado público ou privado²⁰. Resta questionar se de alguma forma ele tentou escapar das críticas feitas ao modelo principialista da bioética, justamente pelo fato de não atribuir uma hierarquia desses princípios nos casos de conflitos de valores.

No passo III, a *experiência moral* está ligada à experiência de vida moral. Considerando seu caráter teleológico, as decisões exigem o exercício de uma ética da responsabilidade. Portanto, devem-se ponderar tanto os princípios e valores envolvidos quanto as consequências da tomada de decisão. Isso implica que na análise dos casos devem ser avaliados os efeitos positivos e negativos do ato, tanto de nível 1 (não maleficência e justiça) como de nível 2 (autonomia e beneficência).

No passo IV, a *verificação moral (justificativa)* está associada às justificativas dos atos. Justificar é dar razão a escolha da tomada de deci-

são. Por isso, antes de tomar uma decisão é necessário contrastá-la com os passos I, II e III: contrastar o caso com a regra (II); comprovar se é possível justificar uma exceção à regra (III) e contrastar a decisão com o sistema de referência (I). A melhor decisão, certamente, será aquela que conseguir respeitar todos os princípios. As exceções aos princípios podem fazer-se à vista das consequências e das justificativas da tomada de decisão.

Gracia ²¹ recomenda que antes de aplicar o método faz-se preciso minuciosa análise da história clínica, pois este é o procedimento canônico da tomada de decisão no âmbito da clínica. Por isso, adverte que para discutir um problema ético é necessário, primeiro, aclarar todas as dúvidas técnicas (juízos clínicos), depois, analisar os conflitos de valores (juízos éticos) e, só então, escolher a melhor opção (juízos morais). Por fim, após a tomada de decisão, o autor ²⁶ sugere que se faça a *prova de consistência* para avaliá-la, considerando os seguintes aspectos: a) Prova de publicidade. Pergunta-se: o que aconteceria se a decisão se tornasse pública? O médico ou outro membro da equipe estaria preparado para defender a decisão publicamente?; b) Prova da legalidade. A decisão tem implicação legal? Considere-se que não se pode aceitar uma escolha contrária às normas legais vigentes; c) Prova do tempo. Depois de alguns dias, será que se tomaria a mesma decisão?

Método de Albert R. Jonsen

Em 1982, Jonsen, Mark Siegler e Winslade William publicaram um pequeno livro escrito

especificamente para facilitar o processo de decisões clínicas – no qual transformaram os seis passos de Thomasma em quatro complexas áreas de preocupações éticas ²⁷. Posteriormente, essa proposta foi defendida por Albert Jonsen e Stephen Toulmin na obra *The abuse of casuistry – A history of moral reasoning*, lançada em 1988 ²⁸. Esses dois autores remontam à tradição aristotélica da deliberação sobre casos concretos para demonstrar que, em ética, nunca se deve partir dos princípios, mas sim de situações individuais ²¹.

A partir da história clínica, os problemas morais são analisados com base em três passos: o passo I diz respeito à exposição do caso clínico, momento em que são expostos todos os dados clínicos necessários para proceder a análise moral. O passo II refere-se ao comentário moral, a partir de quatro categorias: critérios médicos; preferências do paciente; qualidade de vida; fatores socioeconômicos.

Critérios médicos

Têm como referência o princípio da beneficência. Dizem respeito a todas as implicações éticas que envolvem o diagnóstico, prognóstico, alternativas terapêuticas, estratégia clínica baseada em riscos e benefícios e aspectos específicos do paciente. Também devem ser aclaradas todas as dúvidas técnicas e científicas a respeito das alternativas de tratamento, seus objetivos, alívio dos sintomas, dor, sofrimento e a probabilidade de sucesso ou insucesso do tratamento. As seguintes questões devem ser respondidas: se o tratamento é eficaz, se o problema é crônico, agudo, crítico, emergen-

cial, reversível, irreversível, paliativo e, em caso de parada cardiorrespiratória, se o paciente será reanimado;

