

MESTRADO

CUIDADOS PALIATIVOS

**QUESTÕES ÉTICAS RECONHECIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÓS GRADUADOS
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Úrsula Dalcolmo de Menezes

M

2019



**QUESTÕES ÉTICAS RECONHECIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
PÓS-GRADUADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

AUTOR:

Úrsula Dalcolmo de Menezes

ulidalcolmo@gmail.com

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Rui Nunes

Director do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

COORIENTADOR:


Dra. Francisca Rego

Setembro 2019

PARECER DO ORIENTADOR

Eu, Rui Manuel Lopes Nunes com documento de
identificação n.º 3962125, coorientadora da estudante
Úrsula Dalcom de Menezes do Mestrado em Cuidados Paliativos
declaro ter conhecimento que a tese intitulada
Questões éticas reconhecidas por profissionais de saúde pós graduados em
vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em condições Cuidados Paliativos
de ser defendida publicamente.

Porto 24/09/2019



(assinatura conforme documento de identificação)

PARECER DO COORIENTADOR

Eu, Maria Francisca Telo Pógal da Silva Rego com documento de
identificação n.º 13999365, coorientadora da estudante
Úrsula Dalcomade Menezes do Mestrado em Quilidas Paliativas
declaro ter conhecimento que a tese intitulada
Questões éticas reconhecidas por profissionais de saúde pós graduados
vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em condições em Quilidas
Paliativas
de ser defendida publicamente.

Porto 30/08/2019

Maria Francisca Telo Pógal da Silva Rego
(assinatura conforme documento de identificação)

Dedicatória

Em memória de meu pai, que dedicou sua vida e trabalho à Ética.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rui Nunes.

À minha coorientadora, Dra. Francisca Rego.

À minha mãe, potência de vida, por estar sempre comigo.

À minha madrinha, fada médica, Dra. Margareth Dalcolmo, inextinguível no apoio e amor.

Ao Prof. Candido Mendes, inspirador das belas reflexões e profundos pensamentos, padrinho de minha jornada pelo conhecimento.

À amiga Silvia Marina, pela ajuda no estudo e generosidade.

À amiga Manuela Bertão, alma nobre e sensível, pela ajuda tão envolvida na elaboração desta dissertação.

À amiga Lilia Meirelles, estrela de todas as horas.

Ao Rui Castro Barroso e família, por me receberem em Portugal.

Aos profissionais de saúde do curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos da FMUP, pela colaboração.

Resumo

Introdução: A Bioética, como ética da vida, volta-se para nortear a conduta humana no âmbito das ciências biológicas e dos cuidados de saúde, na medida em que esta conduta é analisada à luz de valores e princípios morais. Por sua vez, frente ao aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, os cuidados paliativos surgem como uma necessidade e especialidade médica preocupada em garantir a qualidade de vida nos cuidados prestados. Porquanto esta nova forma de prestação de cuidados traz aos profissionais de saúde novas responsabilidades e mudanças na sua prática, os cuidados paliativos merecem investigações na esfera das possíveis questões éticas subjacentes, que perpassam por todo o curso da doença, desde o diagnóstico à fase terminal, e por diversos domínios como o objetivo de cuidado, gestão clínica, comunicação e alocação de recursos.

Objetivos: Analisar os dilemas éticos em cuidados paliativos reconhecidos pelos profissionais de saúde com pós-graduação em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal que utilizou um questionário estruturado, autoaplicado através da ferramenta *Google Docs*. Pesquisou-se a "frequência" e a "dificuldade" encontradas pelos profissionais de saúde, em 20 dilemas éticos, de acordo com sua experiência e percepção. O sistema de pontuação para a "escala de frequência" foi uma escala Likert. As medidas para os dilemas éticos foram reconstruídas de acordo com quatro domínios: "*goal of care*", "*clinical management*", "*communication*" e "*resources allocation*". O *software* SPSS versão 26 foi utilizado para a análise estatística. Foi realizado um *ranking* dos *scores*, dos quais, os primeiros cinco mereceram uma reflexão crítica através de revisão de literatura.

Amostra: Profissionais de saúde pós-graduados em cuidados paliativos, que frequentam os Cursos de Mestrado e Doutoramento em Cuidados Paliativos da FMUP dos anos letivos de 2016/2017, 2017/2018 e 2018/2019. A pós-graduação na área advém da conclusão do primeiro ano do respetivo curso. Um total de 32 profissionais participaram no estudo.

Resultados: Da análise global da amostra, os cinco dilemas éticos considerados mais difíceis e frequentes são: "o desejo irrealista dos pacientes por uma recuperação total",

“ocultação da verdade por parte das famílias aos pacientes”, “diferentes expectativas do objetivo de cuidados por parte dos pacientes”, “explicar a real progressão da doença aos pacientes”, e por fim, “insuficiente recursos humanos na equipa de cuidados paliativos”. A pontuação mais alta dos *scores* médios foi observada nos domínios da comunicação e dos objetivos de cuidados. Enquanto o *score* médio mais baixo encontra-se no domínio da gestão clínica.

Discussão: A prática assistencial em saúde é um universo amplo e complexo que está para além da excelência técnica. Trata-se fundamentalmente de relações humanas, e exige dos profissionais de saúde competências éticas, seja para a tomada de decisão a respeito dos objetivos de cuidado; para a deliberação dos tratamentos adequados, como a utilização de opioides ou a sedação paliativa; para a comunicação franca com os pacientes e familiares; e para o desenvolvimento da atitude empática que acompanha e salvaguarda a dignidade do doente até o seu fim de vida. É também necessária a discussão sobre planos de captação de recursos a longo prazo nos países que ainda estão na fase inicial de desenvolvimento do sistema de CP.

Palavras-chave: Bioética, Cuidados Paliativos, Dilemas éticos, Profissionais de saúde.

Abstract

Background: Bioethics, as an ethics of life, turns to guide human conduct in the field of biological sciences and health care, as this conduct is analysed in the light of values and moral principles. In turn, in view of the increased average life expectancy and chronic diseases, palliative care emerges as a need and medical specialty concerned with ensuring the quality of life in the care provided. While this new form of care provides healthcare professionals with new responsibilities and changes in their practice, palliative care deserves investigation in the sphere of possible underlying ethical issues that run the length of the disease from diagnosis to end-stage, and by various domains such as the goal of care, clinical management, communication and resource allocation.

Objectives: To analyse the ethical dilemmas in palliative care recognized by postgraduate health professionals in Palliative Care - by the Faculty of Medicine of the University of Porto.

Methodology: This is a cross-sectional study that used a structured questionnaire, self-applied through the Google Docs tool. We investigated the "frequency" and "difficulty" encountered by health professionals in 20 ethical dilemmas, according to their experience and perception. The scoring system for the "frequency scale" was a Likert scale. Measures for ethical dilemmas were reconstructed according to four domains: "goal of care", "clinical management", "communication" and "resources allocation". SPSS version 26 software was used for statistical analysis. A score ranking was performed, of which the first 5 deserved a critical reflection through literature review.

Sample: Postgraduate health professionals in palliative care, who attend the FMUP Masters and Doctoral Programs in Palliative Care for the 2016/2017, 2017/2018 and 2018/2019 school years. The postgraduate degree in this area comes from the completion of the first year of the respective course. A total of 32 professionals participated in the study.

Results: From the overall analysis of the sample the five most difficult and frequent ethical dilemmas considered are: "patients' unrealistic desire for a full recovery", "families hiding the truth from patients", "different expectations of the goal of caregiving", "explain the actual progression of the disease to the patients" and finally "insufficient human resources in the palliative care team". The highest average score

was observed in the domains of communication and care goals. While the lowest average score is in the domain of clinical management.

Discussion: Health care practice is a broad and complex universe that goes beyond technical excellence. It is fundamentally about human relationships, and demands from health professionals ethical skills, whether to make decisions about goals of care; for the consideration of appropriate treatments, such as the use of opioids or palliative sedation; for frank communication with patients and family members; and for the development of the empathic attitude that accompanies and safeguards the dignity of the patients until their end of life. Discussion on long-term fundraising plans is also needed in countries that are still in the early stages of PC system development.

Keyword: Bioethics, Palliative Care, Ethical dilemmas, Health professionals

Lista de Abreviaturas

ABCP Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

AMB Associação Médica Brasileira

ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APA *American Psychological Association*

APCP Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS Administração Regional de Saúde

CAHBI *Comité d'Experts pour la Bioéthique*

CCI Cuidados Continuados Integrados

CCNE *Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Santé*

CDBI *Comité Directeur pour la Bioéthique*

CEB Centro de Estudos em Bioética

CEIC Comissão Ética para Investigação Clínica

CES Comissão de Ética para a Saúde

CFM Conselho Federal de Medicina

CNCP Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CNECV Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CP Cuidados Paliativos

CSP Cuidados de Saúde Primários

DGS Direção-Geral da Saúde

EAPC *European Association for Palliative Care*

ECCI Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECTS *European Credit Transfer System*

EIHSCP Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

FMUL Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FMUP Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GEE *Groupe Européen d'Éthique des Sciences et des Nouvelles Technologies*

HIV *Human Immunodeficiency virus*

IEC *Institutional Ethics Committees*

IGBC *Intergovernmental Bioethics Committee*

IRB *Institutional Review Boards*

MD *Medical doctor*

N Número

Psi Psicólogo

OMS *Organização Mundial da Saúde*

RNCCI *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

RNCP *Rede Nacional de Cuidados Paliativos*

SPSS *Statistical Package for Social Sciences*

UNESCO *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

Lista de Gráficos

- Gráfico 1 – Consentimento informado.
- Gráfico 2 – Distribuição da idade da amostra.
- Gráfico 3 – Distribuição de acordo com o género.
- Gráfico 4 – Distribuição de acordo com o país de origem.
- Gráfico 5 – Distribuição de acordo com a crença religiosa.
- Gráfico 6 – Ano de ingresso na pós-graduação em cuidados paliativos da FMUP.
- Gráfico 7 – Distribuição de acordo com o curso.
- Gráfico 8 – Distribuição de acordo com a atividade profissional.
- Gráfico 9 – Experiência em equipa de cuidados paliativos comunitária ou hospitalar.
- Gráfico 10 – Experiência clínica com doentes paliativos.
- Gráfico 11 – Já teve algum familiar/amigo que recebeu cuidados paliativos?
- Gráfico 12 – *Different goals of care from the patients' expectations.*
- Gráfico 13 – *Frustration in guiding the desperate patients.*
- Gráfico 14 – *Unrealistic desire of the patient for a full recovery.*
- Gráfico 15 – *Unable to accept death by patients.*
- Gráfico 16 – *Poor symptom control in the patients.*
- Gráfico 17 – *Side effects of opioid.*
- Gráfico 18 – *Use of antimicrobial agents when infection.*
- Gráfico 19 – *Use of artificial nutrition when poor oral intake.*
- Gráfico 20 – *Blood transfusion when low hemoglobin.*
- Gráfico 21 – *Request for euthanasia by the patients.*
- Gráfico 22 – *Use of palliative sedation to reduce suffering.*
- Gráfico 23 – *The patients being unaware of the truth.*
- Gráfico 24 – *Making the decision to break bad news to the patients.*
- Gráfico 25 – *Explaining real disease progression to the patients.*
- Gráfico 26 – *Families concealing the truth from the patients.*
- Gráfico 27 – *Patients' refusal to leave the hospital.*
- Gráfico 28 – *Families' refusal to leave the hospital.*
- Gráfico 29 – *Insufficient payment from the National Health insurance.*
- Gráfico 30 – *Insufficient manpower of the palliative care team.*
- Gráfico 31 – *Insufficient support from the hospital.*

Lista de Tabelas

Tabela 1 – *Score* dos dilemas éticos na amostra global.

Tabela 2 – *Score* dos dilemas éticos por categoria profissional.

Tabela 3 – *Score* dos dilemas éticos de acordo com a ausência ou experiência em equipa de cuidados paliativos.

Tabela 4 – *Score* dos dilemas éticos de acordo com a frequência e dificuldade dos profissionais de saúde com experiência em equipa de cuidados paliativos.

Tabela 5 - *Score* dos dilemas éticos de acordo com a frequência e dificuldade dos profissionais de saúde sem experiência em equipa de cuidados paliativos.

Índice

1. Introdução	15
1.1. Ética, um caminhar	16
1.2. Ética Aplicada	46
1.2.1. Bioética	49
1.2.1.1. Tomada de decisão: uma questão ética	72
1.2.1.2. Do paradigma do curar para o paradigma do cuidado	78
1.3. Cuidados Paliativos	80
1.4. Bioética e Cuidados Paliativos	88
2. Objetivo	91
3. Metodologia	91
4. Resultados	94
5. Discussão	97
6. Conclusão	111
7. Referências bibliográficas	113
8. Anexos	121

Introdução

A bioética é um estudo específico à procura de respostas para novos dilemas relacionados com a vida. Por sua vez, frente ao aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, os cuidados paliativos surgem como uma necessidade e especialidade médica preocupada em garantir a qualidade de vida nos cuidados prestados. Porquanto esta nova forma de prestação de cuidados traz aos profissionais de saúde novas responsabilidades e mudanças na sua prática, os cuidados paliativos merecem investigações na esfera das possíveis questões éticas subjacentes, que perpassam por todo o curso da doença, desde o diagnóstico à fase terminal, e por diversos domínios como a meta de cuidado, gestão clínica, comunicação e alocação de recursos.

1.1. Ética, um caminhar

É uma invariável antropológica esse ensejo por agir bem, afirma Neves (2016). Próprio do processo de hominização existe uma inquietude do homem perante um agir. A hesitação, o questionamento, a reflexão, a ponderação, a deliberação são evidências desta inquietude, considerada inerente a uma ação, e que possui uma longa história.

Em termos filosóficos, a Ética é comumente compreendida como uma reflexão teórica que analisa os fundamentos e princípios que regem determinado sistema moral. Segundo Abbagnano (2000), a ética diz respeito a um saber prático que orienta as ações em busca do bem, ou da vida boa, para o indivíduo e a coletividade; em geral, é a ciência da conduta. Vasques (2005) define a ética como a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. A filosofia possui diversidade sociocultural e diferentes tradições, e embora não haja o intuito de negligenciar as várias formas de se filosofar, incluindo as estruturas e categorias orientais, que certamente possuem muito a contribuir, por motivos metodológicos, o objetivo deste capítulo é examinar as grandes questões e correntes filosóficas das tradições ocidentais que contribuem de forma mais direta para os pontos mais essenciais da ética que discutiremos ao longo do trabalho. Portanto, serão abordadas a seguir questões como a natureza do bem; as virtudes; a liberdade; o dever; a responsabilidade; e a consciência moral das consequências de nossos atos.

Ética Antiga

Percorrendo a história das tradições filosóficas ocidentais identificamos o nascer da Ética com o advento das cidades gregas, no "Século de Péricles" (século V a.C.), primeiro com os sofistas, posteriormente com Platão e Aristóteles, autor das três obras básicas da ética no Ocidente: *Ética a Nicómaco*, *A grande moral* e *a Ética a Eudêmio*.

Para Platão (427-347 a.C.), a inteligência, quando bem utilizada, conduz o homem ao conhecimento do Bem, e assim ao conhecimento da Verdade, da Justiça e da Beleza. A "metafísica do Bem" é o fundamento da ética platônica. Ao agir com retidão de consciência o homem aproxima-se do verdadeiro mundo, o das Ideias, do qual o mundo em que vivemos é uma mera cópia, como explica em *A alegoria da Caverna*.

O homem que age eticamente é aquele capaz de se governar a si mesmo. A virtude ética do autocontrole é apresentada no *Górgias* de Platão (380 a.C). Entretanto, a possibilidade de agir corretamente e de tomar decisões éticas depende do conhecimento do Bem, que é obtido pelo homem por meio do amadurecimento espiritual, ou seja, o verdadeiro sábio é aquele que alcançou o Bem através da dialética – "Ascensão da Alma" – até um lugar mais elevado e abstrato do real, podendo então agir de forma justa. Também em *A República* (380 a.C.) encontramos uma questão ética básica, a saber, se os homens agiriam de maneira eticamente aceitável apenas porque temem a punição.

Através dos diálogos entre Sócrates e outros personagens históricos ou fictícios, Platão, em suas obras, levanta importantes questionamentos éticos, a saber, se a ética depende de virtudes inerentes ao ser humano ou se podem ser ensinadas e adquiridas. Todavia, adverte Marcondes (2009), no estilo aporético e inconclusivo dos diálogos socráticos não é possível encontrar uma solução definitiva para os problemas levantados, ou mesmo definir conceitos éticos. Segundo o autor:

"Talvez a lição socrática esteja principalmente na importância do desenvolvimento de uma consciência moral, de uma atitude reflexiva e crítica que nos leve a adotar comportamentos mais éticos, e não na formulação de um saber sobre a ética e os seus conceitos. É o que diz Sócrates na célebre passagem da *Apologia* (38a): *A vida sem exame não vale a pena ser vivida*"(MARCONDES, 2009, p.15).

Podemos mais precisamente reconhecer a Ética como objeto de estudo na filosofia de Aristóteles, de caráter mais analítico e sistemático. O sistema aristotélico

divide a experiência humana em três áreas: o saber teórico, o saber prático e o campo da ação. A ética e a política pertencem ao domínio do saber prático cujo intuito é estabelecer sob quais condições podemos agir da melhor forma possível, uma vez que o propósito fundamental da vida é a felicidade (eudaimonia). O que afinal é esta felicidade e como podemos alcançá-la são apresentados como temas centrais na obra *Ética a Nicómaco*. Na obra, o filósofo grego descreve uma teoria da ação. Apresenta um binómio da ação feita de bom grado ou de mau grado, a primeira é referente a um ato cujo princípio se encontra no íntimo do sujeito que a realiza conscientemente as condições subjacentes à sua ação, e a segunda é referente a uma ação realizada por constrangimento externo.

Com efeito, *práxis e poiêsis* distingue o agir em duas formas. Numa aproximação conceitual podemos recorrer ao conceito arendtiano de “trabalho” e “ação”, a fim de uma clarificação do sentido da *poiêsis* e *práxis* aristotélica, respetivamente. Como *poiêsis*, o agir é transitivo, é dizer, o resultado da ação está no próprio objeto realizado, sem haver necessidade de lembrar a sua relação com o sujeito realizador, nem tampouco considerar o modo de produção como moral ou imoral; para Hannah Arendt (1958) o trabalho é a própria produtividade, que se preocupa fundamentalmente com os meios da própria reprodução, assim, a única finalidade da produção é produzir. A ação, por sua vez, é a única atividade que independe da medição da matéria e se correlaciona com a condição humana da pluralidade. É por meio da ação que os homens são capazes de demonstrar quem são (Arendt, 1995). O agir da *práxis* transforma e aperfeiçoa o próprio sujeito da ação. É enquanto *práxis* que o agir recebe qualificação moral, no tocante em que torna o agente bom ou mau, melhor ou pior (Renaud e Renaud, 2016). Coloquemos deste modo: a produção (*poiêsis*) do fazer é de natureza técnica, ao passo que a ação-*práxis* é o agir na sua dimensão ética.

A ética de Aristóteles apresenta-se como modelo de uma ética teleológica, enquanto voltada para a finalidade do bem e da felicidade (entendida como contemplação das verdades eternas, em contraposição aos prazeres mundanos). Considerada como uma ética da “vida boa” preocupa-se com “como havemos de viver”. Para responder a tal questão, Aristóteles dedica-se profundamente ao conceito de virtude moral (areté), ou excelência do caráter. O cultivo do caráter virtuoso do sujeito manifestar-se-ia na prática quotidiana, como exercício contínuo, e o conduziriam a esses fins. É pelo comportamento excelente, ou seja, virtuoso que o sujeito cumpre a sua

missão. Aristóteles sustenta que a *virtude do homem será hábito que faz o homem bom e com o qual executa o homem o seu ofício bem e perfeitamente* (Aristóteles, *Ética a Nicómaco* I, Livro II, Capítulo VI). Marcondes (2007/2008) faz notar, além disso, que podemos notar a oposição entre Platão e Aristóteles no que diz respeito à possibilidade de ensinar as virtudes, que segundo Marcondes (2009), enquanto o primeiro as afirma como inatas, o segundo afirma-as como resultantes do “hábito”.

A virtude, então, corresponde a uma disposição habitual para o bem, orientada pela “reta razão”. A ação eticamente correta caracteriza-se pelo equilíbrio, evitando assim tanto o excesso como a falta. É pela sabedoria prática (*phronesis*) que o homem consegue a capacidade de discernimento para esta justa medida. A moderação e temperança compõem as características de ser humano equilibrado no sentido ético.

Em suma, Aristóteles apresenta a felicidade, em seu sentido mais elevado, como o objetivo da vida, o objetivo da ética, e em última análise, como fim em si mesma. “O objetivo da ação moral é o fim no sentido absoluto. Com efeito, é a ação feliz que é o fim no sentido absoluto e é neste fim que incide o desejo. A concatenação dos fins parciais orienta-se para o fim último, nomeadamente a vida boa e feliz” (Renaud, 2016, p.127).

Apesar de relegada por longo tempo durante a época moderna, *Ética a Nicómaco* pode ser considerada o primeiro tratado autónomo de ética ocidental, cujas ideias ainda norteiam o pensamento contemporâneo. Dentre os neoaristotélicos contemporâneos, podemos citar o nome de Alasdair MacIntyre (1929).

Ética Epicurista

Posteriormente, a ética epicurista emerge no período helenista da Antiguidade, entre o final do século III a.C. até ao séc. II d.C.. Nas doutrinas helenísticas, em geral, podemos reconhecer a passagem gradual do predomínio da cidade e da comunidade, para o predomínio do indivíduo. O filósofo Epicuro (± 341-270 a.C.) constrói a sua filosofia em oposição às ideias centrais platónicas e aristotélicas, as quais afirmavam a realização do ser humano unicamente como membro da comunidade política, como cidadão, e a existência de uma dimensão inteligível como superior ao sensível e como fundamento dele. Para Epicuro, entretanto, a realidade era constituída pela *phýsis* ou o elemento físico primordial, é dizer que apenas pela natureza física experimentamos a vida.

A partir da aproximação da corrente atomística, de Leucipo e Demócrito, Epicuro elabora sua ética com base em três princípios fundamentais: a correta compreensão da natureza dos deuses e a consequente eliminação do seu temor; a correta compreensão da natureza da morte e a consequente eliminação do seu temor; a correta compreensão da natureza dos desejos e a sua consequente boa vivência. Os três enunciados estruturam a sua obra intitulada *Carta sobre a felicidade*. Para Epicuro a felicidade reside no prazer e na serenidade interior, a qual pode ser obtida pela soma de vários aspectos, entre os quais o conhecimento e a segurança. A sua doutrina distingue vários tipos de desejos: naturais e necessários; naturais, mas não necessários; e não naturais, nem necessários. A virtude, subordinada ao prazer, apenas é adquirida pela inteligência, raciocínio, prudência e ponderação, esses constituem os meios para evitar o sofrimento e eger o mais vantajoso prazer – o qual apenas deve ser satisfeito se não provocar resultados prejudiciais. A doutrina do prazer, segundo a qual um dos objetivos é evitar que se provoque ou sofra algum mal, engloba o conceito de justiça sempre como um acordo nas relações entre indivíduos. Se sofrer um mal impede a felicidade, na medida em que gera sofrimento, provocá-lo impede a quietude, visto que é fonte de insegurança. Nesse sentido, para Epicuro, a injustiça não é considerada um mal em si, antes, o mal é viver na incerteza de fugir, ou não, à punição, e é com o propósito de evitar tal insegurança que importa ser justo (MARCONDES, 2010).

Ética Teocêntrica

Se antes a referência da moral era a *pólis* (para Aristóteles), o universo (para os epicuristas), na ética cristã a moralidade está sujeita à fé. Sistematizada em um *éthos* bíblico, racionalmente não demonstrável, a ética cristã emerge de um conjunto de verdades reveladas a respeito de Deus, das relações do homem com Ele, e da forma de vida prática que deve o homem seguir para alcançar o Reino de Deus, ou do modo que Deus reine sobre a terra (VASQUES, 2005).

A ética de Agostinho (354 - 430 d.C.) configura-se como um marco da primeira reflexão filosófica cristã. Agostinho faz uma releitura das principais teorias éticas de origem greco e romana, em especial do platonismo, o qual discute à luz da doutrina cristã, e forma a base filosófica do seu pensamento. Questões como o problema da natureza humana e do caráter inato da virtude, a origem do Mal, o conceito de felicidade, a liberdade e a possibilidade de agir de forma ética, são heranças da tradição

grega e são tratadas por ele com base nos ensinamentos do cristianismo. A doutrina cristã responde a essas questões da seguinte maneira: a origem da virtude na natureza humana é criada por Deus; a queda e o pecado original são apresentadas como falhas humanas; a graça divina é concebida como possibilidade de redenção e alcance da felicidade na vida eterna; e a liberdade, ou livre arbítrio individual é concedido por Deus, que torna cada homem responsável por seus atos (MARCONDES, 2009).

Marcondes (2009) destaca duas questões centrais na ética agostiniana que marcam as principais doutrinas éticas cristãs, a saber, a origem do Mal e a liberdade humana. A respeito da origem do Mal, Agostinho, inspirado pelas ideias platônicas, afirma que apenas o Bem existe, uma vez que Deus é o Ser perfeito, todo bom e todo justo; o Mal se constitui, então, pela ausência do Bem nos seres humanos, que embora criados à semelhança de Deus, são seres inferiores, imperfeitos e perecíveis. Quanto à liberdade humana, Agostinho procura resolver o determinismo do pecado original, pelo qual o homem em sua fraqueza inata seria inevitavelmente compelido às ações contrárias à lei moral e a ação antiética. Ele defende que, pelo livre arbítrio dado por Deus, o ser humano torna-se responsável pelas suas escolhas e decisões, sendo assim responsável pelos seus atos, sejam éticos ou não.

Desenvolvido por uma ideia teológica nas categorias de ordem e de fim, sendo a ordem, atribuída num significado ontológico e ético, o elemento que conduz o homem ao fim último, ou seja, o da plena realização, o pensamento agostiniano marcou significativamente o desenvolvimento da filosofia na Idade Média, como influenciou o pensamento filosófico do início da modernidade.

São Tomás de Aquino (1225-1274), por seguinte, possui como ponto de partida a ética agostiniana a qual interpreta, à luz da doutrina cristã, não obstante, é através do resgate da filosofia aristotélica, a qual demonstra ser compatível com o cristianismo, que ele argumenta a sua oposição a algumas ideias centrais de Agostinho. Partindo da visão aristotélica de virtude, São Tomás defende que a natureza humana é capaz de ser aperfeiçoada, em contraposição à ideia do homem imperfeito marcado pelo pecado original. As virtudes gregas, como a coragem, lealdade e amizade, serão por ele substituídas pelas virtudes teológicas, tais como a fé, a caridade, e a esperança; assim como o conceito de felicidade aristotélico será interpretado como beatitude. Outra oposição à ética agostiniana encontra-se na noção de pecado original, que para São Tomás só pode ser superado através da Redenção.

São Tomás atribui ao agir o meio pelo qual se dá a perfeição do ser na sua ordem. Estrutura, assim, uma abordagem ética prescrita por três expoentes conceituais: a estrutura do agir ético, a estrutura da vida ética e a realização histórica da vida ética. Segundo o mesmo, existe uma lei moral natural e inerente a todo ser humano, que não provém de um consenso ou imposição externa, antes, é a luz da inteligência infundida por Deus nos seres humanos, e por ela conhecemos o que se deve cumprir e o que se deve evitar. Assim, o valor moral é a própria consciência do bem, e serve de medida para as boas ou más ações; é pela sua consciência que o homem faz um juízo sobre os seus atos, sendo as transgressões dos imperativos dos mandamentos, um desrespeito e agressão à própria natureza (essência) do homem. A lei moral, portanto, é a expressão da natureza humana, constituída na criação, tornando-se conhecida através da razão – razão essa, não sinónimo de racionalismo, mas uma estrutura intrínseca do homem e a capacidade intelectual de compreensão e relação com a natureza de todas as coisas.

Ética Moderna

Na Modernidade, possuímos uma Ética estruturada dentro de uma corrente Racionalista, que, em termos gerais, subtrai ou atenua significativamente a doutrina das virtudes e a espiritualidade cristã na reflexão moral.

Descartes

Considerado um dos fundadores da filosofia moderna, para Descartes (1596-1650) a solução de todos os problemas filosóficos e da ciência depende primeiramente da solução do problema do conhecimento, com efeito, as suas obras dedicam-se, maioritariamente, à fundamentação de um novo método científico, a saber, as questões epistemológicas.

Embora não se debruce especialmente sobre a questão ética, podemos encontrar no seu *Tratado do homem* (1664) e no *Discurso do Método* (1637), o seu interesse para com o conhecimento da natureza humana. As linhas fundamentais da concepção cartesiana da ética comporta um *éthos* racionalizado por um sujeito pensante em contraposição a ética antiga, onde o *éthos* é autónomo frente às aspirações do indivíduo. Embora afirme que uma ciência da moral deva primeiramente ser fundamentada num conhecimento científico da natureza humana, para que assim possamos definir as regras da ação correta, Descartes defende que enquanto essa não é definitivamente estabelecida

podemos pelo menos contar com regras para uma “moral provisória” que nos oriente a ação. A sua visão mecanicista sobre o corpo e a alma advoga uma ética fundamentada na utilização racional do livre arbítrio. O uso correto da liberdade impede que a vontade fique sujeita as paixões, quando as nossas paixões são controladas podemos agir com equilíbrio. Por fim, é necessário que as nossas atitudes estejam baseadas no conhecimento da verdade para que possam ser justas (MARCONDES, 2009).

Hobbes

Para Thomas Hobbes (1588-1679), filósofo inglês, existem dois tipos de corpos que se apresentam à investigação filosófica, a saber, os corpos naturais (obra da natureza) e os corpos artificiais (obra da vontade humana). Num primeiro momento, ele inclui, juntamente à geometria e a física, a ética como uma subdivisão da filosofia natural por considera-la tratar das consequências das paixões da mente, e a desvincula da dimensão política e social, uma vez que essas são subdivisões do estudo dos corpos artificiais. Em oposição radical à filosofia de Aristóteles, segundo o qual o homem é animal político, para Hobbes o homem político e social é artificial. Neste contexto, a ética refere-se às disposições do homem, enquanto a política trata dos deveres civis.

É a concepção da natureza humana articulada em torno da formulação mecanicista o ponto de partida da explicação hobbesiana para as ações humanas. Enquanto seres naturais, cuja paixão é tendência inata, o comportamento humano não pode estar sujeito a juízos de valores como bom ou mau, correto ou errado, logo que são noções ausentes no domínio da natureza. Desta forma, Hobbes subtrai a carga valorativa daquilo que seria a ética no comportamento natural do ser humano.

O homem, por sua natureza, é considerado como ser individual, livre e independente, e como tal, detém o desejo de possuir todas as coisas mesmo que para isso chegue às mais destrutivas consequências. A natureza humana, portanto, é considerada como um átomo de egoísmo, razão pela qual nenhum homem está ligado aos outros homens por consenso espontâneo. Daí a sua célebre frase *o homem é lobo do próprio homem*, incluída na sua obra *Leviatã* (1651). Hobbes, então, defende a necessidade de uma intervenção calculada nesta tendência natural através do contrato social. Para nos emanciparmos do estado de natureza e garantirmos o nosso direito à vida, cada indivíduo compromete-se a um pacto com todos os outros, em ceder o seu direito à autodeterminação sobre outrem. Deste contrato surge o ser soberano, o Estado

que, por sua vez, estabelece a lei a qual todos devem responder; em troca os indivíduos recebem a garantia de segurança mínima para que possam conviver.

Todavia, num segundo momento, mais precisamente em *De Corpore* (1655), Hobbes refaz a subdivisão da ética, até então exclusiva do estudo dos corpos naturais, integrando-a a filosofia civil:

“Mas, visto que para o conhecimento das propriedades do Estado, é necessário primeiro conhecer as disposições, afecções e costumes do homem, a filosofia civil é novamente dividida em duas partes, uma que trata das disposições e costumes do homem e é chamada ética, e a outra que trata dos deveres civis e é chamada política, ou simplesmente, filosofia civil” (Hobbes *apud* Tuck, 1996, p.178-9).

Assim, se a lei natural serve como ponto de partida da ética hobbesiana, por sua vez, ela estabelece-se artificialmente no Estado. Primeiro identificamos uma ética na qual o interesse do indivíduo desejante ocupam lugar central, posteriormente identificamos uma ética prudencial baseada no contrato e no respeito as leis civis.

A tese política hobbesiana, a teoria da obrigação moral, é fundada no contratualismo moderno, em contraposição a obrigação moral incondicional diante das leis naturais. Embora receba severas críticas que afirmam tratar-se de uma ética egoísta, Hobbes é um dos principais representantes do contratualismo como corrente de reflexão sobre as ações humanas, a qual se difunde até a contemporaneidade.

Kant

Foi em Immanuel Kant (1724 – 1804), que a ética filosófica moderna atinge o seu auge. O filósofo possui três obras principais no campo da ética: *Fundamentação da metafísica dos costumes* (1785), *Crítica da razão prática* (1788) e *Metafísica dos costumes* (1797-8).

Kant possui como objeto de suas investigações a razão, no seu sentido teórico e também prático. Procura examinar as condições segundo as quais a razão funciona, bem como o seu objetivo. No que diz respeito à prática, parte da concepção de um *factum* da moralidade, em que preconiza um sujeito racional, livre e autónomo frente às suas escolhas, que pode ou não submeter-se à lei moral; para Kant aquele que age moralmente é aquele que é capaz de se autodeterminar, sendo assim, o pressuposto fundamental da sua ética é a autonomia da razão.

Para o filósofo, a questão ética deve orientar-nos frente à pergunta “o que devemos fazer?”. Por isso considera-se a sua ética puramente racional do dever, cuja moral é predominantemente deontológica – (do grego, *to deon*). Na *Fundamentação da metafísica dos costumes*, Kant responde esta questão quando instaura a sua “máxima” no imperativo categórico: “age de maneira que possas querer que o motivo que te levou a agir se torne uma lei universal”. Razão absoluta, este princípio determina que a ação moral é aquela que pode ser universalizada. O puro dever como excelência, bem como a sua universalização, apresenta-se como constituinte formal da vida moral, ou seja, trata-se de uma ética que tem a norma como esquema de legitimação da ação (FERREIRA, 2016).

Em Kant, identificamos a subsunção do conceito de virtudes numa doutrina do dever, na qual a virtude é a intenção firmemente fundada de cumprir exatamente o que se deve e independentemente dos fins. O dever apresenta o caráter de uma necessidade absoluta no agir cuja única motivação é o respeito pela lei moral. Por conseguinte, “há apenas uma única virtude, a coragem ou a força moral (*fortitudo moralis*) da resolução em conformidade com a lei moral” (Ferreira, 2016, p.110). Notemos que aqui a moralidade kantiana reside na coerência pessoal, entre a conformidade interior da vontade com a lei moral; a felicidade, a qual preconiza o filósofo alemão, é a da tranquilidade e boa consciência do dever cumprido.

Notemos também o abandono de qualquer pressuposto teleológico quando consideramos um dever que independe dos fins. Isso porque, na base do fundamento moral kantiano encontra-se a distinção radical que o filósofo faz entre “coisas” (que têm preço, um valor relativo que permite as trocas e equivalências) e “pessoas” (que tem dignidade, ou seja, valor absoluto de fins em si mesmas). Portanto, tratar a humanidade em cada ser humano sempre como fim e nunca como meios configura-se como a segunda formulação do imperativo categórico kantiano, a saber, a Fórmula da Humanidade: “age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto na tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio” (GMS, AA, 04: 429).

A Fórmula da Humanidade exprime o fundamento real e formal da ética em Kant, assenta no valor da humanidade, incondicionado e inalienável, que segundo Galvão (2016), atesta o caráter de uma necessidade moral, objetiva e universal, de um dever sem quaisquer restrições.

No âmbito das perspectivas deontológicas encontramos Immanuel Kant como importante representante do princípio ético fundamental, designando-o por um imperativo categórico. A sua preposição de uma ética de princípios e o seu racionalismo encontram relevantes autores no pensamento contemporâneo, dentre eles podemos citar Christine Korsgaard (1996) e Allen Wood (2008).

Hegel

Hegel (1770 -1831), também de corrente racionalista, faz oposição à moral de Kant por considerá-la demasiado exigente, sendo um ideal ético irrealizável. Critica a ideia de um princípio universal, comum a qualquer contexto histórico e temporal, assim como a ênfase dada à vontade subjetiva na ação moral do indivíduo. Em contraposição, Hegel defende que os critérios para a avaliação das ações como eticamente corretas devem considerar o contexto no qual se encontra o indivíduo e os resultados consequentes dessas mesmas ações.

Podemos dizer que o filósofo assume uma ética contextualista, uma vez que compreende a autoconsciência do indivíduo circunscrita numa dimensão social que postula os seus valores normativos; e uma perspectiva consequencialista, posto que a eticidade da ação depende dos seus resultados: uma ação bem intencionada, porém, com más consequências é considerada, de modo geral, eticamente incorreta.

Assim, Hegel propõe que o ideal ético deve ser racionalmente reconciliado com a *práxis* humana. Para tal, é preciso deslocar o ideal para o plano de uma ética vivida no mundo das instituições, e não apenas no campo das ideias. Hegel não negligencia o dever, para além, considera o seu sentido na concretude do agir.

Utilitarismo de Bentham

Outra ética que atende as consequências é a ética utilitarista. A principal alternativa moderna à ética de Kant, o Utilitarismo é uma corrente de pensamento no campo da ética e da filosofia política que nasceu no século XVIII, possuindo como base as ideias do pensador francês Claude-Adrien Helvétius (1715-1771) e do pensador inglês Jeremy Bentham (1748-1832), considerado o seu fundador como teoria filosófica dando-lhe a sua primeira forma clássica. Defendendo a maximização do prazer e a diminuição da pena como critérios de moralidade, Bentham pretendia com a sua teoria modificar a justiça penal e as instituições políticas da época. Inspirado também na

Revolução Francesa (1789), este princípio difundiu-se amplamente durante o Iluminismo, uma vez que se dirigia ao encontro de um projeto de reforma social, o que acabou por valer a Bentham o título de “cidadão honorário” na França.

Em termos gerais, a corrente utilitarista formula “o princípio da utilidade” como critério do valor moral de um ato. Segundo este princípio universal, o bem seria aquilo que maximiza o benefício e reduz a dor ou sofrimento, portanto, as ações que possuem mais valor do ponto de vista ético são aquelas que beneficiam a maior quantidade possível de indivíduos. O útil é compreendido como aquilo que contribui para o bem-estar geral. Aqui a moralidade do ato é avaliada a partir do ponto de vista das suas consequências exteriormente discerníveis, em contraposição à deontologia kantiana na qual a atitude ética reside na coerência pessoal, entre a conformidade interior da vontade com a lei moral. O Utilitarismo recebeu profundas críticas pelos racionalistas da época, inclusive de Kant, avesso a ética das consequências.

Todavia, foi John Stuart Mill (1806-1873), filósofo, pensador político e ativista liberal inglês, o principal expoente e reformador do Utilitarismo no século XIX. Foi ele, inclusive o primeiro a utilizar este termo quando intitula sua principal obra ética em defesa do princípio da maior felicidade. Sobre ele descreveremos mais adiante, no tocante às éticas contemporâneas.

O Utilitarismo teve grande influência no século XX, compondo-se como uma das principais correntes contemporâneas no campo da ética, tendo influenciado, inclusive, concepções políticas como a de “bem-estar social” e conceitos como a “maximização do benefício” (MARCONDES, 2009).

Ética contemporânea, principais correntes

Na ética antiga podemos destacar o pensamento filosófico na busca por uma ontologia, o conhecimento do ser; na idade medieval os estudos filosóficos voltam-se para as explicações a respeito do ser divino; e na idade moderna encontramos o advento do racionalismo e do empirismo. Durante estes períodos é possível identificar a ênfase na problemática da relação do homem com o pensamento e a natureza (*physis*). Entretanto, as transformações profundas do último século, como o progresso das ciências, as novas tecnologias, o individualismo, as grandes guerras, e o surgimento dos sistemas totalitários, levaram a uma ruptura conceitual com a ontologia tradicional, bem como com a fundamentação racional moderna para a ética.

De maneira geral, podemos identificar duas grandes orientações no pensamento contemporâneo, a saber, a filosofia analítica, debruçada, sobretudo, nas relações entre filosofia e ciência e na formalização da teoria do conhecimento, e as filosofias humanistas ou existenciais, cujo objeto de reflexão é o próprio homem.

O pensamento contemporâneo volta-se para a experiência moral do homem e a investigação desenvolve-se em terreno próprio, não obstante, a filosofia contemporânea, nas suas diferentes configurações, trabalha com textos de toda a tradição filosófica, a exemplo do século XX, cujas teorias éticas são pautadas nos valores morais e humanistas dos clássicos, como a "racionalidade prática", a "deliberação" e a "prudência"; e numa redescoberta das virtudes aristotélicas. Como resultado emerge um amplo leque de correntes filosóficas.

Todavia, não ambicionamos, neste trabalho, levar a cabo uma exaustiva apresentação e análise das várias correntes contemporâneas que abordam a ética. Baseada nas obras *Ética: dos fundamentos às práticas*, sob coordenação de Neves (2016), e *Manual de ética*, sob coordenação de Brum Torres (2014), foram selecionadas algumas das principais correntes, consideradas significativas para posteriores discussões ao longo desta tese.

Filosofia da Suspeita

A filosofia da suspeita, como o nome já pressupõe, coloca em causa as formas da racionalidade filosófica tradicional construída nos moldes da metafísica, o conceito de verdade como representação e correspondência. Os “mestres da suspeita” – expressão cunhada por Ricoeur para se referir a Marx (1818-1883), Nietzsche (1844 -1900) e Freud (1856 -1939) – denunciam as ilusões da consciência, contestam a ideia de que o ser humano é dono de seu próprio destino, e assumem outras possibilidades de interpretação.

Na teoria materialista, por exemplo, Marx defende que as ideias devem ser compreendidas a partir do contexto histórico da comunidade na qual se vive, e das contradições que surgem entre as forças produtivas e as relações de produção. Na sua concepção, as ideias que aparecem como universais e absolutas em determinada sociedade, são, de fato, parciais e relativas, porque representam apenas a classe dominante.

Para Nietzsche, o conhecimento é a interpretação, atribuição de sentidos, e não a explicação da realidade. Atribuir sentidos é, também, conferir valores, ou seja, os sentidos são conferidos a partir de determinada escala de valores, os quais se quer promover ou ocultar.

Com o célebre enunciado *o eu não é mais senhor em sua própria casa*, Freud (1917), fundador da psicanálise, vai ao encontro das crenças racionalistas, de que a consciência humana é o centro das decisões e do controle dos desejos, ao levantar a hipótese do inconsciente. Para a psicanálise, todos os nossos atos trazem significados ocultos no inconsciente, significados esses que podem ser interpretados à luz da linguagem simbólica.

Enfim, as críticas elaboradas pelos “mestres da suspeita” repercutiram significativamente nas reflexões posteriores sobre o sentido da verdade e o alcance do nosso conhecimento, assim como redirecionam a reflexão ética: de crítica ideológica em Marx, genealógica no sentido de Nietzsche, e do psiquismo com descoberta do recalque e da repressão em Freud.

Corrente analítica anglo-saxónica

Ligada à tradição empirista anglo-saxónica, a filosofia analítica originou-se com os filósofos britânicos Bertrand Russell (1872-1970) e G. E. Moore (1873-1958). Em contraposição ao hegelianismo, Russell defendia que a única maneira de conhecer a realidade era por meio das ciências físicas, abordando assim os problemas filosóficos por meio da lógica formal; enquanto Moore defendia que bastava o questionamento sobre um problema filosófico para a sua resolução, sublinhando a importância da análise do senso comum e da linguagem quotidiana. Estas duas posições desdobraram-se nas vertentes do Positivismo Lógico e da Filosofia Linguística, respetivamente.

Com a virada linguística, a filosofia remodela-se, aquilo que pensamos como realidade considera-se circunscrito numa convenção de nomes e características, convenção chamada de linguagem. Os primeiros trabalhos de Wittgenstein (1889-1951) apontam que os problemas filosóficos emergem de uma falta de compreensão da lógica da linguagem, e tudo aquilo que estiver fora do sistema linguístico é, por definição, inconcebível. A sua célebre frase, *os limites de minha linguagem significam os limites de meu mundo*, afirma que a realidade humana só pode ser concebida quando apreendida e articulada pela linguagem. Somado aos trabalhos de outros autores e

posteriormente, em especial, aos ligados ao Círculo de Viena, nasce a filosofia analítica, na qual a linguagem é abordada a partir de um novo paradigma, como estrutura lógica ou sistema de regras, conquistando amplo espaço na filosofia e passando a ser o objeto da reflexão filosófica até os dias atuais.

Existem várias correntes dentro da filosofia analítica, não obstante, que convergem essencialmente na lógica e na análise dos conceitos para a resolução da maioria dos dilemas filosóficos. Os seus autores dedicam-se, especialmente, ao estudo linguístico dos enunciados da ação e dos enunciados morais. Não formulam propriamente um tratado de ética, mas realizam uma análise descritiva da linguagem da ação.

A obra de Moore, *Principia Ethica* (1903), é um marco da teoria ética analítica. Nela o filósofo defende que a sua ética não é a investigação quanto às afirmações sobre a conduta humana, antes, a ética é uma investigação geral do que é bom e mau. Critica toda filosofia que descreve o bem em termos metafísicos. Para ele, as teorias de valor empirista ou naturalistas são falaciosas nas suas definições de bem ao tentarem definir propriedades morais em termos de propriedades naturais, ou seja, considera que tais teorias éticas confundem duas esferas nos juízos éticos, esfera do que é bom e a esfera comportamental, ocupando-se equivocadamente do bom comportamento sem explicar o que realmente é o bom. (MOORE, 1993)

Moore afirma que quando algo é detendor de uma propriedade única chamada bom/bem, significa possuir valor intrínseco; essas propriedades morais são propriedades *sui generis*, irredutíveis e insuscetíveis de qualquer espécie de análise conceptual, sendo apenas apreendidas por um processo cognitivo designado “intuição moral”. Moore defende uma perspectiva moral que será conhecida por ‘intuicionismo’ (VERÍSSIMO, 2015).

O objetivo de Moore é trazer à ética a cientificidade, para isso rompe com as tradicionais formas de investigação das filosofias práticas; o que ele propõe é uma teoria ética, uma ética como ciência, que primeiramente deve investigar a verdade e falsidade dos juízos éticos, e o que é o bom em geral, podendo só assim ser possível uma posterior investigação daquilo que seria o bom comportamento.

Assim, se a ética normativa trata de questões morais de primeira ordem, como por exemplo: “Como devemos agir?”, ou “Que princípios devem orientar a nossa

conduta?”, a metaética de Moore ocupa-se de questões sobre a natureza da própria moralidade, buscando realizar uma análise científica do significado dos termos morais.

Ética do discurso

Partindo do pressuposto de que existem algumas regras no uso da linguagem que possuem conteúdo normativo, ou seja, que condicionam determinadas formas de agir, esta ética procura fundamentar a validade de argumentos e do agir moral através do exame dos pressupostos do discurso. Importantes trabalhos nessa área foram realizados por Jurgen Habermas (1929) e Karl-Otto Apel (1922- 2017), ambos filósofos da segunda geração da Escola de Frankfurt, que escrevem num primeiro momento em conjunto, e posteriormente, desenvolvem as suas teorias de forma individual.

Apel elabora a original interpretação da filosofia da linguagem ao enfatizar a sua dimensão pragmática, assentar as regras do discurso como condições transcendentais de sentido, e considerar a comunidade argumentativa como instância de validade de toda e qualquer argumentação. A sua concepção transcendental-pragmática de linguagem assume o discurso, não como mero exercício da linguagem, mas, como forma especialíssima e pública de mediação de todo e qualquer pensamento ou reflexão.

Para o filósofo, o conflito fundamental da contemporaneidade é marcado simultaneamente pela necessidade de uma ética universal e a aparente impossibilidade de a estabelecer, o que define como paradoxalidade da nossa época. Partindo desta consideração, ele reflete sobre a ética do discurso como possibilidade de saída para as crises.

Apel defende a argumentação racional que “pressuposta não apenas em cada ciência, mas também em toda a discussão de problemas – pressupõe também ela, a validação de normas éticas universais” (Apel, 2000, p. 449). O autor postula que o *a priori* da comunicação é intransponível, e neste sentido o *factum* da ética do discurso seria a própria linguagem e o processo comunicativo (argumentativo) como condição de toda e qualquer proposição de princípios para a moral. Assim, ele propõe uma Ética do Discurso a partir de três momentos fundamentais: a reflexão sobre a fundamentação do princípio ético universal; a reflexão sobre as consequências das nossas ações; e a reflexão sobre o estabelecimento de condições para a aplicabilidade de uma ética discursiva na história.

As condições sociais e históricas para a aplicação do princípio moral devem garantir a própria existência humana e da natureza, a racionalidade das instituições, das tradições e a própria cultura. O conjunto destas condições sociais e políticas ou mediações asseguram uma racionalidade comunicativo-consensual chamada de ‘Eticidade’ (HERRERO, 2001).