Preferências do paciente

Apoiam-se na autonomia. Dizem respeito aos valores do paciente relacionados às suas preferências, crenças, desejos e opiniões. Como consequências diretas do respeito à autonomia, as seguintes questões devem ser esclarecidas: natureza ética, legal e psicológica das preferências do paciente, recusa do tratamento, se o paciente foi devidamente informado e se é competente para tomar decisões. Nos casos de menores ou incapazes, quem é o responsável legal e se a autonomia do paciente está sendo respeitada;

Qualidade de vida

Tem como referência o bem-estar. Como decidir quando as preferências são desconhecidas e os objetivos médicos são limitados? Citam-se os casos de doença terminal, inconscientes, portadores de deficiência e a decisão de não investir na ressuscitação cardiopulmonar. Outras questões devem ser esclarecidas: para preservar a qualidade de vida deve-se suprimir as terapias ineficazes ou tratamentos que causem muita dor ou sofrimento?;

Fatores socioeconômicos

Apoiam-se no princípio da justiça ou da equidade. As decisões clínicas geralmente têm impactos e se estendem para além do médico, do paciente, da família e da sociedade. Todos os fatores que envolvem o diagnóstico, prognóstico, os padrões de conduta científica indicada, a licitude da conduta, o

respeito aos valores dos profissionais, do enfermo e da sociedade devem ser ponderados, pesados e suas consequências devem ser consideradas antes da decisão final. Outras questões devem ser esclarecidas: o papel das partes interessadas (como os familiares), conflitos de interesses, os custos da assistência à saúde, a distribuição dos recursos destinados à saúde e as questões que envolvem as implicações legais, pesquisa, ensino e o bem-estar da comunidade^{19,21,29}.

O passo III refere-se ao conselho moral. É o ponto mais problemático. Aconselhar sobre a importância dos fatos, as opiniões e as circunstâncias à luz das categorias éticas e indicações médicas é sempre tarefa complexa. Cabe ao médico recomendar o tratamento indicado, porém o paciente tem o direito de aceitá-lo ou rechaçá-lo conforme suas preferências pessoais. Portanto, em ordem de prioridade, as preferências do paciente são a categoria ética com maior peso na relação médico-paciente. Sempre que o paciente se nega a aceitar o tratamento, o profissional depara-se com uma série de questões: com que finalidade se elegeu este tratamento? O que o paciente necessita? Trata-se de um paciente realmente competente e capaz? Suas necessidades são grandes o suficiente para substituir suas preferências? Essas perguntas devem ser respondidas por meio da análise dos fatos. Em vista de sua importância, os fatos e opiniões devem ser efetivamente comprovados para que se chegue à ordem de prioridade. Por exemplo, *as decisões baseadas em indicações médicas são prioritárias em situações de urgências e quando o paciente é incompetente ou incapaz*¹⁹.

Método de James F. Drane

Este método contempla aspectos da proposta de Thomasma e Jonsen. Embora os princípios da autonomia e da beneficência também sirvam de guia para reflexão, baseia-se em um conjunto de valores morais a partir da descrição dos fatores clínicos relevantes. A sistematização dessa metodologia ética se estrutura em três fases: descritiva, racional e volitiva.

A *fase descritiva* serve de guia para a identificação dos *fatores* relevantes: 1) fatores médicos: diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento, objetivos médicos reais, tratamento que produz efeito real e conhecimentos científicos na área médica; 2) fatores éticos: quem é o paciente? Quais são os interesses, desejos, sentimentos, intenções e preferências tanto do paciente quanto dos médicos, da instituição e da sociedade?; 3) fatores socioeconômicos: envolvem o custo para o paciente, família, hospital, sistema de saúde, companhia seguradora, governo e sociedade.

A *fase racional* guia para o raciocínio acerca dos *atos* relevantes. Devem ser observadas nessa fase: 1) categorias ético-médicas: termo de consentimento livre e esclarecido, razão do tratamento, confidencialidade e possibilidade de experimentação; 2) princípios: beneficência, autonomia, respeito, veracidade, fidedignidade, sacralidade da vida e justiça são aceitos como guia para reflexão. As referências mais concretas têm forma de regras específicas: dizem respeito ao prolongamento do processo de morrer, alívio do sofrimento, respeito

aos desejos do paciente capaz etc.; 3) decisões legais e códigos profissionais: os casos legais paradigmáticos têm como guia de reflexão outros casos anteriores. Os códigos das organizações profissionais também servem como guias para reflexão.