Assim como Apel, Habermas reconhece que não é possível fazer uma filosofia linguística baseada apenas na análise formal das frases. Inspirado pela teoria dos atos de fala, do filósofo inglês Austin (1911-1960), na qual a função da linguagem não é descrever reflexivamente o mundo, mas comunicar, Habermas rejeita a ideia de uma análise do discurso que seja independente dos falantes. Os seus esforços, então, direcionam-se para a superação do problema da semântica com a elaboração da teoria do agir comunicativo que, por sua vez, passa a considerar a relação intersubjetiva, entre os sujeitos. Nesse sentido, a teoria habermasiana distancia-se da subjetividade da ação moral em Kant, e rompe definitivamente “com a perspectiva monológica do paradigma da consciência, que atribui unicamente ao indivíduo singular à capacidade de examinar em seu foro interno as máximas da ação” (Lubenow, 2011, p. 65).

Habermas defende que a própria estrutura da linguagem já implica uma exigência de racionalidade, e propõe um salto paradigmático na filosofia quando substitui a razão instrumental por um conceito de racionalidade que encontra os seus fundamentos nos processos de comunicação intersubjetiva, que visa alcançar o entendimento, que regularia o processo de vida social. Essa racionalidade comunicativa é possível quando as suas pretensões de validade se submetem a três critérios de alcance universal: a veracidade da afirmação; correção normativa; autenticidade e sinceridade. Cada um deles referindo-se respectivamente a um mundo objetivo dos fatos, a um mundo social das normas e a um mundo das experiências subjetivas. Assim, a validade das normas não pode ser justificada a partir de uma visão de mundo isolada, antes, possui sentido aceitável somente a partir do consenso entre os interlocutores, e nasce da discussão e ação elaborada por todos aqueles que integram a comunidade. Segundo o próprio Habermas (1989), essa discussão serve para justificar os argumentos que forem discutidos dentro da comunidade, e fazer com que os mesmos tenham validade. O agir comunicativo, por sua vez, possibilita a existência da validade das normas dentro da comunidade e possibilita uma ética ligada à linguagem.

Para o filósofo, a linguagem é uma verdadeira forma de ação, e os valores articulados pela Ética devem ser construídos pelo diálogo coletivo, questionados e transformados pelo entendimento intersubjetivo, num processo que se dá pelo uso da razão.

Em síntese, a ética do discurso caracteriza-se pelo esforço dirigido em conciliar a aceitação dos valores universais com o caráter relativista da ética. Defende que, ainda que seja impossível existir um consenso sobre os valores éticos universais, é possível, contudo, um acordo sobre as condições de possibilidades mínimas de diálogo, através da argumentação racional, em que todos os interlocutores possam apresentar suas convicções.

Ética da atestação, segundo Levinas e Ricoeur

Emmanuel Levinas (1905-1995) foi um filósofo francês. Notável estudioso da fenomenologia de Edmund Husserl, encontra na sua obra *Meditações Cartesianas*, a intersubjetividade como experiência fundamental do *eu*, o que lhe fundamentará o desenvolvimento de um pensamento filosófico voltado para a relação do homem com o Outro. Nas suas obras inaugura uma filosofia cujo ponto de partida seja a ética e não a ontologia.

Levinas analisa o desenvolvimento da filosofia ocidental, demasiadamente ontológica, como centrada na problemática da identidade da subjetividade. Para o filósofo, o Ser que dominou a Antiguidade e a Idade Média, posteriormente substituído pelo Eu desde a época moderna até à contemporaneidade, estabelece-se como sendo “alguém identidade”, subtraído de processo de subjetivação.

Contemporâneo de uma filosofia marcada pela negação epistemológica do transcendente e a afirmação do indivíduo e da objetividade como critérios na produção intelectual, não obstante, Levinas, que fora prisioneiro em campo nazista na segunda guerra mundial, critica a forma com a qual o Ocidente professa a relatividade histórica dos valores morais, denunciando a ineficiência das elaborações éticas limitadas à racionalidade. Com efeito, o pensador defende a ética como filosofia primeira, uma ética anterior, ou melhor, que transcende as categorias do Ser da ontologia e da racionalidade, e que se abre ao Outro.

O *eu* em Levinas, ou, o *eu* mesmo – como ele próprio designa, é aquele que possui a identidade como conteúdo, o seu existir consiste em individualizar-se dentro de

um sistema de referências, por isso mesmo, a sua história é a sua casa. O Outro, por sua vez, em Levinas, não habita a morada do *eu*, tampouco o nega, antes ele existe fora do seu alcance, posto que a sua alteridade é anterior à sua iniciativa. Enquanto a casa do *eu* é o mundo, o outro é estrangeiro e aparece como rosto que lhe interroga. Assim, não há concepção de sistema, político, ideológico, argumentativo, que abarque na totalidade a relação *eu-outro* (LEVINAS, 2008, p. 27). A ruptura com a noção de totalidade evidenciam as críticas do filósofo às políticas totalitárias, bem como às ciências que partem do pressuposto de um saber total.

A presença do Outro que interpela o *eu* também lhe constitui numa dimensão existencial. Para o pensador, a identidade do *eu* nunca está fechada sobre si mesma, ao contrário, esse Outro, que se simboliza no Infinito, e para o qual temos uma eterna dívida, nos convoca para um novo modo de racionalidade norteada para a relação com a alteridade humana.

Levinas fala-nos da Ética como um interpelar o Outro, considerando a responsabilidade, o dever e a obrigação em relação ao bem para o Outro.

Ricoeur (1913-2005) também pensa a Ética na dimensão relacional implicada no cuidado com o Outro. Juntamente com H.G. Gadamer (1900-2002) desenvolvem a filosofia hermenêutica, corrente filosófica do séc. XX que se constitui num importante pano de fundo ao movimento das éticas aplicadas. Para a hermenêutica apenas a narração é capaz de revelar aspectos éticos da vida humana que a razão operatória e as técnicas reguladoras profissionais não alcançam.

Ambos ressaltam a urgência de se pensar a *práxis* para além de um sentido utilitarista. Para Gadamer, “a *práxis* caracteriza-se pela possibilidade de nos comportarmos e agirmos em solidariedade” (Gadamer, 1980, p.77), e está longe de ser uma pura aplicação da teoria; mais complexa do que tal, diz respeito a um modo de viver a vida, a cidadania que pressupõe o exercício do diálogo.

A hermenêutica resgata a ética da deliberação, e a sabedoria prática Aristotélica no sentido de se saber fazer escolhas racionais na vida, pela análise, ponderação, discernimento e deliberação, caminho que leva à justa regra. A sabedoria prática de caráter hermenêutico rejeita a ideia de que a regra por si só é suficiente para uma compreensão justa, é pois necessária a interpretação, que dará luz à ação humana, é necessária a experiência para a adequada aplicação da regra, pois embora existam as regras não existe uma regra que ensine como aplicá-las. (Portocarrero, 2016, p.219).

Ricouer alerta que mesmo numa conduta sujeita a regras estão implicados diversos aspectos que ultrapassam o dever e que equivocadamente ignoramos, critica assim as condutas irrefletidas e automatizadas que anseiam apenas pela segurança dos códigos e leis vigentes. Com efeito, considera essencial a mediação prudente entre a norma e a situação concreta, porquanto evoca a tragédia *Antígona*, da trilogia tebana de Sófocles, para ilustrar os resultados nocivos e indelévels provocados pelo conflito entre a austeridade da norma e a inflexibilidade na convicção.

A estória tebana passa-se bem resumidamente assim: filha de Édipo, Antígona depara-se com o embate dos seus dois irmãos, Etéocles e Polinice, pelo reino de Tebas. Promete a esse último que caso morra em batalha se incumbirá do adequado ritual do seu enterro. O resultado da disputa é a morte dos irmãos um pela mão do outro, passando o trono a ser ocupado pelo seu tio Creonte. O novo rei considera Polinice como traidor e proíbe por lei, sob pena de morte, que esse receba as honras fúnebres. O conflito instala-se entre uma lei da autoridade e uma lei natural (direito positivo e direito natural). Antígona desafia a concepção positivista da norma e opta por cumprir o dever para com o irmão alegando tratar-se de leis superiores, de regras transcendentais, não escritas, irrevogáveis e eternas. O rei, irredutível, ordena que ela seja sepultada viva numa caverna subterrânea.

A partir da leitura de *Antígona*, Ricouer atenta-nos para a importância de uma sabedoria prática que promova a articulação entre a necessidade do código e o respeito ao particular, de forma a atendermos ao sentido do conflito da vida moral.

Em 1990, Paul Ricouer publica uma magnânima obra que será francamente reconhecida, *Soi-même comme un autre*, apresenta os pilares da sua filosofia ética distribuídas em três etapas, as quais são: a ética é a busca da vida boa, com e para os outros, em instituições justas. Nela podemos identificar uma ética teleológica, dos fins, como a de Aristóteles, assim como a ética do dever kantiano. Todavia, a ética de Ricouer ganha diferenciada expressão quando sujeita à aplicação na realidade concreta mediante a deliberação e decisão.

Ética de princípios

“Um princípio ético propriamente dito tem uma forma universal, mesmo que esta nem sempre esteja explícita”. Alguns princípios éticos são axiológicos, pois dizem respeito ao que é intrinsecamente valioso ou desvalioso, sem afirmar, contudo, nada a

respeito do que o agente deve ou não fazer. É o caso da teoria de valor, e da perspectiva hedonista por exemplo. Ao contrário, a teoria da obrigação, baseia-se na procura dos princípios deonticos que, via de regra, determinam o que é correto ou não fazer. Outra distinção importante das éticas de princípios está entre os princípios absolutos e os princípios *prima facie* (Galvão, 2016, p.165). Neste tocante, apresentaremos algumas perspectivas éticas mais relevantes.

Generalismo rossiano

Os generalistas defendem a existência de princípios éticos corretos e com importância prática. A perspectiva designada como generalismo rossiano é exemplificada pela teoria de Ross.

David Ross (1877-1971), especialista da filosofia aristotélica, aborda o problema das mediações entre a reta razão e a singularidade dos atos. É possível afirmar que os seus trabalhos no âmbito da ética expressam-se maioritariamente em duas obras, citadas a seguir.

Em 1930, na obra *The Right and The Good*, Ross propõe uma reflexão sobre o correto e o bom. Para o filósofo não existe uma relação direta entre fazer o correto e por meio deste maximizar o bom; e ainda que considere que o bom possa ser independente do correto, rejeita a possibilidade de definir o que é correto mediante ao bom, ou seja, para Ross podem existir atos corretos, mas que não são necessariamente moralmente bons. Segundo J. Rawls (1976), as noções de correto e bom constituem-se nos principais conceitos que uma teoria ética deve procurar definir e articular. De modo que, quando uma teoria ética não especifica o bom independentemente do correto, ou não assume que o correto é aquilo que maximiza o bom, então, define-se como uma teoria deontológica. Sob esse prisma, portanto, podemos considerar a teoria de Ross como deontológica, mais precisamente uma deontologia de normas (DAVIS, 1995).

Outro modo de considerarmos o seu sistema ético é à luz do intuicionismo ético. Na sua aceção epistemológica, o intuicionismo “caracteriza-se pelo convencimento de que os juízos básicos de moralidade, assim como os princípios morais, se justificam pela faculdade intuitiva, que se diferencia da percepção sensível, da clarividência e de outros modos de justificação” (Kania, 2004, p.443); ou ainda segundo Frankena, o intuicionismo define-se “como aquela teoria moral que afirma que os valores morais e

princípios básicos são intuitivos ou evidentes por si mesmos, prescindindo de uma justificação lógica ou psicológica” (Frankena, 1963, p. 122).

Ainda na obra *The Right and The Good*, Ross rejeita a existência de um único princípio fundamental que justifique todos os atos como certos e errados, em contrapartida propõe uma inédita distinção entre os “deveres efetivos” e os deveres *prima facie*. Esses dizem respeito a princípios morais porquanto determinam o que é correto ou não de ser feito, embora não representem obrigações absolutas, pois nenhum deles possui prioridade sobre o outro, antes são independentes entre si e sem hierarquia interna. O autor apresenta cinco deveres *prima facie* matriciais que servem de regulação genérica das relações interpessoais: o dever de fidelidade, reparação, gratidão, promover o máximo de bens agregados e o dever da não maleficência. Nas suas considerações, esta lista não procura ser completa e pode inclusive ser alvo de alterações.

Ora, podemos razoavelmente aplicar algum princípio em determinadas situações, como, por exemplo, o princípio da fidelidade quando devemos honrar nosso compromisso, o da beneficência para promover o bem ao outro, o da não maleficência quando devemos evitar a todo custo o prejuízo de outrem; não obstante, o desafio maior não se encontra na teoria ética, mas descortina-se na vida prática do ser humano. O que fazer quando dois ou mais princípios entram em conflito apontando para caminhos de ação incompatíveis?

Na obra *Foundations of Ethics* (1939), Ross propõe uma teoria propositada a ajudar na reflexão filosófica do sujeito comum quando em frente a uma situação moral conflituosa. O processo de determinação de qual o dever *prima facie* prevalece apenas pode ser verificado no processo de deliberação do agente perante um dilema moral concreto. Como não há hierarquia entre os vários deveres *prima facie*, cabe ao agente equacioná-los no seio da conjuntura particular na qual se encontra.

A epistemologia moral rossiana, equipara o conhecimento dos deveres *prima facie* ao conhecimento das leis matemáticas, na medida em que são deveres auto-evidentes após reflexão por qualquer “agente suficientemente amadurecido” (Ross, 2007, p.756).

Contudo, é importante ressaltarmos de que no sistema rossiano a evidência que acompanha os deveres *prima facie* não dirige a certeza do juízo moral acerca dos deveres reais. Para o autor tal certeza é impossível, sendo apenas considerável a maior probabilidade de que um dever seja bem cumprido quando refletido da melhor maneira

acerca da correção ou incorreção *prima facie* dos múltiplos atos possíveis. (ROSS, 1972)

A doutrina de Ross é um franco exemplo de pluralismo ético e rejeita a ideia do monismo ético o qual nos exige a realização do que é obrigatório por um determinado motivo. Com efeito, Ross critica o utilitarismo, na sua versão clássica, uma vez que nem todos os deveres podem ser assumidos mediante a mesma regra de produzir determinadas consequências – a maximização do prazer. Por outro termo, ainda que seja deontológica, a teoria do filósofo vai também de encontro à teoria de Kant, na qual apenas são corretos os atos motivados pelo dever. Para além, Ross considera a filosofia kantiana restrita ao campo do ideal sendo incompatível com a realidade cujas situações nos exigem abandonar um dever em prol de outro. Uma obrigação perfeita na filosofia de Kant jamais pode ser relativizada, é o caso, por exemplo, de se “dizer a verdade” sempre, em quaisquer circunstâncias; Ross, embora admita o mesmo princípio, defende que a verdade possa ser omitida quando para a minimização dos danos, como o alívio da dor, por exemplo. A validade *prima facie* dos princípios faz com que eles sejam igualmente considerados num primeiro momento, entretanto permite que possam ser abandonados em função de outros deveres.

Portanto, a teoria de Ross é voltada para a realidade ética e pretende resolver o problema dos conflitos das ações obrigatórias. E ainda que receba críticas quanto às intuições éticas e propriedades auto evidentes, é seguro afirmar que a original doutrina dos deveres *prima facie* é a mais célebre representação contemporânea dos intentos deontológicos para a apresentação das normas éticas, contribuindo de forma indelével para o desenvolvimento de outras teorias éticas de princípios, e constituindo-se em um dos pilares da bioética principialista

Consequencialismo

O consequencialismo concerne a todas as teorias morais segundo as quais as ações são corretas ou incorretas em virtude das suas consequências. O termo filosófico foi cunhado por Elizabeth Anscombe (1919-2001) em *Modern Moral Philosophy* (1958), referindo-se as consequências previsíveis para avaliação da qualidade moral de uma ação.

Segundo Galvão (2006), a perspectiva consequencialista engloba um conjunto muito diversificado e abrangente de teorias da obrigação moral, e embora não seja

possível uma clara definição consensual quanto às condições necessárias para uma teoria ser assim classificada, o autor argumenta que as teorias consequencialistas mais puras apresentam três características fundamentais: aplicam-se diretamente a atos individuais; prescrevem a maximização do bem, ou seja, alegam que os agente morais estão sob a obrigação permanente e ilimitada de procederem ao melhor estado de coisas ou situações; e pressupõem uma teoria do valor que resulta numa avaliação dos estados de coisas em termos estritamente impessoais (GALVÃO, 2006).

O consequencialismo de atos defende que devemos agir sempre de forma que resulte em consequências imparcialmente melhores. Segundo esta perspectiva, o dever único é a promoção do bem, de forma imparcial, no máximo grau possível. Com efeito, um ato é considerado errado sempre que houver um ato alternativo cujos resultados promovam uma situação globalmente melhor. É o caso da versão utilitarista, a qual veremos a seguir. De todo modo, o consequencialismo de atos sofre duras críticas porquanto é considerada demasiadamente permissiva, e em outros aspectos, exigente demais ou proibitiva.

A alternativa principal ao consequencialismo de atos é o consequencialismo de regras. Enquanto o primeiro avalia cada ato em função do bem promovido, o segundo conduz a avaliação para os princípios éticos. Podemos resumir a sua máxima segundo este princípio: devemos agir segundo as regras ou princípios cuja aceitação geral resultaria em consequências imparcialmente melhores. Autores como Richard Brandt (1979) e Brad Hooker (2000) defendem que tal perspectiva é uma alternativa genuína, uma vez que justifica melhor os direitos, prerrogativas e obrigações especiais comumente reconhecidos na moralidade do senso comum (GALVÃO, 2016). Dentro do consequencialismo de regras, encontra-se a perspectiva deontológica, sendo sua versão mais conhecida, e que veremos também mais adiante.

Utilitarismo

O utilitarismo clássico de Bentham e Stuart Mill possui as três características supracitadas, que segundo Galvão (2006) são fundamentais para classificar as teorias consequencialistas mais puras. Podemos aferir que a corrente utilitarista é a que mais ganha relevo no paradigma consequencialista. Nela o dever da beneficência, que se constitui apenas em um dever *prima facie* na lista rossiana, é absoluto, suplantando todos os demais. Esta corrente possui como imperativo moral a busca do maior bem-

estar para a maior quantidade possível de indivíduos, assim o princípio de utilidade ou Princípio da Maior Felicidade é o critério de avaliação das ações corretas ou não em função da maximização do bem-estar.

Embora, formulado a partir da teoria hedonista onde a busca pela felicidade e a minimização da dor são considerados os únicos fins dos seres humanos, o modelo utilitarista, reformado por Mill, emancipa-se da lógica hedonista quando preconiza o bem-estar e a felicidade dos indivíduos em geral, em termos da coletividade. É certo que Mill privilegia a sua análise política e moral sob a ótica do indivíduo – cuja natureza fundamental é a capacidade de se transformar qualitativamente ao longo do tempo, a capacidade de agir por hábito e a capacidade de experimentar prazeres de qualidade superior, sendo essas sub teses da teoria hedonista; todavia o autor assume ser fundamental, para formação do caráter (etologia) destes mesmos indivíduos, a existência de arranjos institucionais sociais e educacionais, que confirmam a convergência dos interesses individuais com os coletivos (Mill, 2000, p. 196). Desta forma, o princípio de utilidade deve ser observado não apenas pelos indivíduos, mas também pelos legisladores e governantes, estendendo-se ao sistema político, a Justiça, a economia.

Outra reforma feita por Mill é a cabal diferença entre quantidade e qualidade dos prazeres. Enquanto Bentham assume uma perspectiva quantificada do bem-estar, Mill aposta na concepção da hierarquia de prazeres, na qual os afetivos e intelectuais estão acima dos sensíveis. Assim, a felicidade não constitui uma vida egoísta gerida meramente pelo auto-interesse, ao contrário, ao passo que as faculdades elevadas são despertadas, o indivíduo norteia-se em busca dos principais elementos constitutivos de uma vida satisfeita, a tranquilidade e a emoção, então transformando no seu próprio interesse os interesses dos outros (Mill, 2000, p. 196-7, 202).

A teoria utilitarista proposta por Bentham e Mill desdobra-se em várias direções ao longo do tempo, tendo como principais seguidores, James Mill, Henry Sidgwick, J. C. Smart, Moore, e Karl Popper. No tocante ao propósito deste trabalho, podemos destacar entre as versões contemporâneas do utilitarismo o filósofo Peter Singer (1946), o qual apresenta, inicialmente, a sua concepção utilitarista da filosofia moral ao longo da década de 1970.

Professor Catedrático de Bioética no Centro de Valores Humanos da Universidade de Princeton, é reconhecido pelas suas obras que, em geral, vão para além

da versão teórica do utilitarismo abordando a sua aplicação aos problemas práticos. Os seus esforços são animados para desenvolver uma filosofia moral cujo princípio normativo de igual consideração de interesses oriente as ações humanas sempre em observância das consequências.

Talvez sua obra mais notável seja *Practical Ethics* (1979), considerada uma introdução “clássica” à ética aplicada, na qual atribui marcante importância à discussão filosófica sobre questões de ética normativa e prática. Nela, Singer apresenta uma série de difíceis e contravertidas questões sociais como a igualdade e discriminação de raça, sexo, capacidade; pobreza mundial; tratamento de refugiados; violência política e desobediência civil; responsabilidade ecológica; o direito dos animais; e tantas questões fraturantes da sociedade, como o aborto, a eutanásia, a pesquisa com embriões etc. O autor procura demonstrar que tais controvérsias contemporâneas frequentemente possuem origens filosóficas, e apresenta a sua teoria ética aplicada a tais questões.

Singer defende que para uma atitude ser considerada ética é necessário que esteja baseada num princípio que transcenda o individualismo e as fronteiras das nossas preferências, ou seja, uma atitude ética de aspecto universal, que deve ter em consideração na deliberação moral o interesse de todos os seres afetados pela decisão. O filósofo afirma que “um interesse é um interesse, seja lá de quem for esse interesse” (Singer, 1998, p.30)”. O princípio da igual consideração de interesses inclui no âmbito da comunidade moral todos os seres sencientes - aqueles que reúnem as características de sensibilidade e consciência, por isso Singer defende também o estatuto moral dos animais. A capacidade de se ter interesses implica a capacidade de sentir prazer e dor, portanto, “se um ser sofre, não pode haver justificativa moral para desconsiderarmos esse sofrimento, ou para nos recusarmos a atribuir-lhe um peso igual ao do sofrimento de qualquer outro ser”, em contrapartida, se um ser não é capaz de sofrer, ou de sentir prazer, nada há para ser levado em conta (Singer, 2004, p.194). Desta forma, o princípio defendido por Singer é um princípio de não opressão, aplicável na defesa dos interesses de todos os seres sensíveis, conscientes e capazes de sentir dor e prazer, independentemente de suas características biológicas, físicas, fisiológicas, neurológicas ou intelectuais.

A ideia de igualdade para Singer, portanto, não depende desses fatores. Para ele “a igualdade é uma ideia moral, não é a afirmação de um fato (...) O princípio da igualdade dos seres humanos não é uma suposta igualdade de fato existente entre seres

humanos: é a prescrição de como devemos tratar os seres humanos” (Singer, 2004, p.6). Ademais o filósofo critica a ideia de igualdade de oportunidades, uma vez que não atende igualmente aos interesses semelhantes, sendo insuficiente para a minimização das desigualdades sociais e não correspondente a um critério de justiça equitativa.

Por fim, para Singer a solução das questões éticas difíceis não depende se estão de acordo com as normas aceitas em determinada sociedade, mas do raciocínio e da argumentação que fazemos sobre elas.

Em suma, a moral utilitarista é verificada pelas consequências da ação. Implica um consequencialismo de atos, como também se constitui de uma ética teleológica uma vez que busca a finalidade da ação, sendo ela a maximização do bem-estar. Ainda que a teoria utilitarista sofra críticas como a de privilegiar uma maioria quantitativa de indivíduos em detrimento dos direitos fundamentais e interesses de uma minoria, e diversas tentativas de reformulação durante todo o século XX, sua possibilidade de verificação empírica dos benefícios visíveis da ação permitiu que ganhasse força e consolidasse espaço, principalmente, nas sociedades anglo-saxônicas.

Deontologia

A deontologia distingue-se cabalmente do utilitarismo, uma vez que a moralidade da ação não depende exclusivamente das consequências, embora as possa considerar. Se na ética utilitarista a ação é correta apenas quando promove tanto quanto possível o bem-estar, na deontologia a ação é correta quando parte do cumprimento de determinados deveres, e errada quando esses são infringidos.

A par do utilitarismo, a deontologia reconhece o dever da beneficência, todavia, com vários limites éticos para a sua imparcial promoção. É o caso da restrição contra promover o mal ao outro, esse que possui direitos morais negativos, direitos de não sofrer interferência na sua vida mesmo que essa mesma interferência promova o bem a outros. Um exemplo básico é a proibição deontológica contra sacrificar a vida de uma pessoa tendo em vista salvar vidas alheias; tais limites consistem nas denominadas restrições centradas no agente, aqui a maximização do bem-estar não se justifica sob essa ótica. A deontologia considera também a existência de prerrogativas centradas no agente, é dizer, que embora um ato não promova o bem, ainda assim é considerado eticamente opcional. Contrariamente ao utilitarismo clássico, a deontologia não exige a priorização do bem com toda a imparcialidade, ao contrário desse ideal, defende que o

agente pode considerar os seus interesses, os interesses daqueles que são mais próximos, assim como o de todos que serão afetados diretamente pela sua ação. Ou seja, uma pessoa não precisa abdicar dos seus interesses para uma realização pessoal, simplesmente porque há outras atividades que promoveriam um maior bem global. No mesmo horizonte, também se incluem na deontologia diversas obrigações especiais, o que significa que os agentes possuem deveres para com apenas algumas pessoas com as quais possuem relações eticamente consideráveis. É o caso dos pais que têm por obrigação cuidar de seus filhos, ou de um profissional que defende os interesses do seu cliente.

Dentro de toda a perspectiva deontológica, podemos também encontrar um consequencialismo de regras quando essa determina a sua avaliação para os princípios éticos ou regras cuja aceitação geral (moralidade do senso comum) resultaria em consequências imparcialmente melhores. Os deontologistas, inclusive os que se situam no campo consequencialista, em geral, defendem um único princípio fundamental, pelo qual sofrem muitas críticas, entretanto, como já vimos, a teoria dos deveres *prima facie* de Ross configura-se como pertinente alternativa de resposta (GALVÃO, 2016).

Contratualismo

Outras éticas de princípios, e também de caráter deontológico, são contratualistas. O contratualismo nasceu de um conjunto de teorias políticas na tradição do contrato social. Os seus principais filósofos foram filósofos políticos, como de Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632- 1704), Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) e, mais recentemente, John Rawls (1921-2002), e por isso, pode não ser tão clara a distinção entre normas éticas e normas sociais. Em termos gerais, para a corrente contratualista o princípio ético fundamental resume-se em que devemos agir segundo os princípios que acordaríamos numa certa situação em que, sendo racionais, procurássemos definir os termos gerais de nossa interação (GALVÃO, 2016). Ou seja, a ética é um conjunto de regras e princípios em que temos de acordar para que a sociedade funcione.

A filosofia de Thomas Hobbes, por exemplo, pressupondo uma motivação fundamentalmente egoísta do ser humano, explica que, como seres racionais, os indivíduos concordarão com regras que sejam mutuamente vantajosas, a fim de que, pelo menos, certos interesses em comum sejam protegidos. Com efeito, por um lado, a

proibição de alguma conduta limitará a promoção do próprio bem individual, no entanto, por outro, assegurará benefícios na convivência em uma sociedade. Entretanto, as críticas ao contratualismo hobbesiano apontam para a desconsideração dos deveres em relação a gerações futuras, logo que não se fazem presentes como agentes no jogo contratual.

Os contratualistas convergem na assunção de uma ética fundamentada num acordo hipotético, é dizer que os princípios morais são corretos, porque assim seriam acordados por agentes racionais quando na posse da informação necessária e adequada; não obstante, divergem entre si quanto à própria situação contratual.

Como alternativa à perspectiva de Hobbes, a ética contratualista desenvolveu novas abordagens, dentre as mais relevantes, a de T. M. Scanlon (1940) que justifica o acordo para a regulação geral do comportamento pelo respeito à dignidade do ser humano e não meramente pela busca ou limitações de interesses egoístas. Segundo Scanlon (1998), os atos eticamente permissíveis obedecem a princípios que podem ser justificados perante cada pessoa, o que significa que não podem ser razoavelmente rejeitados por ninguém que esteja comprometido em chegar a um acordo para a regulação geral do comportamento.

Não poderíamos finalizar sem antes citarmos John Rawls (1921-2002), filósofo norte americano, considerado o mais influente autor do pensamento político do século XX. Na sua obra maior, *A Theory of Justice*, publicada em 1971, Rawls procura “elaborar uma teoria da justiça que seja uma alternativa para essas doutrinas [utilitaristas e intuicionistas] que há muito tempo dominaram a nossa tradição filosófica” (RAWLS, 2002, p. 3). A sua ideia contrasta marcadamente com a lógica positivista e com as escolas analíticas em geral. Na sua obra, o filósofo propõe uma teoria política em defesa do Estado democrático liberal moderno para descrever o estabelecimento da relação entre teoria da justiça e os valores da sociedade e o bem comum.

Para Rawls, a Justiça é a estrutura base da sociedade e a primeira virtude das instituições sociais. Ele adota um conceito clássico de justiça, reconhecendo a existência de um conflito de interesses e a necessidade de um consenso quanto aos princípios que deverão guiar a sociedade. Todavia, ainda que se valha dos conceitos de "estado de natureza" e o "contrato social" de Hobbes e Rousseau, o filósofo utiliza-os em sentidos diferentes no tocante a forma do consentimento dado ao contrato. Para ele, não se trata

do contrato para estabelecer uma modalidade da gestão de uma sociedade, antes, “sua preocupação é valer-se do contrato para estabelecer princípios capazes de normativizar a convivência coletiva, marcada pela pluralidade e conflitividade de interesses” (Souza, 2016, p.179).

A sua teoria articula as noções de contrato, posição originária, véu de ignorância, liberdade, igualdade e razoabilidade, apresentando uma noção de justiça como suporte para um novo ordenamento social a partir da relação de equidade entre indivíduos pertencentes a essa mesma sociedade. Rawls defende que a justiça adotada com princípio ordenador das instituições sociais garante o equilíbrio das relações balizadas por interesses individualistas, e permite que as instituições assumam uma concepção pública de justiça.

Crítico das teses individualistas, Rawls é um defensor da liberdade, todavia em igualdade de circunstâncias; por isso podemos encontrar a dimensão ética do princípio de justiça na sua noção de “*justice as fairness*”, normalmente traduzida como justiça como equidade. Segundo o próprio filósofo, as desigualdades sociais e económicas devem satisfazer duas condições, primeiramente devem estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, posteriormente, deve beneficiar ao máximo os membros menos favorecidos da sociedade (RAWLS, 2003). As suas ideias tiveram um impacto decisivo sobre o que pensamos acerca da justiça.

Ética Particularista

O particularismo moral é uma designação para uma tese filosófica geral que vem logrando espaço nos debates recentes sobre questões éticas. Abarca diversos pontos de vistas e mesmo conflitos entre eles. Sem o intento de um rigorosa categorização apresentaremos o que é de comum acordo entre os autores.

Os particularistas rejeitam uma ética de princípios, sendo absolutos ou *prima facie*, bem como qualquer intento de sua sistematização. Aceitam a eventual existência de princípios éticos corretos, porém, sob a crítica de que em geral são praticamente vazios, ou de natureza tão específica que seriam, no melhor dos casos, pertinentes apenas num leque muito restrito de situações, e ainda assim podendo ser moralmente desvantajosos. Com efeito, para eles é um equívoco que a tomada de decisão ética consista na mera aplicação dos ditos princípios a cada caso em questão. Consideram

antes a ideia de pessoa moral como alguém sensível às razões morais apresentadas caso a caso, e que mediante a avaliação e em conformidade com as circunstâncias tomará as decisões práticas, sem que sejam necessários princípios prévios que determinem a sua ação (GALVÃO, 2016).

Dentro da posição particularista podemos destacar o protagonismo de Jonathan Dancy (1946). O filósofo britânico justifica tal abordagem a partir do “holismo das razões”, o que significa que o que consiste uma razão em determinado caso pode não consistir em outros, portanto, há uma variabilidade do valor moral de acordo com o contexto. Segundo o próprio autor “o holismo, como o compreendo, é a alegação de que uma característica que tem um certo efeito sozinha, pode ter o efeito oposto em uma combinação” (Dancy, 2004, p.8).

A respeito dos princípios absolutos, a crítica de Dancy é de que se esses puderem entrar em conflito em alguma circunstância significaria que um deles é falso. E mesmo que alguém defenda então a existência de um só princípio absoluto estaria consequentemente afirmando que só há uma propriedade moralmente relevante, o que também é falso. Quanto aos princípios *prima facie*, Dancy acredita que estão sempre sujeitos a contra exemplos em sua aplicação prática, ou seja, sempre será possível, estabelecer um caso em que os princípios são incompatíveis, e, portanto incapazes de oferecer uma resposta adequada sobre como agir. Consideremos o dever rossiano, por exemplo, de se cumprir com a promessa. No entendimento de Dancy há claras razões para cumprir esse dever, todavia se esse compromisso for obtido através de uma ação imoral, como sob tortura por exemplo, não há razões para que não se cumpra com ele.

Dancy não rejeita que os princípios morais sejam possíveis, o que ele afirma é que não há ligação necessária entre moralidade e princípios, ou seja, que um sistema moral não depende de forma alguma de um apelo ao conjunto de princípios. E se, por acaso, encontrássemos uma moralidade que pudesse ser apreendida em um conjunto de princípios o autor defende que assim o seria por puro acaso, um acidente cósmico, nas suas próprias palavras.

Para o filósofo a vida moral é tão complexa e as situações tão diversas nas suas peculiaridades que princípio algum é capaz de realizar de forma eficaz o trabalho que exigimos dele para a resolução dos seus impasses. Desta forma, os particularistas argumentam o abandono de uma ética principialista.

Ainda no panorama da ética ocidental contemporânea, podemos citar outros autores: Max Scheler e a ética personalista dos valores; Sartre e a ética existencialista; Ernst Bloch e o marxismo como moral; Hans Jonas e a ética para a civilização tecnológica; José Luís L. Aranguren e o *éthos* como objeto da Ética e a felicidade como perfeição e vocação; Alasdair MacIntyre e o neoaristotelismo; Robert Misrahi e A.Comte-Sponville e a ética da Imanência; e Edgar Morin e a ética complexa.

1.2. Ética Aplicada

A expressão “éticas aplicadas” nasce nos anos 60 do séc. XX, nos Estados Unidos, solicitando uma reflexão sobre a ação a realizar num domínio social específico.

Dois fatores essenciais contribuíram para seu advento, a saber, uma profunda crise de valores e em consequência a dissolução dos universais éticos tradicionais ao passo da expansão tecnocientífica e secularização cultural do Ocidente, e uma crescente capacidade de autodeterminação do indivíduo que também anseia pelo protagonismo na participação em um estado de direito democrático (NEVES e OSSWALD, 2014).

A secularidade implica necessariamente pluralismo heterogêneos difíceis de conciliação, de forma que, o risco de relativismo moral, onde todos os valores são igualmente relevantes e, portanto sem valor efetivo, podem nos conduzir a uma ausência total de valores. Segundo Neves:

“O declínio da metafísica e o conseqüente apagamento dos universais éticos, que a fundamentação racional kantiana não logrou assegurar, obrigou ao questionamento da validade da reflexão ética e desencadeou uma crise de valores, terreno fértil para o desenvolvimento de um relativismo moral que, numa tendência hegemônica, apenas logra conduzir a um niilismo axiológico”. (Neves, 2016, p.13)

Foi nesse contexto que emergiu a demanda por uma ética que pudesse formular novas regras de ação num horizonte de universalidade, com o envolvimento de diversos âmbitos da sociedade a fim de se chegar ao mais amplo consenso possível sobre a moralidade. As éticas aplicadas, portanto, apresentam-se como normativas específicas para a prática em domínios de atividades particulares e concretas. Todavia, não devem ser confundidas com as éticas profissionais ou deontologia.

Os códigos deontológicos, via de regra, possuem por base grandes declarações universais, a deontologia esforça-se por traduzir o sentimento ético expresso nestas, adaptando-o às particularidades de cada profissão e de cada país. É uma ética específica a um grupo profissional, dirigida apenas aos membros daquele grupo, e também formulada apenas pelos mesmos, os quais assumem uma função "legisladora" das normas e garantem a sua aplicação. Ainda que baseada numa moral vivida (moral do cotidiano que, neste caso, emerge de uma atividade específica) e constituída através da formulação de regras morais, a deontologia abarca as regras administrativas e jurídicas. Em última instância, possui como objetivo zelar pela boa prática e prestígio da profissão.

A deontologia determina o dever que regula uma dada situação; o profissional reflete sobre a melhor ação em conformidade com ele; é, portanto, uma forma de heteroregulação, pois o agir corretamente decorre da execução de uma norma, de uma obrigação imposta do exterior, inscrita sob os códigos.

Os códigos de ética são dificilmente separáveis da deontologia profissional, sendo frequente que os termos 'ética' e 'deontologia' sejam utilizados de modo sinónimo. Não raro, se utiliza a expressão anglo-saxónica *professional ethics* para designar a deontologia.

Em contrapartida, a ética aplicada pressupõe um modo de raciocínio ético globalizante, que não substitui outros modos de raciocínio, mas que os integra nas suas reflexões sobre a ação a ser realizada. Como não assume normas de ação preestabelecidas, pode inclusive neste processo colocar em causa normas da moral, por exemplo, do direito e da deontologia; de forma que as normas de ação são permanentemente reformuladas ao longo da prática.

Ao contrário da deontologia, cujo carácter é restrito e uníssono, a ética aplicada possui carácter amplo e pluralista, o que significa que, mesmo sendo uma ética específica a uma atividade concreta, é dirigida a todos os potenciais intervenientes dessa atividade, e não exclusivamente ao profissional. A título de exemplo, tomemos a "ética médica", que como ética aplicada recai sobre a prática clínica, considerando não apenas os médicos, mas os pacientes e outros profissionais de saúde com os quais o médico trabalha.

Através da moral comum (neste caso uma moral compartilhada por uma comunidade), a ética aplicada formula normativas morais com o objetivo de promover o

desenvolvimento pessoal e as relações humanas segundo uma noção partilhada de bem e dever. Por outras palavras:

“As “éticas aplicadas” constituem-se a partir da moral comum (moral partilhada por uma comunidade) e como especificação desta num domínio particular e concreto da atividade humana, envolvendo todos os diferentes intervenientes, nos seus respectivos papeis, na atividade em questão, visando à resolução de problemas reais que interpelam o sentido da ação, num contexto histórico-filosófico e sociopolítico em que este último não está predefinido” (Neves e Oswald, 2014, p.17).

A ética aplicada não é fundada sobre o dever, mas sobre os valores; tampouco se valem de princípios éticos universais apriorísticos, ao contrário, emergem justamente da sua rejeição. Por isso, quando aplica princípios gerais abstratos, justificados numa moral comum, ao domínio da prática concreta e quotidiana, não o faz necessariamente a partir de um modelo dedutivo, ou seja, não se trata apenas de um conjunto de normas, deduzidas dos princípios universais abstratos de uma ética geral, o qual será aplicado a situações singulares e concretas. Na ética aplicada, a noção de aplicação ganha um sentido mais elaborado:

“O que hoje é mais frequentemente adotado e comumente preconizado combina a dedução dos princípios teoricamente enunciados às questões que se colocam na prática efetiva (numa perspectiva principialista) com a aferição dos resultados decorrentes ou a apreciação das consequências verificadas (numa perspectiva consequencialista), de que decorre um processo de revisão e reformulação dos princípios antes enunciados no sentido de garantir que a sua aplicação futura produza os resultados desejados, tidos por bons (numa perspectiva consensualista)” (Neves e Osswald, 2014, p.19).

Em suma, a ética aplicada surge com o propósito de colaborar com subsídios éticos frente aos novos conflitos morais que emergem na humanidade. Não se dedica especialmente às profundezas da metafísica, mas, preocupada com a moralidade comum, propõe-se a responder de forma ampla, consensual e ágil aos problemas éticos da contemporaneidade que surgem em diversos domínios da atividade humana através de uma “intervenção objetiva (a partir de princípios) no concreto (nas situações inéditas de que a bioética se ocupa) e eficaz (com capacidade para resolver satisfatoriamente os problemas)”. Neste processo os cidadãos são chamados a intervir porquanto as normas

de ação estão sempre abertas ao processo da sua reformulação. (Neves e Osswald, 2014, p. 19).

As éticas aplicadas tornaram-se indispensáveis à contemporaneidade, sendo hoje incluídas como uma nova disciplina, embora com diferentes nomes, nos currículos de diversas instituições acadêmicas, bem como se fazem presentes pela prática da Consultoria Ética em diversos centros e instituições. Dentro das éticas aplicadas encontram-se muitas vertentes, como a Ética Profissional, Ética Empresarial, Ética Animal, Ética Ecológica, Ética da Comunicação, Ética Científica etc. Todavia, a Bioética pode ser considerada a vertente mais destacada das éticas aplicadas. A ela dedicaremos o próximo capítulo.

1.2.1. Bioética

Há um registo datado que o vocábulo “*Bio-Ethik*” aparece primeiramente em 1927, utilizado pelo teólogo protestante alemão Fritz Jahr (1895-1953), no contexto da apresentação de uma exigência ética, na revista “Kosmos”. Estudioso da filosofia kantiana, Jahr alargou seu Imperativo Categórico para todas as formas de vida, definindo o conceito de “*Bio-Ethik*” num sentido amplo, como o ensinamento das obrigações éticas em relação a todos os seres vivos. O seu imperativo bioético resume-se: “respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal”.

Todavia, o termo “bioética” torna-se conceptualmente significativo apenas décadas depois. De acordo com os Documentos Básicos da Redbioética-Unesco, o termo apareceu nos anos 70, nos Estados Unidos, difundindo-se na década posterior pelos diferentes continentes, até consolidar-se definitivamente por todo o mundo na década de 90. (UNESCO, 2005).

Bioética, definição etimológica

“Ética” provém do termo grego “*ethos*”. Na literatura pré-clássica, encontramos a palavra *êthos*, em Homero e Hesíodo, a designar “estábulo”, “toca”, “albergue” dos homens. Em outros textos, sobretudo nos aristotélicos, encontramos a palavra *éthos*, com o significado de “hábito” e “costume”. Por tais significados, diversos autores consideram o termo “*ethos*” em dupla interpretação, nem por isso dissociáveis, como: o lugar próprio do homem, aquele que ele habita, a sua “interioridade”, o lugar de onde

brotam os atos. (Renaud e Renaud, 1996, p.34); e os hábitos do homem, a sua prática comum, as regras que seguem. Segundo Neves e Osswald (2014) a “ética” evocaria um duplo sentido: o princípio da ação ou o que determina o homem a agir.

O termo “bio”, por sua vez, diz respeito ao universo da biologia e da natureza, ou seja, tudo a que se destinam as ciências naturais. Numa perspectiva etimológica e conceptual, “bio-ética” significaria a ética da vida, a ação humana em relação à vida.

Todavia, o ineditismo da bioética não pode ser reduzido à significação dos seus étimos. Pois a vida que cerca o homem, na sua ampla diversidade, já não é concebida como antes, ou seja, na sua espontaneidade natural, e numa relação de manuseio. Trata-se de outra forma de vida, uma vida exposta à ação do homem, que por sua vez é capaz de manipulá-la e modificá-la na sua própria constituição. É, portanto, quando revestida desse poder de alteração sobre a vida que a ação humana se torna estudo da bioética. Desta forma superamos a compreensão de uma bioética, como simples combinação do conhecimento biológico com um sistema de valores humanos, passando a considerá-la como a integração da cultura tecnocientífica das ciências naturais com a cultura humanística (NEVES E OSSWALD, 2014).

Pré-história da Bioética

O nascimento da bioética, tal qual a conhecemos atualmente, foi antecedido por uma série de eventos marcantes que participaram, diríamos assim, da sua gestação. Não é simples nem prudente destacar um evento singular determinante do início da bioética. Todavia, sumariamente podemos apresentá-las:

A elaboração do Código de Nuremberg, em 1947, é um célebre documento desenvolvido a partir do julgamento de médicos nazistas acusados de crime contra a Humanidade pelas suas experimentações com seres humanos. O Código lista os requisitos éticos que a investigação científica com humanos deve categoricamente obedecer, dentre eles, a obtenção prévia do consentimento livre e esclarecido, irrefutavelmente reconhecido hoje como uma conquista civilizatória. O Código de Nuremberg é considerado como o primeiro documento ético legal sobre o tema, e a influência das suas normativas foi de alcance internacional para posteriores regulamentações na área da investigação.

Todavia, apesar do seu peso ético legal, a forma sub-humana com a qual eram tratados os sujeitos participantes das experimentações científicas apenas veio a ser

expressivamente modificada após alguns acontecimentos, identificaremos três deles de significativa relevância.

Ao investigar relatos de pesquisas científicas publicadas em periódicos internacionais envolvendo seres humanos, um médico chamado Henry Beecher publicou, em 1966, no *New England Journal of Medicine*, em *Ethics and Clinical Research*, 22 experimentações, então, em curso nos Estados Unidos, nas quais não foi obtido o devido consentimento dos participantes. Beecher alegava que os sujeitos da pesquisa eram, na verdade, pessoas incapazes de assumir uma postura moralmente ativa diante do experimento e do pesquisador, denunciando assim o uso do termo de consentimento informado como mera prescrição de rotina científica (DINIZ, 1999).

O caso Tuskegee também foi de ampla repercussão pela denuncia dos abusos cometidos. O caso consiste num experimento feito, entre 1932 e 1972, no Alabama, com 400 homens sífilíticos como cobaias para observação da progressão natural da doença, os quais foram privados deliberadamente do uso de medicamentos para termos de comparação com uma população de outros 201 indivíduos saudáveis. As consequências foram as mortes por sífilis, a infecção de 40 esposas dos participantes e 19 crianças nascidas com sífilis congênita.

Por fim, o Relatório de Belmont, elaborado em 1978, pela Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos em Investigação Biomédica e do Comportamento, estabeleceu ineditamente os princípios éticos para proteção da integridade dos sujeitos participantes em investigação, sendo eles: justiça, beneficência, e o respeito pelas pessoas.

Retomando aos eventos marcantes anteriores ao nascimento da bioética, devemos considerar como contexto a revolução biotecnológica que se desencadeia mais profundamente na metade do séc. XX, como, por exemplo, a descoberta da estrutura do DNA, por Crick e Watson, em 1953, que passam a animar um vivo interesse sobre os problemas éticos surgidos da aplicação das novas tecnologias na vida humana.

Podemos destacar, no horizonte dessas primeiras reflexões, o teólogo Joseph Fletcher (1905-1991). O professor norte americano publica, em 1954, o que será conhecido como a primeira grande obra de um não médico sobre a ética médica. Em *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, and Euthanasia*, Fletcher introduz importantes reflexões sobre o impacto do avanço biotecnológico na prática médica,

defendendo que a mesma, em última instância, deve ser orientada para o benefício das pessoas segundo suas próprias escolhas e consciências, e não mais a partir da decisão médica unicamente. Sua incursão no domínio da ética médica foi repetida por outros autores, dentre eles, Paul Ramsey (1913-1988), também teólogo, que procurou determinar, a partir de uma fundamentação cristã, o sentido do dever da ação humana no âmbito biomédico em duas importantes obras, *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics* (1970), e *Ethics at the Edges of Life: Medical and Legal Intersections* (1978). Talvez esse dois teólogos sejam os mais distantes precursores da bioética (NEVES E OSSWALD, 2016). Mas ainda podemos referir a outro autor, Richard McCormick (1922-2000), jesuíta, o qual se dedicou à ética médica por muitos anos, escrevendo diversos artigos e a coluna "Notes on Moral Theology" em *Theological Studies*, na qual abordava especialmente reflexões éticas relativas aos cuidados dos moribundos e à experimentação humana; foi também professor de ética cristã na Universidade de Notre Dame e na Universidade de Georgetown. Neste ensejo, destacamos por fim, mas não sem menos importância, a forte e longa tradição católica no domínio da ética médica, sendo ela responsável por diversas publicações de periódicos e pronunciamentos papais sobre o tema, à exemplo do magistério do Papa Pio XII (1939-1958) e do Papa João Paulo II (1978-2005) que abordaram questões bioéticas ligadas à vida nascente, ao fim de vida, e tantas outras, como a genética, eugenia, transplantes, amputações etc.

Ainda a respeito dos eventos importantes para o advento da bioética, citamos a inauguração, em 1962, do Centro de Rim Artificial de Seattle que, entretanto, logo se apresentou insuficiente para a crescente demanda dos pacientes por tratamento hemodialítico. Sendo assim, o nefrologista Belding Scribner, que já havia desenvolvido em 1960 a técnica da hemodiálise, teve como iniciativa a criação de duas comissões, uma composta por médicos os quais fariam uma primeira seleção sobre quais pacientes seriam recomendáveis ao tratamento, e outra chamada *Admissions and Policy Committee*, constituída por membros não médicos, e leigos, com a tarefa de escolher quais pacientes dentre os pré-selecionados se beneficiariam efetivamente da diálise. Tal comissão passou a ser conhecida como *God's Committee*, os critérios utilizados não eram, naturalmente, médicos, logo que os pacientes se encontravam num mesmo quadro clínico, mas "critérios de valor social" que englobavam idade, gênero, rede familiar e número de dependentes, rendimento, realizações passadas e futuro potencial. Podemos

concluir que essa comissão, pela característica plural dos seus membros reflete o caráter específico da bioética (NEVES e OSSWALD, 2014).