A última fase proposta, a *fase volitiva*, refere-se aos fatores que serviram como reflexão para a tomada de decisão:

1. Ordenamento dos bens: quando se tem mais de um valor ou interesses envolvidos, devem ser ordenados de acordo com a escala de prioridades. Por exemplo, os desejos dos pacientes capazes têm preferência sobre os do médico ou da família. Ressalte-se, contudo, que no caso de uma epidemia, ou seja, diante de situação crítica que envolve a coletividade, os bens sociais têm preferência sobre os bens individuais;
2. Ordenamento dos princípios: quando os princípios entram em conflito, devem ser ordenados de acordo com as crenças pessoais e os compromissos profissionais: para os médicos, a beneficência (cuidar dos pacientes, curá-los, salvar sua vida, aliviar o sofrimento) é prioritária. Os demais princípios se respeitam, mas não se antepõem ao da beneficência;
3. Tomada de decisão: o profissional de saúde deve decidir com prudência, sensibilidade e de acordo com os limites de sua experiência pessoal ou profissional. Requer-se cuidado especial naquelas decisões que podem ter como consequência a morte do paciente.

Este método, como se vê, além de sintetizar a característica de modelo hipocrático tenta mediar os métodos de David C. Thomas e de Jonsen – embora a proposta se aproxime mais deste último.

Caso clínico para exercício

A proposta é expor um caso para análise utilizando a sistematização das ferramentas metodológicas aqui expostas. Trata-se do plano de ter um filho com a intenção de ser imunocompatível com o irmão portador de doença grave. O objetivo é explorar todos os fatos em suas particularidades, a fim de expor os valores em conflito, em relação aos interesses clínicos, dos pais, do filho doente e do futuro bebê doador. Em especial, devem ser analisadas as possíveis justificativas que fundamentam a tomada de decisão do médico que propõe a mãe ter outro filho, valendo-se dos recursos da fertilização *in vitro*, com o objetivo de ser doador do irmão portador de leucemia.

Hoje, por meio do diagnóstico genético pré-implantatório (DGPI), é possível selecionar embriões imunocompatíveis – o que abre, por um lado, o leque das esperanças dos pais na busca da cura de seu filho; por outro, envolve múltiplas controvérsias éticas entre os interesses da criança já existente e a instrumentalização da futura criança a ser concebida para salvá-lo.

Eis um caso exposto no romance *Para a minha irmã*, de Jodi Picoult³⁰. A história contada neste livro exemplifica como discutir a tomada de decisão. A trama desenvolve-se à volta

da família Fitzgerald, Sara, Brian Jesse e Kate. A filha mais nova, Kate, com dois anos de idade, sofre de leucemia promielocítica, sendo necessário procurar doador imunocompatível no registro nacional de medula óssea, posto que o seu irmão Jesse não o é. O médico oncologista, dr. Chance, sugere aos pais uma alternativa para salvar Kate: ter outro filho mediante a técnica da fertilização *in vitro*, com posterior recurso ao diagnóstico genético pré-implantatório para a tipagem HLA dos embriões. É deste modo que nasce Anna, cujo destino é salvar Kate; e é esta característica de salvadora que parece apagar a identidade de Anna.

Contra todas as expectativas, Kate sobrevive durante 13 anos com a ajuda da irmã, a qual, nesta idade, decide recorrer ao tribunal, quando os pais manifestam o desejo de que doe um de seus rins para salvar Kate de grave problema renal. No tribunal, a família é representada pela mãe, Sara, e a adolescente é defendida por Campbell, sendo todo o processo apoiado pela *tutora ad litem*, Julia Romano. A decisão de Anna de parar as doações à irmã parece ser um apelo ao direito de ver reconhecida a sua própria identidade. No entanto, nada é exatamente o que parece neste romance e o leitor interroga-se se de fato Anna não estará também dando voz ao desejo de Kate de interromper os tratamentos médicos e dar vida aos últimos dias de sua existência, em vez de dar dias à vida³¹.