Nasce a Bioética

É unanimemente reconhecido, que o termo bioética, como neologismo, designando uma significação específica, surge pela primeira vez em um artigo, de 1970, intitulado “*Bioethics, The Science of Survival*”, o qual posteriormente constitui-se em um dos capítulos na obra *Bioethics: Bridge to the Future* (1971), ambos do autor Van Rensselaer Potter, biólogo e investigador da área de oncologia, em Madison (EUA).

Também em 1971 foi fundado o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, por Andre Hellegers, médico da Universidade de Georgetown, em Washington, D.C..

Os dois investigadores alertam para a necessidade da apreciação ética face ao desenvolvimento científico-tecnológico. Enquanto Hellegers o faz sob a ótica da vida do homem em particular, situando-se no âmbito específico da medicina, Potter, por sua vez, preocupado com a sobrevivência humana num mundo ameaçado pelo descontrolo do aumento demográfico, distingue-se ao propor uma ética para a vida em geral, que combine o conhecimento dos sistemas vivos e os sistemas de valores éticos. No seu artigo de 1970, ele define a bioética como “um instrumento a ser utilizado com a finalidade de superar os exíguos limites reflexivos proporcionados pelas disciplinas académicas”, oferecendo aos pensadores novas possibilidades de construções interdisciplinares que facilitem o nascimento de uma ciência para a sobrevivência da espécie humana. Na sua obra posterior, *Global bioethics: building on the Leopold legacy* (1988), o autor alerta para a necessidade de responsabilidade na busca pelo conhecimento, e recomenda aos cientistas que “pensem a bioética como uma nova ética da ciência que combine humildade, responsabilidade e competência, que seja interdisciplinar e intercultural e que faça prevalecer o verdadeiro sentido de humanidade” (Potter, 1988, p. 152).

Na visão de Hellegers, o desenvolvimento biotecnológico, juntamente com as mudanças sociais promoveram uma nova percepção da medicina. Se antes ela estava centrada na doença e era tradicionalmente exercida no campo relação intersubjetiva entre médico e paciente, agora passa a comprometer-se com o bem-estar geral do indivíduo, e com os problemas sociais das comunidades. A medicina adquire, pois

então, uma nova dimensão que não apenas o diagnóstico das doenças, mas a promoção da saúde a nível social, considerando questões como a alocação de recursos, justiça distributiva e cuidados de saúde (NEVES e OSSWALD, 2014).

Em suma, podemos considerar que a bioética de Potter possui dimensão ecológica, enquanto a de Hellegers possui dimensão biomédica. E ainda que a primeira tenha sido por tempos relegada sendo apenas redescoberta na década de 90 pela Europa continental, e que, portanto muitos autores considerem que a história da bioética tenha sido traçada pelo desenvolvimento da ética biomédica, o seu nascimento, segundo Neves e Osswald (2016), possui legítima dupla paternidade.

A expansão da Bioética

É necessário contextualizar o nascimento da bioética e os seus primeiros passos nos países chamados de primeiro mundo, que atingiam a organização de uma sociedade democrática, pluralista, secularizada, onde vigorava o exercício pleno da cidadania. Segundo Mainetti (1990):

“A bioética é um produto da sociedade do bem-estar pós industrial e da expansão dos ‘direitos humanos, da terceira geração’ que marcaram a transição do estado de direito para o estado de justiça. Já não se trata só do direito individual e negativo á saúde, nem do direito á assistência sanitária, mas, também, das obrigações de uma justa macrobioética da responsabilidade frente à vida ameaçada (crescimento populacional, genoma, catástrofe ecológica, energia nuclear) e dos direitos das futuras gerações. Nesta perspectiva transgeracional adquire valor a revolução biológica e bioética como medicina ambiental, biogenética, epidemiologia, preventiva, educativa e promotora da saúde”. (Mainetti, 1990, p. 600)

Foi nos anos 80 que a bioética, mais particularmente a sua dimensão biomédica, se expandiu do berço anglo-americano para a Europa continental, favorecida pelo mesmo contexto científico e tecnológico em que ambos os continentes se encontravam. A experimentação em sujeitos humanos, o uso social da medicina e o emprego da alta tecnologia na prática médica foram fatores fundamentais que convergiram tanto para o surgimento, como para expansão da bioética. Segundo Warren Reich, editor da *Enciclopedia of Bioethics*, publicada em 1978, da Georgetown University, o avanço da biotecnologia levantava novas questões a respeito dos dilemas relacionados com a

reprodução humana, transplantes, definição de morte cerebral, critérios de doação de órgãos e manutenção da vida. Questões essas que exigiam estudos específicos em busca de novas respostas. Em *Enciclopedia of Bioethics*, o autor escreve que a bioética é “um estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e da atenção de saúde, na medida em que esta conduta seja examinada à luz de valores e de princípios morais” (Reich, 1982, p.109). A elaboração de uma enciclopédia sobre bioética e o seu reconhecimento formal marca a entrada da bioética no mundo das disciplinas, não propriamente à semelhança das conhecidas disciplinas acadêmicas, pois inaugura um caráter transdisciplinar.

Todavia, não só na Europa a bioética encontrou terreno fértil, passando a ser divulgada em outras regiões como a América Latina, Ásia e África, encontrando êxito no seu cultivo, uma vez que se dedica às necessidades concretas de uma sociedade. E da mesma forma que diferentes culturas apresentam diferentes estágios de desenvolvimento tecnológico, científico e social, a bioética se desenvolveu pelo mundo de forma multifacetada, seja na formulação de suas teorias, seja na elaboração de seus modelos de atuação, ganhando assim um novo domínio, o social. É, então, que a partir da década de 90, um grande número de temas sociais passa a ser incluído na agenda bioética, como: saúde pública, saúde ocupacional, controlo da população, saúde da mulher, etc. Enquanto as questões clínicas se ampliaram para incluir temas relacionados com as novas tecnologias reprodutivas conceptivas, os transplantes, a genética, a biologia molecular, etc.

“A bioética, que se vai expandindo e diversificando, não se restringe mais às questões humanas perspectivadas a partir do indivíduo, mas privilegia o ponto de vista das populações, das comunidades, adotando uma perspectiva eminentemente social. Importa, então, não apenas garantir os direitos individuais face aos potenciais abusos do progresso biotecnológico, mas sobretudo zelar pelos direitos das comunidades no usufruto dos benefícios conquistados para a Humanidade pelo apontado progresso biotecnológico.” (Neves e Osswald, 2014, p.40)

Esta perspectiva global da bioética que, como vimos até o momento, abarca três dimensões de desenvolvimento, a dizer, ética ambiental, biomédica e social, foi reconhecida pela Unesco, em 2005, na Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos Humanos. O propósito da Declaração foi apresentar uma plataforma comum de

princípios éticos universalmente aceites que estruturam a sua reflexão e prática.

Segundo a declaração:

“Desde que começou, a bioética sempre teve um duplo enfoque: GERAL como o ponto de vista de Potter, incluindo todas as questões do fenómeno vital, do humano até o ambiente como um todo; o PARTICULAR sobre as questões da saúde, como recomenda Hellegers. A bioética iniciou-se como uma Ética Aplicada, como uma forma a mais de utilizar o método filosófico para responder aos questionamentos sobre os limites da vida. Hoje em dia converteu-se numa proposta mais ampla, interdisciplinar na sua essência. Chega ao século XXI com uma visão mais extensa dos problemas relacionados com a vida humana.” (UNESCO, 2005, p. 7)

De forma geral, podemos considerar que a bioética no séc. XXI possui quatro principais domínios de intervenção: A) bioética clínica – que trata da ética médica, e da relação profissionais de saúde e pacientes, abarcando temas como tomada de decisão, interrupção de tratamentos, cuidados paliativos, eutanásia, suicídio assistido, etc.; B) investigação científica com a participação de seres humanos; C) políticas de saúde – voltadas para a questão do acesso, distribuição de recursos, custos e qualidade de vida; D) ética como educação para a cidadania.

No tocante às discussões propositadas, no presente trabalho abordaremos especialmente a bioética clínica. Contudo, antes de prosseguirmos com a sua abordagem mais específica, daremos continuidade à breve explanação sobre o desenvolvimento da bioética em geral.

Bioética, principais modelos

A bioética é indissociavelmente pensamento e ação. Constitui-se de um modo de reflexão rigorosa acerca da ação humana, procurando identificar os seus fundamentos, finalidades e consequências. Enquanto ação possui uma exigência prática, ou seja, de aplicação, uma intervenção efetiva do pensamento no campo da ação. A fundamentação da bioética garante-lhe objetividade, salvaguardando a coerência e impedindo que se transforme numa natureza meramente técnica. Por outro lado, o seu sentido normativo previne que seja uma disciplina apenas abstrata, restringida a um campo puramente teórico.

Recobrando o traçado histórico da bioética podemos seguramente interpretar que foi através da interrogação da prática que se despertaram as consciências para a

necessidade de elaborações de regras, que fossem bem fundamentadas no campo teórico, para a orientação da ação correta.

Foi nesse sentido que, a partir do final dos anos 70, se desenvolveram diversos modelos teóricos-práticos da bioética, “como sistemas amplos e coerentes de enunciados explicativos da realidade, tal como as biotecnologias a vêm moldando, articulados a um conjunto de propostas de intervenção, fundamentadas na sua natureza e finalidade, e que visam melhorar a vida das pessoas e das sociedades” (Neves e Osswald, 2014, p.107).

Escrita por Tom Beauchamp e James Childress, autores vinculados ao *Kennedy Institute of Ethics, Principles of Biomedical Ethics* (1979) foi a primeira obra de teorização dos princípios reguladores da ação no campo da biomedicina. Inicialmente compunha-se de sete princípios bioéticos como bases de desenvolvimento, e que posteriormente foram reduzidos a quatro princípios. Antecedido pela elaboração do Relatório de Belmont (1978), os autores incluíram na sua teoria, os princípios éticos básicos estabelecidos para a pesquisa com seres humanos, a dizer: a beneficência de origem hipocrática; a autonomia ou respeito pelas pessoas como paradigma kantiano; e a justiça; ao lado desses adicionaram o quarto princípio, o da não maleficência, oriundo da teoria de Ross.

A obra de Beauchamp e Childress consagrou os quatro princípios como uma estrutura para o julgamento moral de decisão na área da saúde e ciências biológicas, abarcando os seus avanços tecnológicos, científicos e sociais. Ademais, representa forte paradigma bioético, uma vez que passa a abranger o campo da prática clínica e assistencial, até então, não considerado pelo Relatório de Belmont. Caracterizada como uma teoria pluralista, possui seus princípios como *prima facie*, ou seja, não absolutos, independentes entre si e sem uma hierarquia interna, e que se estruturam de acordo com os conteúdos de crenças morais da razão vulgar do homem, em contraposição a razão pura que necessita de princípios abstratos e numa forma universal. Os próprios autores denominam sua teoria de ‘ética prática’, uma vez que recorrem ao auxílio das teorias e princípios para as ações a serem tomadas.

Dos quatro princípios morais básicos de orientação da ação, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, derivam outras regras específicas a serem consideradas na apreciação ética dos casos concretos, a dizer, respetivamente, confidencialidade, fidelidade, privacidade e veracidade. Compreendemos os princípios

como enunciados mais gerais que permitem a formulação de regras detalhadas, essas, por sua vez, dizem respeito a uma especificação desses princípios no sentido da sua aplicação ao nível de ação concreta. Vejamos os quatro princípios e as regras decorrentes deles.

O princípio da beneficência é decomposto em outros dois: o da “beneficência positiva”, que determina ações orientadas para a promoção do bem, e o da utilidade, que requer uma ponderação entre os custos, benefícios e possíveis prejuízos de uma determinada ação. A regra derivada da beneficência, a confidencialidade, é formulada positivamente. Ela estreita a relação entre o profissional de saúde e o paciente, na medida em que esse lhe confia sua história e o acesso ao seu corpo, confiando que toda a informação adquirida pelo profissional será revertida para o benefício de sua saúde. Um aspecto que não foge à reflexão quando tratamos do princípio da beneficência é a prática paternalista, todavia, Beauchamp e Childress defendem que essa pode ser apenas justificada quando os resultados a serem obtidos se equilibram com os interesses do paciente, sem qualquer detrimento de sua autonomia.

Já o princípio da não maleficência exprime uma obrigação negativa, a de não provocar qualquer mal intencionalmente. Dele implica a obrigatoriedade do profissional de saúde manter as promessas para com seu paciente, ou seja, a regra da fidelidade. Mesmo que o profissional não disponha dos meios para restaurar a saúde do doente, é seu dever evitar qualquer dano à ele. “Dano” pode ser entendido como dano físico, como a dor, morte ou incapacidade, assim também como os danos mentais e aqueles que impedem a realização dos interesses do próprio paciente.

Entretanto, do princípio da não maleficência deriva a regra do duplo efeito o qual determina que um dano é moralmente tolerável apenas quando como efeito indesejado de uma primeira ação que visa diretamente um bem que é maior ou, pelo menos, proporcional as consequências negativas. Com efeito, podemos identificar a determinância desta regra para a rejeição da obstinação terapêutica, na qual as ações terapêuticas se revelam inúteis ao passo que os benefícios não superam, nem são proporcionais à dor e sofrimento que provocam ao paciente. Este princípio tem a sua origem na *Summa Theologiae* de São Tomás de Aquino: “Nada impede um ato de ter dois efeitos, um que é intencional, enquanto que o outro está para além da intenção, visto que é acidental” (PESSINI e BERTACHINI, 2006).

O princípio da justiça determina que todos os indivíduos sejam tratados de igual maneira, de forma equânime, através da distribuição dos recursos da saúde. Dele deriva a regra da privacidade, ou seja, o direito de não ingerência, que protege a dignidade e liberdade do paciente, impedindo que a divulgação pública de informações sobre a sua condição clínica possam ser utilizadas como pretexto para tratamentos desiguais e que implique em ações discriminatórias.

Vale ressaltar que os autores entendem não ser possível que um único princípio de justiça responda a todos os problemas na área da saúde, e, portanto, consideram diferentes modelos (utilitário, libertário, comunitário e igualitário), sugerindo que cada comunidade, na observância do seu específico contexto político e socioeconômico, determine consensualmente os critérios de distribuição de bens e optem pelo modelo que mais produziria justiça.

Finalmente, o princípio da autonomia, ou o princípio do respeito à autonomia (como é designado na 3ª edição, do *Principles of Biomedical Ethics*, em 1983) possui a sua fundamentação na ideia kantiana de tratar o ser humano como fim em si mesmo e nunca como meio, e na teoria de John Stuart Mill quanto ao respeito às pessoas que buscam a realização dos seus objetivos pessoais no limite da não interferência noutras vidas. Assim, na formulação negativa, o princípio exige que as ações autónomas não possam ser objeto de coerção por outros, não devam ser controladas, nem limitadas. Enquanto que na sua obrigação positiva, exige que a autonomia das pessoas seja respeitada, atendendo as decisões tomadas em base de crenças e valores pessoais, e para além, promovendo as condições necessárias para o exercício da autonomia.

O princípio do respeito à autonomia afirma a capacidade de autodeterminação do indivíduo e dele deriva a regra da veracidade como condição de sua aplicabilidade. Ou seja, o indivíduo competente, apenas poderá deliberar e decidir acerca de si mesmo quando possui acesso a toda informação pertinente ao seu caso. No âmbito da prestação de cuidados de saúde temos o consentimento informado, regra fundamental nas relações entre pacientes e profissionais.

Os quatro princípios fundamentam-se em duas diferentes tradições. Os princípios da beneficência e da não maleficência fazem parte da ética médica hipocrática; enquanto os da justiça e do respeito à autonomia provêm da filosofia liberal dos direitos humanos. O êxito deste modelo teórico-prático, comumente designado como Principlista, justifica-se por se tratar de princípios da moral comum e de sua

aplicabilidade aos casos concretos. Cada princípio enuncia uma obrigação a ser cumprida, sem que nenhum se sobreponha ao outro. Frente a qualquer impasse ético em biomedicina, uma ação pode ser considerada ética se assim cumprir os quatro princípios. Entretanto, existem situações em que dois ou mais princípios parecem entrar em conflito, ou seja, o cumprimento de um negaria o cumprimento de outro. Frequentemente estas situações dilemáticas emergem entre o princípio da beneficência e o do respeito à autonomia. Tomemos como exemplo um paciente que, pela sua crença religiosa, recusa a transfusão de sangue. O médico por sua vez se sentiria impedido de realizar seu juramento hipocrático onde aplicaria “os regimes para o bem dos doentes, segundo o seu saber e a sua razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja”. Todavia, ainda que guiado por positivas intenções para a restauração da saúde de doente, o médico desconheceria a razão, o saber e o interesse do próprio paciente em relação ao seu processo saúde-doença. Neste caso, administrar a transfusão de sangue, de forma coercitiva, ainda que reestabelecesse a vida biológica do indivíduo provocaria a sua morte social, e a sua morte na dimensão existencial. A aplicação do princípio da beneficência, nesse caso, claramente não realizaria um bem para a pessoa. Assim, o respeito à autonomia do paciente prevalece sempre no sentido em que a pessoa possui o direito da decisão sobre aquilo que lhe diz unicamente respeito. Contudo, é importante frisar, que ainda que na prática o princípio do respeito à autonomia possa prevalecer num maior número de casos, ele não se sobrepõe a nenhum outro do ponto de vista teórico.

O modelo “principlista” foi o primeiro modelo teórico-prático estruturado para a bioética e encontra grande adesão não apenas nos Estados Unidos, mas na Europa Continental. Todavia o “principlismo” não se restringe ao modelo de Beauchamp e Childress. Como designação genérica abarca todos os outros que partem de enunciados teóricos que explanam uma normativa obrigatória da ação e cuja aplicação ou cumprimento legitima as práticas (NEVES E OSSWALD, 2014). Estes modelos possuem princípios distintos uns dos outros, bem como a articulação de seus princípios e sua aplicação às situações.

Dentre eles podemos citar o modelo contratualista de Robert Veatch, o fundacional de Gert, Culver e Clouser, e ainda o modelo libertário, o da virtude, e o Europeu continental – exposto na Declaração de Barcelona. E outros autores como U. Siegler, W.J Winslade, Ruth Macklin etc.

Os modelos “principalistas” desenvolveram-se amplamente ao longo das últimas três décadas, constituindo-se como maioria e moldado significativamente todo o pensamento bioético ao redor do mundo. O seu caráter pragmático e normativo, a sua aplicação fácil e objetiva, bem como o nível elevado de satisfação na resolução dos problemas justificam tal êxito.

Existem outros modelos que optam por abordagens distintas quanto aos problemas bioéticos. Dentre eles, o modelo casuísta de Albert Jonsen e Stephen Toulmin, o narrativo de Richard Zaner, e o intuicionista de Baruch Brody. Todavia, apesar da sua relevância no âmbito da reflexão bioética, esses modelos carecem de uma intervenção significativa no campo da aplicabilidade.

Principais modelos na década de 80

Ao longo da década de 80 diversos modelos teóricos-práticos vão sendo formulados. Contemplaremos aqui, sumariamente, o aspecto fundamental de alguns deles que, segundo Neves e Osswald (2014), alcançaram significativo destaque pelos critérios da diversidade, sistematização e impacto que atendem.

O modelo da lei natural de John Finnis, apresentado em *Natural Law and Natural Rights*, em 1980; sem nenhum propósito de construção de um sistema conceitual e justificativo sobre os critérios da moralidade, o autor defende que os princípios éticos são evidentes por si e consensualmente reconhecidos. São eles, a vida, o conhecimento, a vida lúdica, a amizade, a estética, a religiosidade, e a racionalidade prática. Assim, quando orientada por esses princípios, a ação seria reconhecida como moralmente correta.

O contratualismo de Robert Veatch, apresentado em *A Theory of Medical Ethics*, em 1981; parte de uma moral comum, da qual derivam direitos e deveres a todas as pessoas. O autor enuncia a “teoria de triplo-contrato”. O primeiro é um “contrato social básico” pelo qual uma sociedade se regula a partir de um sistema ético no qual se encontram alguns princípios como a beneficência, a não maleficência, autonomia, fidelidade, honestidade, justiça e evitar matar. Desse contrato inicial derivam princípios mais específicos que regulam as relações entre as profissões e a sociedade, e finalmente, num terceiro nível, entre médicos e pacientes. Veatch defende a ideia de que quanto mais cada indivíduo é consciente do seu estatuto, direitos e deveres, mais uma sociedade se encaminharia para a dissolução total dos seus problemas sociais e morais.

O modelo do cuidado de Carol Gilligan, apresentado em *In a Different Voice, Psychological Theory and Women's Development*, em 1982; é um modelo assente na psicologia evolutiva. Através do estudo sobre o desenvolvimento psicológico de meninos e meninas, o autor distingue a voz masculina como direcionada para a elaboração de propostas éticas baseadas em princípios imparciais e direitos, e a voz feminina voltada para a abordagem relacional da moralidade em virtude da experiência do cuidado. Com efeito, a partir da voz feminina, Gilligan atenta para a importância das relações interpessoais na prestação de cuidados em saúde.

O modelo libertário de Tristan Engelhardt, apresentado em *The Foundations of Bioethics*, em 1986; reconhecendo o pluralismo moral e o crescente relativismo moral nas sociedades ocidentais contemporâneas o autor defende que as normativas da ação apenas podem provir de um acordo entre pessoas iguais mediante diálogo racional. Para Engelhardt, tal consenso só poderia ser obtido através do princípio da permissão, ou seja, da não reivindicação de qualquer autoridade sobre a outra, e do respeito mútuo. Neste prisma, uma ação apenas seria moral se obedecesse ao princípio da permissão. Sendo assim, tal princípio é o próprio critério de moralidade, é dizer, a moralidade da ação dependeria do processo pelo qual se desenvolveu, do consentimento entre “estranhos morais”.

O modelo casuísta de Albert Jonsen e Stephen Toulmin, apresentado em *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, em 1988; os autores rejeitam a ideia da aplicação de princípios universais, ao contrário, defendem que os enunciados gerais devem primeiramente partir da realidade efetiva, através da análise sistemática de casos concretos, singulares, da comparação entre eles, e das máximas que eles invocam frente aos dilemas morais.

O modelo da virtude de Edmund Pellegrino e David Thomasma, apresentado em *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, em 1988; os autores propõem uma ética das virtudes em alternativa a uma ética do dever. Restaurando o princípio hipocrático da beneficência, argumentam que a relação entre profissional de saúde e paciente está para além de uma relação meramente contratual, sendo, ao invés, fomentada no empenho mútuo de um objetivo em comum, o qual denominaram de teoria do “bem relacional”. Mais do que a formulação de princípios e normativas, o modelo considera importante o investimento na formação do caráter e no desenvolvimento de virtudes do profissional para a garantia da boa prática em medicina.

Em suma, a década de 80 é marcada pela diversidade de perspectivas teóricas quanto aos pressupostos, fundamentos, aspectos da vida moral, a doutrina da ação que estruturam e normativas concretas que recomendam os modelos teóricos-práticos da bioética. Nota-se, portanto, uma ampliação da reflexão ética, o aperfeiçoamento das metodologias, a multiplicação dos recursos conceituais e as modalidades de ação a considerar para uma ação moral. Ademais, a década de 80 caracteriza-se especialmente pelo empenho conjunto por diversos autores de contribuir para a teorização de uma prática que respondesse as novas questões emergentes do avanço biotecnológico, na qual importava encontrar uma compreensão tanto ampla como objetiva para que ação cumprisse com a coerência e eficácia (NEVES E OSSWALD, 2014).

Principais modelos da década de 90

Ao longo dos anos, ao passo que se multiplicavam os modelos teóricos da bioética somava-se o empenho de destacar suas diferenças, por tal, diferentemente da década anterior, a década de 90 marca uma primeira fase de um pensamento acentuadamente crítico. Uma série de fatores serviu para que o pensamento crítico se acirrasse, a saber, a estruturação de cada modelo; a reivindicação de suas especificidades; as dificuldades na sua aplicação; o crescente número de profissionais e acadêmicos que procuram dedicar-se a bioética; assim como o aumento de publicações e a formação especializada.

Com o advento de uma bioética declaradamente crítica, importantes trabalhos se desenvolveram como alternativas de modelos teóricos a partir de diferentes tradições filosóficas, e que também contribuíram com o crescimento da bioética para além das fronteiras anglo-americanas. Dentre estes modelos destacamos:

Bernard Gert, Charles Culver e Danner Clouser, apresentando em *A Return to Fundamentals*, em 1997, uma crítica sistemática ao principialismo de Beauchamp e Childress. Os autores consideram os quatro princípios como “princípios intermédios”, os quais emergem de um plano normativo, justificando as ações como morais, mas sem, todavia, fundamentar a moralidade das ações. De forma que, os designados princípios funcionariam apenas como um “check-list”, numa espécie de aplicação automática para a realização de um ato moral. Os autores defendem que o plano da fundamentação deve se encontrar anterior ao da normatividade, é dizer, na metaética. Assim, apresentam a “moral comum” como um “sistema moral justificado” a que todas as pessoas racionais

recorrem nos seus juízos morais. O âmbito da prática biomédica também se inclui nesse sistema, na medida em que os deveres e tomadas de decisão frente aos problemas éticos com os quais os profissionais de saúde se deparam, necessitam igualmente corresponder a moral comum. Consideram o objetivo da moralidade a minimização dos males, e apresentam a sua teoria da ação constituída por dez regras morais da não-maleficência. As cinco primeiras correspondem a proibições diretas: não matar, não causar dor, não causar deficiência, não privar de prazer, não privar de liberdade. Enquanto as cinco restantes advertem para situações particulares: não desapontar, manter as promessas, não enganar, obedecer à lei, cumprir o seu dever. Quando algumas das regras se encontrarem em conflito, os autores explicam que é necessária então a ponderação das consequências provenientes da desobediência das regras em questão, e a posterior avaliação se seriam publicamente aceitáveis.

Richard Zaner propõe em *Ethics and The Clinical Encounter*, de 1988, um novo modelo teórico-prático da bioética, baseada na filosofia europeia continental – como a hermenêutica e a fenomenologia. Diferentemente de uma orientação normativa, é a partir da experiência do encontro clínico que autor apresenta uma fundamentação da prática clínica. Afirma que a compreensão e resolução dos problemas éticos não se resumem a uma objetividade científica, antes, importa ponderar diferentes modos de atuação para cada particular situação, reconhecendo a diversidade da subjetividade humana, integrando no processo de tomada de decisão como o paciente vive, interpreta e narra a sua própria história e doença. Ainda na esteira de uma bioética de expressão fenomenológico-hermenêutica podemos citar outros autores como Howard Brody, Eric Cassell e Kay Toomb.

Jacob Rendtorff e Peter Kemp, em *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, de 2000, defendem um principialismo que corresponda ao modo comum de pensar e de agir das comunidades europeias. Os autores enunciam quatro princípios fundamentais: dignidade humana, autonomia, integridade e vulnerabilidade.

O princípio da “dignidade humana” refere-se ao valor intrínseco da humanidade da pessoa, aquilo que constitui um fim em si mesmo, que confere estatuto moral à pessoa. O princípio da “autonomia”, embora também presente no contexto anglo-americano, e genericamente entendido como liberdade individual, adquire um segundo significado na Europa continental, como “possibilidade de um desenvolvimento harmonioso da pessoa humana”, através de várias qualidades, como a criação de ideias e

objetivos para a vida, intuição moral e autolegislação, reflexão e ação sem coerção, responsabilidade pessoal e envolvimento político, e consentimento informado (NEVES e OSSWALD, 2014). O princípio da “integridade” diz sobre a exigência de não ser lesionado, magoado ou alterado. A integridade pessoal exige respeito, proteção, consideração pela privacidade, totalidade e unidade da pessoa humana, ou seja, pela sua coerência de vida. O princípio da “vulnerabilidade” exprime o sentido de fragilidade e finitude de vida, assim como a exigência de cuidado para aqueles que possuem sua autonomia ameaçada. Todos os referidos princípios estão intimamente relacionados entre si. Ressaltamos que, neste modelo, a autonomia é fundada numa ética da solidariedade, da responsabilidade e da justiça. Encontraremos esta ética do cuidado em continentes como a América Latina.

Apesar das valiosas contribuições dos diferentes modelos teóricos-práticos que proliferaram na década de 90, a sua diversidade e ausência de um critério objetivo impossibilitava reuni-los numa bioética comum a todos, o que acabava por colocar em causa a sua credibilidade e futuro.

A partir do séc. XXI foram, então, reunidos esforços para a elaboração de uma teoria unitária e coerente da bioética que considerasse os valores fundamentais, as virtudes e os princípios estruturantes da moralidade da ação em cada tradição filosófica, bem como em cada contexto geocultural, a fim de se chegar a um determinante e identificador do pensamento e da ação bioéticas. Se não era possível partir de uma fundamentação universal, importava então investir na elaboração de uma teoria unitária através da construção de consensos.

A somatória destes fatores conduziu-nos ao que reconhecemos atualmente como o triunfo do principialismo. Diante de um crescente pluralismo relativista, um “núcleo duro” emergiu, aparentemente de forma espontânea, constituído por diversos autores, com o propósito de estabelecer uma plataforma comum de entendimentos e atuações partilhadas que correspondessem uma bioética fundamental. Beauchamp e Childress, por exemplo, intensificam a defesa da “moral comum”, enquanto Robert Veatch afirma que diferentes culturas sempre exprimirão diferentemente os mesmos princípios, ao mesmo tempo que Rendtorff e Kemp, apoiados pela Comissão Europeia, desenvolvem um projeto incluindo diversos países europeus para a identificação e análise dos princípios éticos fundamentais (NEVES E OSSWALD, 2014).

Sobre este último é pertinente comentar que, ao contrário da bioética anglo-americana – de natureza mais normativa e preocupada com uma fundamentação universal, a bioética europeia tratou de reunir esforços para a formulação de universais mínimos e provisórios. A Declaração de Barcelona, através da construção de consensos a respeito dos critérios da moralidade da ação, enuncia uma série de princípios que exprimem o pensamento e vivência moral comum no continente europeu. Ou seja, ao invés de partirem de um princípio para obter consenso, procuram primeiramente consensos para a enunciação dos princípios reconhecidos como éticos no âmbito da biomedicina. Como exemplo desta formulação, consideramos a Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos Humanos, aprovada pela UNESCO, em 2005. Nela é apresentado um conjunto de 15 princípios resultantes de um amplo processo de deliberação que envolveu cerca de 100 países:

Art.º 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

Art.º 4 – Benefícios e Prejuízos

Art.º 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Art.º 6 – Consentimento

Art.º 7 – Pessoas sem capacidade para consentirem

Art.º 8 – Respeito pela Vulnerabilidade humana e Integridade pessoal

Art.º 9 – Privacidade e Confidencialidade

Art.º 10 – Igualdade, Justiça, Equidade

Art.º 11 – Não discriminação e Não estigmatização

Art.º 12 – Respeito pela diversidade cultural e pluralismo

Art.º 13 – Solidariedade e Cooperação

Art.º 14 – Responsabilidade Social e Saúde

Art.º 15 – Partilha de Benefícios

Art.º 16 – Proteção das gerações futuras

Art.º 17 – Proteção do Ambiente, Biosfera e Biodiversidade

(UNESCO, 2005)

Institucionalização da Bioética

Os princípios dos modelos teóricos-práticos, e em especial os da Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, revestem-se de uma dimensão jurídica e

política uma vez que suas normas éticas da ação podem ser assumidas como disposições legais e diretrizes de ação, respectivamente. O processo de institucionalização da bioética faz ser possível o desenvolvimento de outras áreas complementares de especialização, como a biopolítica e o biodireito, para além, constitui-se como fator determinante para a consolidação da identidade da bioética e da estruturação de sua atividade projetando-a para o plano das preocupações e interesses da sociedade em geral, e promovendo espaços de discussões comunitárias.

Ao mesmo tempo em que integra a diversidade de identidades de ordem histórico-cultural, político-socio-econômica, e religiosa, a bioética enquanto institucionalizada empresta-se como suporte imprescindível para uniformização das práticas e decisões em todo o mundo, no tocante a aspectos fundamentais para o respeito pela dignidade humana.

A sua institucionalização teve início com a criação de centros de reflexão pluridisciplinares, que reunia acadêmicos e profissionais de diferentes áreas, com o propósito de debater questões éticas suscitadas pelos progressos biotecnológicos, a saber, o The Hastings Center, em Nova Iorque, em 1969, e posteriormente *The Joseph and Rose Kennedy Center for The Study of Human Reproduction and Bioethics*, em Washington, em 1971.

O primeiro centro de bioética na Europa foi o Instituto Borja, em Barcelona, criado em 1976, por Francesc Abel. Em Portugal, em 1989, foi oficialmente criado o Centro de Estudos em Bioética (CEB), em Coimbra.

Os centros de bioética multiplicaram-se pelos continentes assim como diversificaram o seu domínio de atividade estendendo-se para as áreas da investigação e leccionação, como o Kennedy Center of Ethics, referencia mundial de formação em bioética.

No tocante às primeiras comissões de ética, essas possuíam o objetivo de assegurar a eticidade da investigação científica com seres humanos e foram formalmente instituídas em 1974 pelo Congresso Nacional nos Estados Unidos. Os *Institutional Review Boards* (IRB) eram os responsáveis pelas revisões de tais projetos científicos que fossem financiados por fundos federais. Generalizaram-se depois a outros países como comissões de ética de investigação científica.

Em 1975, foram regulamentados os *Institutional Ethics Committees* (IEC), cuja função assistencial se dedicava à apreciação ética das relações clínicas entre

profissionais de saúde e pacientes. Passado uma década, generalizaram-se a grande parte dos hospitais nos Estados Unidos. Posteriormente, expandiram-se a outros países como comissões de ética clínica.

Na Europa estabeleceram-se comissões de ética com a dupla função, tanto no plano da investigação biomédica como no âmbito da ética clínica. É o caso das Comissões de Ética para a Saúde (CES), instituídas em Portugal, em 1995. No entanto, em 2005, tendo em conta a transposição de uma diretiva europeia, criou-se no país a Comissão de Ética para Investigação Clínica (CEIC) sendo responsável pela regulamentação ético-jurídica da investigação biomédica envolvendo seres humanos, enquanto o CES ocupa-se do plano da ética clínica.

Todas as referidas instituições agiam então apenas localmente. Com o objetivo de uniformizar os procedimentos e legislar o uso das tecnologias no âmbito biomédico foram criadas organizações a níveis nacionais. Primeiramente nos Estados Unidos e no Reino Unido, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (1974-1978) e a *Warnock Commission* (1982-1984), respetivamente. Seguidamente, em 1984, na França foi instituída o *Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Santé* (CCNE). Este modelo de órgãos nacionais consultivos e permanentes multiplicou-se pela Europa e outros demais continentes. Em 1990, Portugal instituiu o Conselho Nacional de Ética para Ciências da Vida (CNECV), órgão consultivo e independente, cujo propósito é analisar e emitir pareceres sobre as questões éticas suscitadas pela biotecnologia.

Em 1985, o Conselho da Europa criou o *Comité d'Experts pour la Bioéthique* (CAHBI), o qual em 1992 ganha estatuto permanente sob designação de *Comité Directeur pour la Bioéthique* (CDBI) que estuda as questões colocadas pelo avanço biomédico nos planos da ética e do direito, à luz dos direitos do homem, e elabora normas jurídicas europeias comuns.

Em 1991, é criado o *Groupe de Conseillers pour l'Éthique de la Biotechnologie*, posteriormente, em 1997, é reestruturado sob designação de *Groupe Européen d'Éthique des Sciences et des Nouvelles Technologies* (GEE), cuja função é aconselhar a Comissão Europeia, o Parlamento Europeu, e o Conselho da União, a respeito de questões éticas da ciência e novas tecnologias, a fim de implementar a legislação e política comunitária.

Em 1993, a UNESCO cria o *Comité International de la Bioéthique* (CIB) que passa a ter estatuto permanente em 1997, com a missão de analisar os aspectos éticos e jurídicos da investigação em genética e em biologia e suas aplicações. Em 1998, institui o *Intergovernmental Bioethics Committee* (IGBC) para análise dos pareceres emitidos pelo CIB. A Unesco produziu significativos documentos ético-jurídicos, a saber: a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem, em 1997, a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, em 2003, e a Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos dos Humanos, em 2005.

Em suma, as instituições bioéticas internacionais possuem dois principais objetivos, o de analisar os aspectos éticos provenientes do avanço tecnológico na biomedicina, e a elaboração de documentos ético-jurídicos visando a formalização e uniformização das práticas concernentes a essa matéria (NEVES E OSSWALD, 2014).

Bioética clínica

A ética evolui de tratados filosóficos complexos e sofisticados, sobre o significado dos conceitos morais, para temas que são de interesse de pessoas comuns e que dizem respeito ao seu dia a dia. Como os casos médicos afetam diretamente o homem comum e inexoravelmente a sua realidade, podemos considerar que foi através da medicina que a ética se voltou para o contato com a realidade quotidiana. Impulsionada por um crescente debate social, nos anos 70, que defendia que os factos clínicos e os valores éticos em medicina deveriam estar diretamente ligados, a discussão sobre procedimentos médicos ganhou força e espaço, e as especificidades de cada caso passaram a exigir uma reflexão mais profunda sobre a conduta a ser tomada.

Podemos identificar no traçado histórico da bioética alguns casos paradigmáticos os quais provocaram uma importante mobilização para um debate alargado contribuindo para sua expansão, como por exemplo: o caso da jovem Karen Quilan (1974), que se encontrava em estado vegetativo permanente até o pedido de seus pais para que o respirador artificial fosse desconectado. O caso teve grande projeção pública, promovendo o debate sobre tratamentos ordinários e extraordinários, o que possibilitou a futura normatização da suspensão de tratamentos desproporcionados sempre que os prejuízos fossem maiores que os benefícios provocados. Há também o caso do recém-nascido Baby Doe (1983), o qual era portador de uma trissomia 21, cujos pais optaram pela não cirurgia de uma fistula traqueo-esofágica que o impossibilitava de se alimentar

naturalmente. A equipa médica solicitou à Justiça autorização para realizar a cirurgia, suspendendo, temporariamente o poder parental. Em seis dias, Baby Doe faleceu de inanição sem que a Justiça tivesse deliberado sobre o caso. A repercussão do caso foi intensa nos meios de comunicação social, mobilizando intenso debate da sociedade. Por consequência, o caso conduziu à restrição temporária do poder parental, sempre que a decisão dos pais coloque em risco a vida ou a integridade física e psicológica dos seus filhos.

A origem da bioética clínica é concomitante ao da bioética, ademais, Paccine (2003) adverte que a bioética clínica nunca deve ser compreendida de forma separada da bioética em geral. Já descrevemos como referências históricas evidenciam a íntima relação da bioética com as decisões éticas em medicina. Os difíceis dilemas e as situações críticas, tanto na área médica quanto nas demais profissões das ciências da saúde, deram origem à bioética clínica (GOLDIM ET. AL, 2008). Mais especificamente, a criação do Instituto Kennedy de Ética, por Andre Hellegers, com objetivo de discutir aspectos da prática médica que se apresentavam como eticamente dilemáticos, é um expressivo marco de seu advento (MARQUES FILHO, 2008).

Segundo Figueiredo (2011), os termos bioética clínica, ética clínica e ética biomédica são empregados, não raro, de forma indistinta na prática, não obstante, merecem uma melhor clarificação. A ética clínica trata das condutas desejáveis no âmbito da relação entre todos os profissionais de saúde e os seus pacientes. O seu domínio centra-se nas exigências éticas desta relação. Todavia, não se limita a determinar o que é permitido ou proibido, prescrito e tolerado, para além, baseia-se na busca do ótimo, do preferível, ou melhor, para determinada situação (DURAND, 2003). A ética clínica não se obriga a incluir o público em geral, a reflexão sobre as políticas de saúde e o campo da pesquisa biomédica; ela trabalha especialmente para que os valores pessoais dos envolvidos na relação clínica sejam respeitados e preservados, bem como para que a prestação do serviço, que constitui o objeto especial dessa relação, atinja a máxima eficácia possível (LEVI e BARROS, 1998).

O termo ética biomédica, segundo Durand (2003), está diretamente ligado à ética da medicina moderna, nomeadamente a medicina tecnológica. Ela não pretende abordar as condutas da prática quotidiana terapêutica da relação clínica, antes trata da prática médica moderna com amplo apelo no campo da pesquisa biológica.

Por sua vez, a bioética clínica diz respeito a um dos ramos mais complexos da bioética, pois está diretamente relacionada com a análise de questões de ordem moral ou ética muito mais amplas (FIGUEIREDO, 2011). Ela procura estabelecer uma união entre o conhecimento científico médico e o humanístico, com um campo de atuação mais abrangente do que a ética clínica, dedicando-se, por exemplo, aos estudos sobre questões do início ao fim de vida, reprodução humana, situações eticamente dilemáticas que emergem na relação entre profissional de saúde e paciente, bem como decisões nas políticas de saúde pública (URBAN, 2003). Segundo Rego *et al* (2016), a bioética clínica amadureceu como forma de filosofia moral prática na medicina, sendo hoje um ramo específico dessa filosofia, guardando características próprias; o seu enfoque não é propriamente normativo, embora abarque a ética médica e os seus códigos deontológicos, continuamente reavaliando-os por meio de estudos multi/interdisciplinares e interculturais. Ainda, segundo Kovács (1994), a bioética clínica possui como objetivo central a reflexão sobre as implicações éticas aplicadas aos cuidados das pessoas doentes, refletindo a respeito de problemas relacionados a valores que surgem da relação clínica, nomeadamente, dilemas que envolvem processos de diagnósticos e tratamentos.

Figueiredo (2011) sublinha que, apesar da ética clínica e da bioética clínica serem conceptualmente bem próximas, esta última diferencia-se na medida em que diz respeito “a todas as situações que exigem uma tomada de decisão quer na prática médica, no quotidiano das demais profissões da saúde ou em situações particulares em comites de ética” (Figueiredo, 2011, p.347).

A bioética clínica não trata tanto de elaborar teorias ou oferecer fórmulas éticas pré-fabricadas, mas, antes, preocupa-se em ir à prática para orientar eticamente os profissionais que se deparam com situações conflituosas concretas e quotidianas na tomada de decisão. É importante, contudo, não atribuímos a essa característica prática uma natureza imediatista e arbitrária, visto que a bioética clínica se respalda em três pressupostos básicos da ética aplicada:

- “1) Nega que as decisões éticas dependam exclusivamente da opinião subjetiva da cada ator ético, pretendendo assim evitar qualquer tipo de subjetivismo. 2) Determina que as escolhas éticas sejam precedidas pela argumentação entre os participantes. Buscam-se, no debate livre e aberto, os melhores argumentos a favor de um consenso sobre

a decisão a ser tomada e a conseqüente ação. É nesse âmbito que as reflexões filosóficas, as teorias éticas e doutrinas religiosas intervêm como parceiras da discussão. 3) Exige a autonomia das decisões sem a qual não existe moral. É dizer, pressupõe interlocutores livres, conscientes e independentes de filosofias globais”. (Pegoraro, 2009, p. 78)

Por fim, a bioética clínica não é uma ciência feita, é uma ciência dinâmica, continuamente em construção e investigação de novos valores ao passo da evolução da biomedicina e dos novos problemas que surgem no campo. Dentre todos esses, aqueles relacionados à tomada de decisão ganham maior relevância na agenda bioética, destacando-se especialmente problemáticas associadas ao:

“A) início da vida – abortamento, tecnologias de reprodução assistida; B) fim da vida – eutanásia, suicídio assistido, ordem de não reanimação, diretivas antecipadas, cuidados paliativos, distanásia, obstinação terapêutica, transplantes de órgãos (critério de morte, prioridade para acesso ao procedimento); C) decisões diagnósticas, terapêuticas e profiláticas em caso de recusa do paciente ou de seu responsável legal; D) sigilo, privacidade e confidencialidade de informações e; E) alocação e gerenciamento de recursos escassos” (Siqueira-Batista, 2014, p.457).

1.2.1.1. Tomada de decisão: uma questão ética

O tema da tomada de decisão tem sido objeto de amplos estudos no séc. XXI. Embora haja distintos conceitos para a tomada de decisão, as principais definições vêm da área de administração, como a conceituação de Idalberto Chiavenato (2004) na qual ela é o processo de análise e escolha entre várias alternativas disponíveis do curso de ação que a pessoa deverá seguir.

Considerada como aspecto fundamental na prática clínica, a tomada de decisão solicita dos profissionais de saúde a reflexão sobre as suas escolhas, para que sejam as mais acertadas e direcionadas aos interesses dos seus pacientes, considerando não somente a relevância técnica, científica, mas igualmente a pertinência ética (WILL, 2011). Tal processo deverá levar em conta a perspectiva daquele que cuida – o profissional da saúde – e o respeito à autonomia do paciente, sem que este último ponto signifique a simples transferência da responsabilidade do processo decisório para o paciente (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Segundo o bioeticista Diego Gracia: “toda a ética surge de um processo intelectual completo, que parte da pergunta: ‘o que devemos fazer?’” (X Congresso Brasileiro de Bioética, 2013). No contexto clínico não são infrequentes as situações que provocam a referida pergunta, não apenas pela complexidade do quadro clínico, mas pela emergência de conflitos éticos, que a deontologia médica, por sua vez, não consegue responder plenamente. Em tais situações, o profissional de saúde é engolfado no universo das incertezas e paralisado no seu curso de ação terapêutica.

Nesse sentido, Hossne (2007, p.102) escreve que “diante situações de conflito entre valores, fazer opção, isto é, exercitar ética, é muito mais complexo do que simplesmente obedecer a Códigos de moral e/ou a disposições legais segundo padrões já estabelecidos”, e atenta que fazer a opção entre valores implica que a liberdade venha acompanhada de angústia e responsabilidade. Essa “angústia da opção” deve, portanto, ser elaborada e trabalhada através “da revisão e reflexão crítica de valores, levando a cada um de nós a ‘mergulhar’ para dentro e fora de si, para poder equacionar os conflitos de valores que estão em jogo e ao fim realizar a opção” (Hossne, 2007, p.103). O autor argumenta que, para tal juízo crítico, próprio da bioética, é necessário despir-se de qualquer preconceito, considerar fundamental o respeito ao pluralismo, à opinião do outro, e compreender que “a bioética, pois, prevê ‘grandeza’ por parte de cada um de nós para refazer e reconhecer a inadequação da opção realizada”. (Hossne, 2007, p.103)

Atualmente existe um amplo leque de modelos para a tomada de decisão no campo de análise da bioética clínica, de forma que “o procedimento decisório se estende por domínios extremamente diversificados e intrincados, podendo ser investigado em diferentes níveis de complexidade, que vão da neurobiologia às ciências sociais aplicadas” (Siqueira-Batista et al., 2014, p.458). A abordagem computacional, por exemplo, tem se apresentado como importante ferramenta para o auxílio à tomada de decisão; mais recentemente, estudos já propõem o emprego de algoritmos de aprendizagem de máquina para maior desenvolvimento do sistema computacional, incorporando aspectos referentes ao processo decisório, cujo protótipo inicial, Bio-Oracle está em desenvolvimento (SIQUEIRA-BATISTA ET AL., 2014).

Para além, a bioética oferece referenciais teóricos para subsidiar a análise de conflitos e o aprimoramento da tomada de decisão, sejam eles, a ética das virtudes, o consequencialismo, o principialismo, a casuística - como estratégia para comparação de

casos morais e conclusão dos fatos, entre outros. Também contamos com os comitês de bioética em hospitais, compostos de maneira multiprofissional e interdisciplinar; recomendados pela Unesco, preconizados no artigo 19 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), os quais possibilitam abordar os casos de maior dificuldade do ponto de vista dos conflitos morais em vistas da melhor tomada de decisão possível. Os comitês se constituem em um espaço plural voltado para o diálogo, prezam pelo protagonismo dos pacientes e seus representantes, bem como oferecem maior repertório bioético de ações a profissionais e gestores em saúde (MARINHO, 2014).

Por fim, dentre os diferentes modelos pertinentes à tomada de decisão, a bioética clínica dispõem de diversos métodos para a delimitação, apreciação e proposição de solução de problemas éticos surgidos na esfera clínica.

Sobre o Método de Deliberação Moral de Diego Gracia

Relembremos o primeiro pressuposto básico da bioética clínica, o qual nega que as decisões frente aos conflitos éticos dependam exclusivamente da opinião subjetiva de cada ator envolvido, pretendendo assim evitar qualquer tipo de subjetivismo. Segundo Zoboli (2016), a eleição por uma ou outra escolha nunca é neutra, mas é precedida por valorações e preferências da pessoa que escolhe. De modo que, “para se decidir, primeiramente, não se pode aceitar diretamente qualquer das possibilidades oferecidas, é preciso um tempo antes de decidir, para ampliar o olhar sobre a situação e vislumbrar mais cursos de ação no repertório de possibilidades possíveis” (Zoboli, 2016, p.151).