O que se pode depreender do argumento dos pais? Quando os Fitzgerald decidem ter outro filho para salvar Kate, agem com base no pressuposto de que têm o direito de escolher

entre ter outro filho ou deixar Kate morrer enquanto espera por doador de medula óssea compatível. É esta a mensagem que transmitem na entrevista realizada por jornalista de um programa de informação, Nadya Carter, na qual referem à comunidade a decisão de terem um filho salvador³¹. Este caso exemplifica o tipo de reflexão que impregna o momento de tomada de decisão, apontando ser necessário ponderar sobre os possíveis argumentos favoráveis e contrários ao direito dos pais e do nascituro. A história ilustra o dilema de ter que escolher entre a esperança de ter outro filho imunocompatível ou deixar o seu filho morrer esperando a doação.

O exercício fundamenta-se em procurar expor as razões que levariam alguém a tomar essa decisão. Moralmente, justifica-se fazer tudo para salvar a vida de um filho? Como será percebido o nascituro? Como um ser humano, dotado de dignidade e direitos inerentes, torna-se mero repositório de órgãos para seu irmão? Ou a decisão só encontra amparo moral se houver um equilíbrio entre os interesses do casal e os da futura criança e entre a autonomia dos pais e o direito da identidade da criança doadora? Com base nas ferramentas da bioética clínica, você, leitor, tente imaginar que argumentos poderiam ser utilizados se fosse chamado a dar um parecer sobre este caso ou outro semelhante.

Os avanços constantes da biotecnociência estimulam a que se desenvolvam ao máximo todos os argumentos capazes de defender ou refutar a decisão de utilizar o método de DGPI para programar o nascimento de uma

criança que vai além da dimensão natural de um projeto parental. Este exemplo paradigmático pode facilitar em muito a compreensão dos dilemas e conflitos experimentados na clínica, permitindo o aprimoramento da sensibilidade no processo de tomada de decisões.

Considerações finais

Cada vez mais se constata que a corrente teórica da bioética principialista não é suficiente para dar conta a contento dos problemas morais mais complexos na prática clínica. Assim como na bioética clínica, além dos métodos aqui expostos atualmente existem outras opções capazes de orientar o processo de decisões de casos clínicos particulares, seja na prática assistencial ou em comitês de ética.

Entretanto, toda cautela é necessária para evitar que se criem novos campos de discussão desassociados da visão plural da bioética, pois se por um lado seria um erro reduzir a bioética aos casos clínicos na área médica, por outro não seria razoável imaginar que determinado método possa ser capaz de dar solução satisfatória para os dilemas e/ou conflitos éticos que nos dias atuais surgem na prática médica.

Evidentemente, seria quase impossível chegar ao que é absoluto, muito menos criar teorias gerais que pudessem ser aplicadas a todos os casos. Os diversos métodos integram um conjunto de ferramentas metodológicas que irão auxiliar na exposição dos fatos, na análise dos argumentos, na identificação dos valores em conflito e na melhor escolha possível.

Deve-se, por último, advertir que a aplicação de tais instrumentos, além de exigir dos profissionais envolvidos humildade, prudência, competência técnica, científica e ética, revela que nenhuma decisão ética deve estar acima da ordem legal instituída pela sociedade, pois não se pode aceitar proposta ilícita ou que contrarie a ordem jurídico-social.

Resumen

Bioética clínica y su práctica

La bioética clínica surge con Andre Hellegers en las decisiones éticas relacionadas con la práctica médica, y a partir de la concepción de la bioética principialista se está expandiendo en virtud de otras alternativas de análisis moral. Actualmente, hay varias propuestas metodológicas relativas a la toma de decisiones en ética clínica. Este artículo tiene como objetivo presentar los métodos de David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jons y James F. Drane por ser los más utilizados para el análisis de los conflictos, problemas o dilemas morales que surgen en la práctica clínica y asistencial. Se concluye que todos los métodos tienen por objeto ayudar en la preparación del raciocinio para la toma de decisiones. Seguramente, el mayor desafío es elegir aquel que haga posible un estudio racional, sistemático y objetivo de los problemas y que permita la exploración de los hechos en sus particularidades, pues cuánto más claros fueren más fácil será el análisis de los valores en conflicto.