A bioética clínica propõe a elucidação e resolução dos problemas éticos, com a possibilidade de aplicação de métodos visando resoluções de conflitos de ordem prática e concreta. Este conjunto de ferramentas metodológicas aplicadas nas diferentes esferas que compõem a prática clínica – diagnóstico, tratamento, prevenção, reabilitação, promoção e educação, nos serve como caminhos para a tomada de decisões as quais não podem ser reduzidas à intuição, bom-senso e a crença subjetiva do profissional de saúde. Paralelamente, os métodos surgem da importante questão em saber se apenas o procedimentalismo é capaz de indicar as justificações para a tomada de decisões.

Os métodos começaram a ser desenvolvidos a partir do final da década de 70, ganhando especial destaque ao longo dos anos os métodos principialistas e casuísticos, bastante empregados em comitês de consulta ética. Todavia, podemos citar outros

significativos métodos de análise moral, como o de David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jonsen e James F. Drane, que segundo Marques Filho (2008), são os mais utilizados atualmente para a análise de um conflito, por serem relativamente simples para aplicação na prática.

O presente trabalho não se propõe à discussão e exposição dos vários métodos, ao invés detém-se em abordar a sua importância para o processo de tomada de decisão. Daremos, contudo, a propósito de exemplificação, breve enfoque ao método da ‘deliberação moral’ do bioeticista Diego Gracia, Catedrático de História da Medicina da Universidade Complutense de Madri e diretor do primeiro mestrado em bioética da Europa. A escolha por tal método baseia-se em dois critérios. Primeiro, porque o método principialista, o qual damos ênfase neste trabalho, embora se constitua uma ferramenta moral inequivocamente útil para orientar as tomadas de decisões na prática assistencial, vem demonstrando, segundo alguns autores, insuficiência para dirimir dúvidas nos casos clínicos mais específicos e complexos à beira do leito (SIQUEIRA E ZOBOLI, 1994). Segundo, porque outros métodos também oriundos de países anglo-saxónicos, os quais, fomentados a partir de um caráter mais pragmático e procedimental de pensar a bioética clínica, não compreenderiam de maneira adequada as questões mais específicas de uma cultura latina.

Neste prisma, o professor Gracia, depois de estudar humanidades médicas em Bioética em escolas de excelência como Hastings Center, em Nova Iorque, Kennedy Institute, na Universidade de Georgetown, em Washington, e na Albert Jones, em São Francisco, retorna à Espanha com a clara ideia de como a bioética era vista na América do Norte, e da necessidade de reescrevê-la de forma que se adaptasse a matriz cultural de seu país de origem. Em 1989, o professor escreve o resultado desse trabalho em *Fundamentos da Bioética*, no qual fala sobre a história da bioética e da diversidade da Ética Médica em culturas distintas. O seu trabalho impulsionou o debate do tema na Europa, e posteriormente em países latino americanos, cujos autores despertavam-se sobre a importância das prioridades éticas serem estabelecidas nos próprios países, segundo as respectivas condições históricas, econômicas, tradições culturais, e crenças religiosas, embora admitam que existam regras gerais compatíveis à singularidade de contextos. Para além, a literatura latina é animada pela necessidade de se reescrever uma bioética que abarque tanto procedimento quanto fundamentação filosófica como duas faces do mesmo fenômeno, portanto indissociáveis. Nas palavras de Léo Pessini

(2009, p.20), teólogo e bioeticista brasileiro: “Pobre procedimento aquele que não está bem fundamentado e pobre fundamento o que não dá como resultado um procedimento ágil e correto”. O autor cita Diego Gracia como defensor da tese de que não é possível resolver problemas de procedimento sem abordar as questões de fundamentação, de forma que sua bioética clínica aposta para uma integração das duas tradições.

É importante salientar que Gracia defende que na ética médica não se deve iniciar estabelecendo grandes princípios, mas sim pelo estudo dos casos concretos, logo, toda tomada de decisão tem como ponto de partida a história clínica; outrossim, considera que a ética clínica não pode ser entendida como mera aplicação dos princípios estabelecidos pela bioética fundamental (GRACIA, 2008). Para o autor, a bioética torna-se disciplina médica à medida que analisa as dimensões morais do julgamento clínico.

Para Gracia (1991), na bioética clínica, o ‘problema ético’ é um caso em que concorrem valores e deveres igualmente obrigatórios e os profissionais não sabem como agir. Os conflitos de valores, as tensões e os fatos que circulam no contexto da relação clínica necessitam chegar a decisões compartilhadas e à corresponsabilização do processo saúde-doença. De forma que a qualidade da prática clínica depende da qualidade da deliberação para a tomada de decisão, especialmente, porque esta ocorre em condições incerteza – e, dessa forma, não pode ser exata, mas responsável, prudente, provável, passível de revisão e apropriada para a realidade concreta dos casos.

É importante salientar que, na bioética clínica, a prudência evidencia-se na capacidade de valorar o que está envolvido no caso clínico. Para o professor, nenhum método pode prometer a resposta certa ou verdadeira para tomada de decisão, mas sim, apontar para soluções prudentes. Para a construção do seu método Gracia supera os conceitos de ‘certo’ e ‘errado’, e, ao contrário de muitos modelos, não considera os problemas éticos como dilemas, que, a seu ver, apenas nos apontariam para decisões polarizadas após a ponderação de argumentos ‘prós’ e ‘contras’ com vistas a uma resolução mais provável de ser a correta. Para ele nenhum conflito ético pode ser passível de cálculos de probabilidade. Ao invés, o professor entende que os problemas éticos possuem saídas morais, que formam um leque de possíveis soluções. Nos seus extremos, encontram-se as soluções que visam um dos valores em conflito e que acabam por excluir um ao outro. Pois, é no espaço entre esses dois pólos opostos que

existem as saídas prudentes que concretizam ao máximo tais valores em conflito ou os lesam o menos possível.

Podemos exemplificar de modo abrangente o que provavelmente é o início de muitas situações eticamente conflitivas na clínica. De um lado extremo encontra-se os valores da ‘vida’ e da ‘saúde’ que os médicos tradicionalmente optam por preservar, enquanto do outro, temos o ‘respeito à vontade do paciente’. Entre essas soluções extremas há cursos de ação intermédios, e dentre eles estarão as soluções prudentes, ou os denominados ‘cursos ótimos’.

O principal recurso disposto na deliberação são as diferentes perspectivas da realidade, é dizer, faz-se mister que os profissionais de saúde pensem em conjunto, compartilhem suas diferentes percepções, colocando em diálogo diversos sentidos morais.

O processo deliberativo possui um itinerário que inclui o encadeamento de fatos, valores e deveres implicados nos problemas éticos. A saber:

Primeiramente há que se deliberar sobre os factos, esse inclui:

- 1) A apresentação do caso clínico com a apresentação de dados sobre a condição social, familiar, cultural, educacional, religiosa do paciente. Aqui se exploram os factos da história clínica com ênfase nos aspectos éticos.
- 2) O esclarecimento dos factos do caso onde membros da comissão de bioética auxiliam na compreensão de pontos que ficaram ainda pouco claros ou que ainda não foram colocados em questão.

A deliberação sobre os valores constitui-se:

- 3) Identificação dos problemas éticos onde são listados os problemas morais percebidos no caso por meio de perguntas abertas.
- 4) Indicação do problema ético fundamental.
- 5) Identificação dos valores em conflitos.

A deliberação sobre os deveres inclui:

- 6) Identificação dos cursos de ação extremos, ou seja, as alternativas polarizadas de solução para o caso que devem ser evitadas.
- 7) Identificação dos cursos de ação intermédios.

- 8) Identificação do curso de ação ótimo, que realiza ao máximo, ou prejudica o menos possível, todos os valores que estão envolvidos no conflito em questão. Para tal é necessária a comparação das opções dos cursos de ação intermédios. Essa fase é o momento moral propriamente dito.

A deliberação sobre as responsabilidades:

- 9) Aplicação das provas de consistência onde se submete o ‘curso ótimo’ á comprovação por meio das provas de legalidade, publicidade e temporalidade. Segundo Zoboli: “A prova do tempo é um exercício mental para verificar se a decisão não está sendo precipitada, impulsiva ou excessivamente movida pelas emoções. A prova da legalidade lembra que há decisões morais que são ilegais. A prova da publicidade visa verificar se a decisão goza de argumentação pública, responsável e justa. A decisão mais prudente é a que passa pelas três provas” (Zoboli, 2013, p.395).
- 10) Decisão final, a comissão indica quais são os caminhos prudentes para resolução do problema ético, e os profissionais envolvidos no caso decidem se acatam ou não o resultado da deliberação.

A deliberação tornou-se importante instrumental da bioética clínica, todavia, para Zoboli, (2016) o que faz com que o método funcione melhor não é determinado por ele em si, mas antes pela capacidade das pessoas o utilizarem para além de uma maneira mecânica sempre levando em consideração a complexidade e especificidade de cada caso para que ao final se possa chegar numa resolução prudente e responsável.

Assim, devemos entender o procedimento deliberativo como “um recurso para ajudar a ordenação das discussões em torno de problemas éticos, por meio de passos sequenciais, que requer da equipa de saúde o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de equacionamento moral e maturidade emocional e psíquica dos envolvidos, profissionais e usuários” (Zoboli, 2016, p.166).

1.2.1.2. Do paradigma do curar para o paradigma do cuidado

Retomando as raízes da bioética, Potter (1988) já anunciava o extraordinário crescimento da medicina tecnológica que vinha sendo desacompanhado de

imprescindível reflexão ética. E porque para ele era inequívoca a reflexão sobre o uso adequado dos novos aparatos biomédicos, chegou a sugerir critérios sobre quando não utilizá-los em tomadas de decisões clínicas nos cuidados prestados a pacientes acometidos por enfermidades terminais.

Podemos conferir que uma gama de estudiosos do campo biomédico são atentos a mesma preocupação, nas palavras de Júlio de Mello Filho (2006):

“O conhecimento da dimensão biológica é fundamental no estudo do homem sadio e doente e o médico precisa conhecer toda a nova tecnologia de ponta a sua disposição, a vasta extensão da moderna terapêutica, os recursos terapêuticos extraordinários – CTI, manobras de ressuscitação, cirurgias extensas, métodos dialíticos, uso de transplantes, etc. – bem como a iatrogenia decorrentes desses métodos” (p. 112).

A forma adequada de utilização da tecnologia biomédica disponível chama a responsabilidade e a reflexão do médico de que o tratamento precisa alcançar outros valores para além da cura, e que, portanto, é necessário considerar a qualidade de vida e a dignidade na morte a partir dos significados que os próprios pacientes lhes atribuem nesse processo.

Leo Pessini (2016) compreende o paradigma da cura no uso do poder da tecnologia biomédica para prolongar com meios de suporte artificiais a vida do paciente independente da qualidade de vida. Sobre o paradigma do cuidado o teólogo diz que quando a terapia médica não consegue mais alcançar os objetivos de resguardar a saúde e minimizar o sofrimento, o profissional passa a ter a obrigação de impedir procedimentos desnecessários, e iniciar os esforços no sentido de amenizar o desconforto de morrer.

É interessante que possamos compreender a transição de um paradigma para o outro consonante a superação da concepção de doença em sua forma abstrata para o tratamento da pessoa do paciente. Superação imperiosa que Perestrello (1974) desenvolve com brilhantismo em *Medicina da Pessoa*, argumentando a necessidade do profissional compreender o paciente em sua totalidade, possuidor de uma biografia indissociável do seu processo singular de saúde-doença.

Tal compreensão, da pessoa do paciente, não deve depender dos limites das possibilidades terapêuticas, antes, deve acima de tudo ser incondicional, pois mesmo quando não se pode curar a pessoa do paciente, o profissional de saúde, ainda assim, será agente ativo na promoção de seus cuidados até seu final de vida. E o entendimento dos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais do paciente o guiará aos melhores meios para fazê-lo.

Podemos concluir que os cuidados paliativos são uma expressão mais clara da transformação da prática da medicina do curar para a do cuidado, embora essa transformação deva abarcar a prática médica como um todo. Sobre esta transição paradigmática Eksterman (2006) diz que, convulsionada por crises, nossa atualidade é marcada por um retorno ao humanismo, é dizer, que a Medicina volta-se para suas origens hipocráticas num esforço de reparação daquilo que relegou por muito tempo, a humanidade do homem.

1.3. Cuidados Paliativos

Raízes históricas

O atendimento aos doentes sem possibilidades terapêuticas curativas datam desde a Antiguidade. Os primeiros registos sobre a origem do *hospice* remontam ao século IV da era cristã. Naquele período, o *hospitium* era um lugar de hospitalidade e assistência aos necessitados. Essa ênfase, segundo Pessini (2014), é central para a medicina paliativa até hoje. Posteriormente, baseada na misericórdia cristã, a Igreja assume os cuidados dos pobres e doentes, fato que sucedeu até a Idade Média.

O primeiro *hospice* dedicado especificamente para os moribundos foi fundado provavelmente em Lyon, no ano de 1842, por madame Jeanne Garnier. Na Grã-Bretanha, o *St. Joseph Hospice*, em Hackney, foi fundado em 1905, pela madre Mary Aikenhead da Ordem das Irmãs Irlandesas da Caridade. Madre Mary era contemporânea de Florence Nightingale, por sua vez, fundadora do *Our Lady's Hospice*, em Dublin, em 1846, o qual denominou de *hospice* por analogia às hospedarias para descanso dos viajantes na Idade Média. Ao longo do mesmo período foram abertos outros *hospices* em Londres, dentre eles o *St. Columba*, em 1885, e o *St. Luke's*, em 1893, o único

fundado por um médico, o Dr. Howard Barret, para acolher pobres moribundos. (Foucault *apud* Pessini, 2014; p. 183).

Em Inglaterra, no ano de 1967, é criado o St. Christopher Hospice, por obra de Cecily Saunders, uma assistente social que prestava cuidados aos pacientes em fase final de vida no hospital de St. Thomas, em Londres. O início deste projeto foi marcado pelo encontro, em 1948, de Saunders com David Tasma, um refugiado polonês da segunda guerra que falecia de cancro. Nas suas conversas discutiam sobre que tipo de instituição poderia atender melhor as necessidades de doentes como ele; além do alívio da dor, Tasma “desejava a presença de alguém que o tratasse como pessoa”. No final da sua vida, ele deixa a Saunders uma determinada quantia como doação para a construção desta nova instituição (PESSINI, 2014).

Até o ano da fundação de *St. Christopher Hospice Cecily Saunders* trabalha como enfermeira voluntária na casa St. Luke, onde aprende a administrar opioides fortes por via oral para o alívio da dor severa do cancro; se forma em medicina e se converte na primeira médica de tempo integral no *St. Joseph Hospice* onde implementa o uso regular de analgésicos orais em horários pré-estabelecidos em detrimento do uso das injeções sob pedido; acompanha mais de mil pacientes, analisando suas experiências dolorosas e tratando-as farmacologicamente, bem como com apoio sociopsicológico e espiritual. (PESSINI, 2014) Por fim, Cecily Saunders, considerada pioneira nos cuidados paliativos, cria o *St. Christopher Hospice* o qual se transformou num modelo de assistência, pesquisa e ensino no cuidado dos pacientes em final de vida e suas famílias.

O movimento por um melhor tratamento para os moribundos não tardou em se expandir. Em 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda, e dois anos mais tarde o Reino Unido torna-se o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica definida como: “o estudo e controlo de pacientes com doença ativa e progressiva em fase avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida” (Saunders, Baines, Dunlop, 1995, p.2).

Conceito e filosofia dos Cuidados Paliativos

O termo paliativo deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa coberta ou manto. Segundo Pessini (2014) o termo implica um enfoque holístico, que considera

não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais.

A medicina paliativa surge ao longo do tempo como resultado de amplas transformações nas relações sociais e nas representações do processo de morte e do morrer, bem como em decorrência de transformações inerentes ao campo médico (MENEZES, 2004); ademais, o seu desenvolvimento decorre em grande parte como resultado do trabalho de Cecily Saunders nos *hospices* – onde o centro de interesse se desloca da doença para o paciente e seus familiares, do processo patológico para a pessoa do doente.

Cecily, ao descrever o sofrimento das pessoas com doença terminal, identificou quatro elementos que compõem o que ela denominou “dor total”, ou seja: dor física, psicológica (emocional), social e espiritual. Reconheceu que nosso dever como profissionais de saúde “pressupõe a utilização de todas as nossas habilidades no cuidado das pessoas, no sentido de aliviar o seu sofrimento, assisti-las no aprimoramento de sua qualidade de vida e concentração no viver antes que no morrer, como um dever cristão” (McCoughlan, 2014, p.169).

A medicina paliativa afirma a vida e reconhece a morte como processo natural do viver; de forma que não busca adiar nem tampouco acelerar a morte. Ela se desenvolve como reação à medicina moderna expressivamente tecnicizada, embora não se oponha a utilização das tecnologias biomédicas, mas, antes preconiza a prudência na sua utilização.

Os cuidados paliativos (CP) não são uma medicina de protocolo, e sim de princípios. Ele nasce a partir de uma nova forma de pensar o valor da vida, e a condição humana diante da morte. Implica uma “espécie de *Gestalt switch* (salto gestáltico), ou seja, um salto de perspectiva, que obriga-nos a redescrever as situações e a rever a realidade de maneira diferente da visão tradicional.” (Maurizio Mori, 2006, p.26). Atualmente, vasta literatura, concorda que os CP são uma opção moral e ética, contra o sofrimento de sintomas refratários, à luz de valores como qualidade de vida, solidariedade, dignidade, e respeito às demandas reais da pessoa. O que faz dele, além de uma terapêutica que exige profundo conhecimento técnico, uma prática que exige competências éticas e empáticas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CP constituem uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes (adultos e crianças) e os seus

familiares, quando confrontados com problemas inerentes a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Têm como objetivo prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, seja de ordem física, psicológica ou espiritual (OMS, 2002).

Ainda segundo a OMS (2002) os princípios que regem a atuação multiprofissional nos CP são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao doente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o doente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos doentes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

As habilidades usadas nos cuidados paliativos acompanham todo o percurso da doença: diagnóstico, tratamento, sobrevivência, e terminalidade. Atualmente, considera-se que seu início deve ser dado o mais precocemente possível, mesmo no momento que antecede o diagnóstico, como função terapêutica redutora de riscos frente às múltiplas respostas emocionais que o paciente possa apresentar. Os CP atingem a sua maior eficácia quando considerados numa fase preliminar no curso da doença. A sua introdução precoce não só melhora a qualidade de vida dos doentes, mas também reduz internamentos e uso de serviços de saúde desnecessários (OMS, 2015).

“É hoje internacionalmente reconhecido que, quando aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares. Para além disso, os CP diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuem os custos em saúde” (COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017).

Embora tenha inicialmente sido concebido pela OMS, em 1990, como um modelo focado no prognóstico, e voltado para a assistência integral aos doentes oncológicos, atualmente os cuidados paliativos constituem um modelo focado nas

necessidades, e são dirigidos a um amplo leque de situações complexas de saúde, acompanhadas de descontrolo sintomático.

A maior parte dos adultos que necessita de CP padece de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), HIV (5,7%) e diabetes (4,6%). Acrescenta-se, além disso, outras condições, como por exemplo, insuficiência renal, doença crónica do fígado, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatóide, doenças neurológicas, demência, entre outras (OMS, 2015).

O aumento do envelhecimento, das doenças crónicas irreversíveis e da morbilidade/mortalidade a elas associadas, evidenciam que os CP respondem mais adequadamente, quando comparada a outras áreas médicas, às necessidades dos doentes, que pela impossibilidade curativa, possuem sofrimentos associados a estas mesmas doenças. A condição destes pacientes demanda uma terapêutica voltada para o reajustamento da qualidade vida, a qual a definição assumida pela OMS diz respeito à “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Trata-se de um conceito amplo e complexo que incorpora a saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, e a relação com aspetos salientes do ambiente em que vive (FLECK, 2000).

Os Cuidados Paliativos na Europa e em Portugal

Podemos citar dois eventos significativos para o início do desenvolvimento dos CP na Europa, a saber, a publicação de um livreto da OMS, em 1986, chamando atenção para a dor oncológica e o aumento do uso de opioides; e a realização do primeiro Congresso Internacional sobre dor oncológica, organizado em Milão, pela iniciativa do Professor Vittorio Ventafridda e da Fundação Floriani (CONNO, BLUMHUBER, & ROCAFORT, 2006).

Posteriormente, a Fundação Floriani, da qual o professor Vittorio era o diretor científico, promoveu e apoiou a criação da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), em 1988, com o objetivo de aumentar a sensibilização, promover o desenvolvimento, e divulgar as medidas paliativas de cuidado a nível científico, clínico e social (CONNO, BLUMHUBER, & ROCAFORT, 2006; OMS, 2004).

Embora a filosofia dos cuidados paliativos esteja amplamente difundida, a sua implementação varia consideravelmente entre os países da Europa, assumindo diferentes tipos de assistência, como mostra o Atlas da EAPC, elaborado com base em informação colhida em 2013.

A Inglaterra mantém-se líder no desenvolvimento dos CP na Europa, pelo número de serviços oferecidos, elevados padrões de qualidade, e também pela investigação realizada. Foi o primeiro país a reconhecer a Medicina Paliativa como uma especialidade e destaca-se como um dos melhores centros de estudo quer na área da medicina como de enfermagem (MARTIN-MORENO ET AL., 2008). O Reino Unido, a Bélgica e a França apresentam-se como os países com a melhor taxa de serviços à população, precursores do modelo de equipas móveis e equipas de suporte intrahospitalar os quais foram extensamente adotados em outros países da Europa. (CENTENO ET AL., 2007). Segundo o relatório da EAPC (2013) o número total de serviços de CP situava-se entre os 4 a 8 serviços por milhão de habitantes.

O primeiro registo da utilização de uma abordagem paliativa em Portugal remonta ao séc. XVI, período em que o médico Amato Lusitano aconselhava, aos seus doentes incuráveis, tratamentos com a finalidade de aliviar os sintomas. Todavia os CP tal como conhecemos atualmente se iniciaram em Portugal na década de 90, sendo relativamente recente na história nacional.

Em 1992, foi criada uma unidade de tratamento da dor crónica dentro do hospital na cidade de Fundão, no centro de Portugal, a qual posteriormente se transformou no departamento de medicina paliativa do Hospital. Posteriormente, em 1995 surgiu a APCP (então denominada Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos), uma associação de profissionais de múltiplas áreas da saúde, focados no desenvolvimento e prática dos CP. Em 1994 e 1996, iniciaram-se serviços de CP no Porto e Odivelas, respetivamente; e no ano de 2001, foi aberto em Coimbra o serviço no Instituto Português de Oncologia (NETO, 2010).

No ano de 2001 realizou-se em Tomar o 1º Congresso Nacional de CP (que conta já com oito edições) e em 2011 realizou-se em Lisboa o 12th EAPC *Congress* o qual reuniu mais de 2000 congressistas.

Em 2002-2003 surge o primeiro curso de mestrado em CP do país, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), na sequência dos primeiros cursos pós-graduados em CP desta Faculdade (em 2000 e 2001).

Em 2004, a Direção-Geral de Saúde (DGS) emite o primeiro Programa Nacional de CP (2004-2010), tendo sido emitido outro Programa Nacional em 2010.

Em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), responsável por assegurar a “cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”. A RNCCI contribuiu exponencialmente para o crescimento das estruturas de CP em Portugal.

No ano de 2009-2010 é criado o curso de mestrado em CP na Universidade do Porto, oferecido pela Faculdade de Medicina.

Em 5 de setembro de 2012, pela publicação da Lei 52/2012, é criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde”. A coordenação da RNCP, a nível nacional, é assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), a quem compete elaborar e propor para aprovação da tutela os planos estratégicos para o desenvolvimento dos CP, com periodicidade bienal.

Em novembro de 2013, a Ordem dos Médicos aprovou a Competência em Medicina Paliativa. Também a Ordem dos Enfermeiros está a desenvolver a Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, tendo sido aprovados, em janeiro de 2014, os percursos formativos e os Padrões de Qualidade da referida especialidade.

Segundo a CNPC, no biénio 2017-2018, estima-se que em Portugal haja cerca de 71 500 a 85 000 doentes com necessidades paliativas. O cálculo baseia-se apenas na estatística da população residente em Portugal e no número de óbitos, segundo a metodologia definida por Murtagh e Higginson, para os quais, os registos de óbitos e as causas de morte são uma forma credível de avaliação das necessidades em países desenvolvidos, estimando que 69% a 82% dos que falecem necessitaram de CP.

De acordo com o *The 2015 Quality of Death Index*, documento publicado pelo Economist Intelligence Unit, Portugal estava em 24º no índice de qualidade de morte. Os critérios analisados foram o ambiente dos CP em particular e dos cuidados de saúde em geral; os recursos humanos; o preço e a qualidade dos cuidados paliativos; e o

envolvimento na comunidade em geral. (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

No final do ano de 2016, o Serviço Nacional de Saúde divulgou uma listagem com o número de serviços ativos em Portugal, constando: 26 Unidades de Cuidados Paliativos (Internamento); 35 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e 8 previstas para o ano de 2017; 19 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Portugal obteve considerável evolução no número de serviços oferecidos desde o ano de 2009 quando contava com apenas 18 equipas de CP em funcionamento (MARQUES ET AL., 2009).