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

Abstract

Clinical bioethics and its practice

(The) Clinical bioethics appears with Andre Hellegers related to ethical decisions in medical practice, and since bioethics principialism concept, it is expanding due to other moral analysis

alternatives. Currently there are several methodological proposals related to decision making in clinical ethics. This article aims to present the methods of David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jons and James F. Drane, since they are the most commonly used for analysis of conflicts, problems or moral dilemmas that arise in clinical practice and care. It follows that all methods are intended to assist in the preparation of decision making rationale. Certainly, the biggest challenge is to choose one that enables a rational, systematic, and objective study of problems and that permits exploitation of facts in their particularities, because the clearer they are, the easier will be the conflicting values analysis.

Key words: Bioethics. Ethics clinical. Decision making.

Referências

1. Neves MCP, coordenador. Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª ed. Coimbra: Gráfica Coimbra; 2002.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
3. Jonsen AR. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 2003.
4. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.
5. Clotet J, Feijó AGS, Oliveira MG, coordenadores. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: Edipucrs; 2005.
6. Figueiredo AM. O ensino da bioética na pós-graduação *stricto sensu* da área de ciências da saúde no Brasil [tese]. Brasília: Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB); 2009.
7. Siqueira JE, Zoboli E. Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 1994.
8. Bochaty AG. Bioética personalista desde uma perspectiva latinoamericana. Buenos Aires: Editora Biblos; 2004. p.101.
9. Figueiredo AM, França GV. Bioética: uma crítica ao principialismo. Derecho y Cambio Social [Internet]. 2009 [acesso 12 ago 2010];17. Disponível: <http://www.derechocambiosocial.com/revista017/bioetica.htm>.
10. Marques Filho J. Bioética clínica: cuidando de pessoas. Rev Bras Reumatol. 2008 Jan./Feb;48(1):31-3.
11. Paccine R. Bioética personalista aplicada à clínica. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.55.
12. Post SG, editors. Encyclopedia of bioethics. 3rd ed. New York: Macmillan; 2003. Introduction, p. XI.
13. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Franciscone CF. Clinical bioethics committees : a brazilian experience. J Int Bioéthique. 2008;19(1-2):181-192.

14. David JR, John RW, Bernard MD, Jean-Louis B. La bioéthique ses fondements et ses controverses. Bruxelles/Montréal: De Boeck/Erpi; 1995. p.53.
15. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003. p.86-120.
16. Levi GC, Barros AOL. Ética clínica: a aids como paradigma. In: Costa GO, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: CFM; 1998. p.285-94.
17. Urban CA. A bioética e a prática médica. J Vasc Br. 2003;2(3):275-7.
18. Kovács MJ. Em cuidados psicológicos e psicoterápicos. In: Siqueira JE, Zoboli E. Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 1994. p.161.
19. Gracia D. Fundamentos de bioética. 21ª ed. Madrid: Triacastela; 2008. p.445.
20. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc). 2001;117(1):18-23.
21. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastela; 2007. p.57,61,62,140.
22. Azulay TA. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An Med Interna Madri. 2001;18(12): 650-4.
23. Hermando P, Marijuán M. Método de analyses de conflitos éticos en la práctica assistencial. Anales [Internet]. 2006 [acesso 12 Ago 2010]; 29 (supl 3): 1-11. Disponível: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple10a.html>.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
25. Gracia D. Bioética clínica. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998. p.34-49, 57, 98-100.
26. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991.
27. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. New York: Macmillan; 1982.
28. Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: a history moral reasoning. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1988. p.46.
29. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: practical approach to ethical decisions in clínica. 5ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
30. Picoult, J. Para a minha irmã. Porto: Civilização Editora; 2004.
31. Magalhães S, Carcalho AS. Em busca do outro: uma visão ética através da janela ficcional. Acção Médica. 2010 julho;74(2):8-47.

Recebido 15.11.10

Aprovado 15.6.11

Aprovação final 19.6.11

Contato

Antônio Macena de Figueiredo - macenaso@vm.uff.br / macenaso@yahoo.com.br
Rua Antônio Parreira, 15/1.301 Boa Viagem CEP 24210-320. Niterói/RJ, Brasil.