Serviços

As Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) são equipas multidisciplinares que têm como finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, orientando no plano individual de intervenção ao doente. Estas equipas integram pelo menos profissionais das áreas da medicina, enfermagem e psicologia, todos eles com formação em cuidados paliativos, mas também podem integrar outros profissionais, para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade dos cuidados prestados o justifiquem (DIÁRIO DA REPUBLICA. DECRETO LEI nº101/2006).

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que prestam serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social ou outros, a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença. Estas pessoas terão que ter rede de suporte social, uma situação não requeira internamento, mas que não consigam deslocar-se de forma autónoma (Diário da República. Decreto Lei nº 101/2006).

Para além, os cuidados no domicílio, podem também ser prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), podendo para o efeito receberem apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos das ECSCP ou das EIHSCP (BERNARDO ET AL., 2016).

De acordo com a *European Association for Palliative Care* (EAPC), devem ser considerados pelo menos dois níveis de cuidados: a Abordagem Paliativa e os CP especializados. A Abordagem Paliativa deve ser transversal a todos os profissionais de saúde, é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades de ações paliativas, bem como intervenções que requerem uma agenda mais específica e organizada de tratamento. Deste modo, pretende-se integrar métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas, estratégias de comunicação, etc.), no acompanhamento dos doentes e famílias em todas as estruturas não especializadas em CP.

Já nos serviços em que a prevalência de pessoas com doença incurável e/ou ameaçadora da vida é alta, nomeadamente nas Equipas/Unidades da RNCCI, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e em alguns serviços hospitalares, os profissionais de saúde, ainda que não façam dos CP o foco principal da sua prática profissional, devem dispor de conhecimentos e competências em CP que vão para além do nível básico (COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017-2018).

Por fim, os CP especializados são prestados por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, desde o controlo de sintomas, comunicação, apoio ao luto, e sempre focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes (RADBRUCH ET AL., 2009).

1.4. Bioética e Cuidados Paliativos

A bioética clínica, em seu estágio embrionário, tomava forma a partir do progresso tecnológico no campo das ciências biomédicas que atribuía novas responsabilidades aos profissionais de saúde e gerava novas reflexões em uma sociedade democrática onde emergia um paciente cada vez mais ciente de seus direitos, moralmente crítico e desejoso de autonomia. É diante desse quadro geral que a bioética clínica invariavelmente destaca a relação profissional de saúde-paciente.

O limite da possibilidade terapêutica curativa não impõe o fim da relação profissional de saúde-paciente. Neste contexto emerge a “essência da ética da relação, um dos mecanismos de regulação das relações sociais dos indivíduos que tem como objetivo garantir a coesão social e harmonizar os interesses individuais e coletivos” (Chaves *et al*, 2011, p.253). Os conflitos éticos se configuram pela concorrência de valores igualmente importantes numa determinada situação e que, no campo da

medicina, se dramatizam na relação clínica. A competência do profissional de saúde não termina na deontologia e no conhecimento técnico, para além também é ética e humanística. Assim, torna-se imprescindível a reflexão acerca dos princípios sobre os quais basearemos a nossa prática; é este comprometimento ético nas ações em saúde o propósito da bioética.

Segundo Fabriz (2003), ainda que o direito à vida constitua prerrogativa inviolável, deve ser sempre considerado à luz do princípio da dignidade da pessoa humana: “se a vida é um pressuposto fundamental, premissa maior, a dignidade se absolutiza em razão de uma vida que somente é significativa, se digna” (Fabriz, 2003, p. 276).

A principal distinção ética observada nos cuidados paliativos se dá no acompanhamento à pessoa em seu processo de finitude, com o objetivo de manter sua dignidade e aliviar-lhe o sofrimento e a dor no fim da vida (SILVA, AMARAL, MALAGUTTI, 2013). Ainda, segundo Pessine e Bertachini (2014), “o desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida, para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico hospitalar, ampliando o horizonte e integrando a dimensão sociorrelacional” (Pessine e Bertachini, 2014, p.6). As definições da OMS estabelecem princípios importantes por reconhecer que os cuidados paliativos têm como prioridade o valor da dignidade do indivíduo, ou seja, considera a pessoa em sua integralidade.

Atualmente a abordagem sobejamente reconhecida para a preservação da dignidade é a Principiologia de Tom Beauchamp e James Childress. A obra representa “a primeira tentativa bem-sucedida de instrumentalizar os dilemas relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença, considerando a abordagem ao paciente e as decisões a serem tomadas em relação a sua situação” (Diniz e Guilhem, 2002, p.38).

De acordo com Maia (2000), deverão ser cinco os princípios éticos que fundamentam a medicina paliativa: veracidade; proporcionalidade terapêutica; duplo efeito; prevenção; o não abandono e o tratamento da dor. Veremos que na sua matriz estão os inalienáveis princípios bioéticos da Principiologia.

Respeito ao princípio da autonomia: é o de maior relevância para a bioética, pressupondo que, para o exercício das moralidades, é necessária a existência da pessoa autônoma. Gênese da construção da dignidade humana, a “autonomia pressupõe o

princípio lapidar da liberdade de escolha”, e “é uma vitória das sociedades democráticas e plurais que defendem o ideal de que a cidadania se exerce com um profundo sentido ético de responsabilidade, e, portanto é uma conquista civilizacional” (NUNES, 2011). Este princípio também alcança os pacientes que se deparam com a própria finitude; neste sentido os CP comprometem-se com o princípio da veracidade, o respeito constante à verdade. Fundamentado nas relações de confiança interpessoais, significa dizer a verdade diagnóstica ao paciente, a comunicação franca e clara a respeito das alternativas terapêuticas, portanto, possibilitando a participação concreta de pacientes e familiares nas tomadas de decisões compartilhadas, incentivando, respeitando e protegendo a vontade do paciente sobre os tratamentos que gostaria ou não de receber.

Beneficência: do latim *bonum facere*, significa literalmente caridade, fazer e promover o bem. Embora possa evocar a ideia de paternalismo médico, não se sobrepõe a autonomia, antes, sua função é protetora da saúde do paciente. Com efeito, os CP fazem o bem enquanto promoção da qualidade de vida. Ademais, empregam o princípio da proporcionalidade terapêutica, qual critério se sustenta na obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas em relação proporcional aos resultados esperados, ou seja, as intervenções devem ser medidas pelos seus riscos e benefícios, a utilidade ou inutilidade, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica. Assim, evita-se a futilidade e obstinação terapêutica que prolongaria a vida a custo de maiores sofrimentos, utilizando de forma prudente as tecnologias biomédicas.

Não maleficência: significa acima de tudo não fazer o mal, atuar no sentido da prevenção e remoção de situações prejudiciais. Deste princípio deriva a regra ética do duplo efeito, empregada nos CP, a qual se refere à permissibilidade de ações das quais dois efeitos seguem-se simultaneamente, sendo um bom e outro mau; logo, ações que possuem “duplo efeito”, de forma que um dano é moralmente tolerável apenas quando como efeito indesejado de uma primeira ação que visa diretamente um bem que é maior ou pelo menos proporcional as consequências negativas. Ademais, podemos considerar outro princípio próprio dos CP que corresponde ao da não maleficência, é dizer, o princípio da prevenção, no qual “prever as possíveis complicações e/ou os sintomas que com maior frequência se apresentam na evolução de determinada condição clínica é parte da responsabilidade médica de implementar as medidas necessárias para prevenir

tais complicações e aconselhar oportunamente os familiares sobre os melhores cursos de ação a seguir” (Chaves *et al*, 2009, p.253).

Justiça: diz respeito à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais. O acesso aos CP de qualidade é direito de todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em território nacional, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto. Para além, os CP respondem ao princípio da equidade uma vez que oferece a cada um, em sua condição particular, aquilo o que necessita. Com efeito, o princípio do tratamento da dor oferece cuidados que abarcam todas as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Já o princípio do não abandono defende o direito ao tratamento mesmo quando o paciente se recusa a se submeter à determinada terapia considerada mais adequada pelos profissionais de saúde, defende também o direito ao cuidado do paciente no local de sua preferência, trabalhando na atenção e promoção dos meios para a adequação do ambiente às necessidades reais da qualidade de vida dos doentes. Por fim, integra nos seus cuidados familiares e comunidade.

Podemos concluir que os CP têm como objetivo humanizar o final de vida, proporcionar ao doente a melhor qualidade de vida possível e dignidade em todo percurso da doença. Seus princípios se inserem plenamente no âmbito da reflexão ética, articulam e satisfazem os quatro princípios fundamentais da bioética, pela inclusão da dimensão humana dos pacientes no seu tratamento, da procura da dimensão ética no uso das novas tecnologias biomédicas, da humanização do ambiente hospitalar, da promoção dos direitos, da autonomia e de uma morte digna.

2. Objetivo

Analisar os dilemas éticos em cuidados paliativos reconhecidos pelos profissionais de saúde pós-graduados em Cuidados Paliativos pela FMUP.

3. Metodologia

Desenho

Trata-se de um estudo transversal (exploratório quantitativo) que utilizou um questionário estruturado, autoaplicado através da ferramenta *Google Docs*. A carta

convite foi enviada por *e-mail* juntamente com o consentimento informado e o questionário. O questionário ficou disponível durante 30 dias, entre o período de 26 de Junho de 2019 a 26 de Julho de 2019. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética.

Amostra

O estudo inclui os profissionais de saúde do curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos pela FMUP dos anos de 2016, 2017 e 2018, constituindo-se num total de 105 potenciais respondedores, dos quais 32 responderam efetivamente. Os dados recolhidos não possuem qualquer tipo de identificação dos participantes.

Questionário

Foi utilizado um inquérito adaptado do questionário validado e desenvolvido por Ah-Hsuan Chih *et al* (2016), o qual foi concebido a partir de revisão de literatura, no campo dos Cuidados Paliativos, por cinco profissionais especialista em saúde, incluindo médicos e enfermeiros supervisores. A opinião do júri para o painel ajudou a determinar a validade de conteúdo do questionário.

Cada item foi avaliado em uma escala de 1 (low) a 5 (high) para aplicabilidade e relevância para a prática clínica. Apenas itens com classificação de pelo menos 4 e desvio padrão < 1 foram adotados. O questionário final teve 20 questões que foram agrupados em 4 domínios por análise fatorial, e o coeficiente de Cronbach foi de 0,898.

No presente estudo, este questionário foi administrado em seu formato original, na língua inglesa, de forma que na apresentação foi referida a necessidade do respondente compreender bem o inglês.

O questionário é composto por 4 partes. A primeira contém a informação ao participante, seguida do consentimento informado. A terceira parte inclui as características demográficas da amostra: idade, género, país de origem, religião, ano de ingresso na pós-graduação em cuidados paliativos, curso (mestrado, doutoramento, ou pós-graduação sem obtenção de grau), profissão, atuação profissional em equipa de cuidados paliativos (comunitária, hospitalar, ou sem experiência), experiência clínica em cuidados paliativos (<1 ano, 1-5 anos, ou >5 anos) e experiência pessoal de familiar ou amigo no âmbito dos cuidados paliativos. A quarta parte do questionário pesquisou a "frequência" e a "dificuldade" encontradas pelos profissionais de saúde, em 20 dilemas éticos, de acordo com sua experiência e percepção. O sistema de pontuação para a

"escala de frequência" foi uma escala Likert de 5 pontos que variou de "never encountered" (0) a "at least once per week" (4). A "escala de dificuldade" variou de "not at all" (1) a "extremely difficult" (5). As medidas para os dilemas éticos foram reconstruídas de acordo com quatro domínios: "goal of care", "clinical management", "communication" e "resources allocation". As questões relacionadas com os dilemas foram apresentadas aos inquiridos em inglês para evitar o viés de tradução.

Análise Estatística

O *software* SPSS versão 26 foi utilizado para a análise estatística descritiva. Com base no questionário original, de Ah-Hsuan Chih et al (2016), os *scores* da "escala de frequência" e da "escala de dificuldade" em cada item foram multiplicados para obter um *score* de "dilema ético". A média do "score de dilema ético" foi calculada multiplicando-se os *scores* médios da "escala de frequência" e "escala de dificuldade" em cada domínio. O valor da média do "score do dilema ético" é tanto maior quanto maior a frequência e/ou a dificuldade encontradas pelos profissionais e saúde face ao respectivo dilema. Tal como no estudo original, ambos os *scores* foram calculados para a amostra global e para determinados grupos profissionais (médicos, enfermeiros e psicólogos), entretanto foi acrescentado no presente estudo o cálculo de *scores* para ausência ou experiência profissional em equipa de cuidados paliativos. Foi realizado um *ranking* dos *scores*, isto é, uma seriação decrescente dos valores da média dos "scores de dilema ético", dos quais os cinco primeiros mereceram uma reflexão crítica através de revisão de literatura.

Os resultados obtidos foram organizados em formato de tabela (1 a 5), tal como o modelo do estudo original. De forma a evitar uma possível não compreensão, logo que o questionário foi aplicado em inglês, as tabelas apresentam os respectivos conteúdos também na mesma língua.

4. Resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

O inquérito foi enviado para 105 profissionais de saúde. A taxa de resposta foi de 30,5% (n=32). A idade média dos respondedores é de 35 anos; 87,5% (n=28) são do género feminino; 84,4% (n=27) são portugueses; 81,3% (n=26) são católicos; os profissionais dos anos 2017 e 2018 foram a maioria dos respondedores, 46,9% (n=15) vs 43,8% (n=14), respetivamente; 53,3% (n=18) ingressaram no curso de mestrado, enquanto 34,4% (n=11) no curso de doutoramento; 37,5% (n=12) são médicos, 25,5% (n=8) são enfermeiros, e 12,5% (n=4) são psicólogos; 50% (n=16) dos inquiridos já trabalharam numa equipa de cuidados paliativos, sendo a maioria em contexto hospitalar; 84,4% dos inquiridos afirmaram possuir experiência clínica em cuidados paliativos, ainda que não necessariamente inseridos numa equipa especializada, dos quais 37% (n=10) apresentam experiência superior a 5 anos; por fim, 68,8% (n=22) negaram haver tido alguma experiência pessoal com familiar ou amigo em contexto paliativo. (vide **8. Anexos**, gráficos de 1 a 11)

Caracterização da frequência e dificuldade dos dilemas éticos

Da análise global da amostra, os cinco dilemas éticos considerados mais difíceis e frequentes são: “*unrealistic desire of the patients for a full recovery*”, “*families concealing the truth from the patients*”, “*different goals of care from the patients’ expectations*”, “*explaining real disease progression to the patients*”, e por fim, “*insufficient manpower of the palliative team*”. (Tabela 1)

É interessante verificar que a pontuação mais alta dos *scores* médios foi observada nos domínios “*communication*” e “*goal of care*” (comunicação e objetivos de cuidado). Enquanto o *score* médio mais baixo foi encontrado no domínio “*clinical management*” (gestão clínica). (vide **8. Anexos**, gráficos de 12 a 31)

TABELA 1 – SCORES DOS DILEMAS ÉTICOS NA AMOSTRA GLOBAL.

Domain	Ethical Dilemma	Score	Rank
Goal of care	Different goals of care from the patients' expectations	8,53	3
	Frustration in guiding the desperate patients	7,62	10
	Unrealistic desire of the patients of full recovery	9,19	1
	Unable to accept death by the patients	7,31	11
	Poor symptom control in the patients	6,99	12
	Average score	7,93	8
Clinical management	Side effects of opioid	4,60	20
	Use of antimicrobial agents when infection	5,60	16
	Use of artificial nutrition when poor oral intake	6,68	13
	Blood transfusion when low haemoglobin	3,19	23
	Request for euthanasia by the patients	2,67	24
	Use of palliative sedation to reduce suffering	4,95	18
	Average score	4,62	19
Communication	The patient being unaware of the truth	8,11	7
	Making the decision to break bad news to the patients	7,83	9
	Explaining real disease progression to the patients	8,33	4
	Families concealing the truth from the patients	8,71	2
	Average score	8,25	6
Resources allocation	Patients' refusal to leave the hospital	3,89	21
	Families' refusal to leave the hospital	5,79	15
	Insufficient payment from the National Health Insurance	3,38	22
	Insufficient manpower of the palliative team	8,33	5
	Insufficient support from the hospital	6,21	14
	Average score	5,52	17

Caracterização dos dilemas éticos de acordo com a categoria profissional

Foram consideradas as três categorias profissionais percentualmente predominantes, nomeadamente, medicina, enfermagem e psicologia. No grupo dos médicos os dilemas éticos mais destacados foram: “*different goals of care from the patients' expectations*”, e “*insufficient manpower of the palliative team*”. Por sua vez, no grupo dos enfermeiros foram classificados como dilemas éticos mais importantes: “*insufficient support from the hospital*” e “*poor symptom control in the patients*”. Já no grupo dos psicólogos encontramos: “*the patients being unaware of the truth*” e “*families concealing the truth from the patients*”. (Tabela 2)

Considerando os *scores* médios, os profissionais de medicina obtiveram maior valor no domínio da comunicação, assim como em todos os itens deste domínio quando comparados às outras categorias profissionais; já os profissionais de enfermagem

pontuaram maior *score* médio no domínio dos objetivos de cuidado, enquanto os psicólogos no domínio da comunicação.

TABELA 2 – SCORES DOS DILEMAS ÉTICOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL. MD, MEDICAL DOCTOR. PSY, PSYCHOLOGIST.

Domain	Ethical Dilemma	MD score	Nurse score	Psy score
Goal of care	Different goals of care from the patients' expectations	11,10	6,75	6,00
	Frustration in guiding the desperate patients	6,50	7,73	5,68
	Unrealistic desire of the patients of full recovery	9,80	9,08	5,68
	Unable to accept death by the patients	9,13	5,25	6,50
	Poor symptom control in the patients	5,79	9,23	4,88
	Average score	8,46	7,61	5,75
Clinical management	Side effects of opioid	3,84	4,38	4,50
	Use of antimicrobial agents when infection	6,88	4,70	4,38
	Use of artificial nutrition when poor oral intake	7,50	4,70	3,34
	Blood transfusion when low haemoglobin	3,50	3,00	3,00
	Request for euthanasia by the patients	3,00	2,20	4,69
	Use of palliative sedation to reduce suffering	3,66	8,58	3,75
	Average score	4,73	3,81	3,94
Communication	The patient being unaware of the truth	9,35	6,26	7,50
	Making the decision to break bad news to the patients	7,80	5,69	7,00
	Explaining real disease progression to the patients	8,47	7,00	6,13
	Families concealing the truth from the patients	9,68	7,20	7,31
	Average score	8,83	6,54	6,99
Resources allocation	Patients' refusal to leave the hospital	4,35	4,32	2,75
	Families' refusal to leave the hospital	6,34	5,69	4,88
	Insufficient payment from the National Health Insurance	1,61	4,60	2,75
	Insufficient manpower of the palliative team	10,39	8,17	3,75
	Insufficient support from the hospital	5,03	10,67	3,44
	Average score	5,54	6,69	3,51

Caracterização dos dilemas éticos de acordo com a ausência ou experiência em equipa de CP

Foram considerados os dilemas éticos reconhecidos pelos profissionais de saúde de acordo com a experiência ou ausência dela em equipa de CP. A comunicação prevalece em ambas as categorias como o domínio de maior *score* médio. O grupo com experiência possui *scores* médios maiores em todos os outros domínios em comparação

com os profissionais sem experiência. Para além, contam disparidades em questões como “*different goals of care from the patients’ expectations*”, “*explaining real disease progression to the patients*”, “*families concealing the truth from the patients*”, “*families’ refusal to leave the hospital*”, e “*insufficient manpower of the palliative team*”. (Tabela 3)

TABELA 3 – SCORE DOS DILEMAS ÉTICOS DE ACORDO COM AUSÊNCIA OU EXPERIÊNCIA EM EQUIPA DE CP.

Domain	Ethical Dilemma	No experience score	Experience Score
Goal of care	Different goals of care from the patients’ expectations	6,92	10,25
	Frustration in guiding the desperate patients	6,66	8,54
	Unrealistic desire of the patients of full recovery	8,39	9,84
	Unable to accept death by the patients	6,08	8,60
	Poor symptom control in the patients	6,79	7,17
	Average score	6,96	8,88
Clinical management	Side effects of opioid	4,13	4,93
	Use of antimicrobial agents when infection	6,31	4,80
	Use of artificial nutrition when poor oral intake	6,31	6,88
	Blood transfusion when low haemoglobin	2,82	3,48
	Request for euthanasia by the patients	2,81	2,58
	Use of palliative sedation to reduce suffering	4,51	5,26
	Average score	4,48	4,66
Communication	The patient being unaware of the truth	7,33	8,86
	Making the decision to break bad news to the patients	7,12	8,55
	Explaining real disease progression to the patients	6,23	10,63
	Families concealing the truth from the patients	7,50	9,79
	Average score	7,05	9,46
Resources allocation	Patients’ refusal to leave the hospital	2,64	5,25
	Families’ refusal to leave the hospital	3,99	7,74
	Insufficient payment from the National Health Insurance	3,80	3,02
	Insufficient manpower of the palliative team	6,79	8,87
	Insufficient support from the hospital	6,34	6,00
	Average score	4,71	6,18

5. Discussão

Segundo Martins *et al* (1991, p.30) “os dilemas éticos em medicina dramatizam-se na relação médico-paciente”. Talvez a questão da assimetria da relação, ou melhor, das transformações pelas quais passa, sejam a primeira problemática encontrada pela equipa de profissionais de saúde nos casos considerados eticamente conflituosos.

No âmbito da tomada de decisões clínicas, historicamente prevaleceu a assimetria da relação médico-paciente. O saber técnico-científico do profissional de saúde sobrepunha-se de maneira irrestrita a passividade do paciente que acatava suas orientações. Enquanto entre os profissionais perseverava a tradição da obediência às normas deontológicas (LÁZARO E GRACIA, 2003).

Contudo, a consolidação dos direitos dos pacientes como usuários de serviços, no fim do séc. XX, desdobrou-se na tendência à horizontalização do relacionamento desses com a equipa de saúde. A partir do consentimento informado e do princípio da autonomia o médico passa a reconhecer o paciente como um adulto moral detentor de direitos. Ele agora deve informar o que é de direito do paciente, a respeito de seu diagnóstico, prognóstico, alternativas terapêuticas, riscos e benefícios. Trata-se de uma nova forma de relação médico-paciente, que se contrapõe ao antigo relacionamento paternalista, no qual o médico tomava para si a responsabilidade e decisão a respeito da terapêutica. Este modelo de relação simétrica Diego Gracia denomina de relação clínica deliberativa democrática (GRACIA, 2008).

“A relação clínica deliberativa é dinâmica e requer o estabelecimento da troca compreensiva de informações sobre a situação clínica e as diferentes alternativas, riscos e benefícios para lidar com esta, em um processo de deliberação conjunto que inclua a análise dos fatos, mas, principalmente, dos valores implicados. A qualidade da comunicação entre profissionais e usuários é determinante na criação de um ambiente de confiança que possibilita a deliberação e o compartilhamento de decisões, com corresponsabilização. Assim, é importante que os profissionais se empenhem para facilitar o diálogo, garantir liberdade de expressão, respeito à intimidade, escuta ativa, atitude empática, não fazer juízos de valor, ser assertivo, congruente entre o que se comunica e como se comunica” (ZOBOLI, 2016, p. 163).

Se antes o profissional assegurava nos seus deveres e direitos, baseados nos valores da vida e da saúde, até então, suficientes para nortear seus cursos terapêuticos, no cenário atual a autonomia do paciente causa novas reflexões e exigências de adaptações da prática médica, especialmente no que diz respeito a tomadas de decisões, que devem ser invariavelmente o resultado do princípio da beneficência complementado com o do respeito à autonomia. O que pode estar longe de constituir uma tarefa simples.

O novo modelo de relação médico-paciente exige do profissional um agir para além de seu saber técnico-científico, mas também social. Se o agir técnico dá conta do

diagnóstico, a seleção dos objetivos de cuidados depende da amálgama desses dois saberes. A transição de um modelo paternalista para uma relação clínica deliberativa democrática é profunda e complexa, com efeito, o processo do planejamento dos objetivos de cuidados pode ser, em muitas ocasiões, longo e conflituoso, pois, de acordo com Zoboli (2016, p.162), são necessários “ajustes de informação técnica apresentada pelos profissionais da equipa com os desejos e valores pessoais dos usuários”. A relação que anteriormente era caracterizada por um imobilismo moral transformou-se potencialmente numa relação clínica onde os dois pólos passam a ser ativos de um processo dialógico.

A decisão compartilhada pode ser geradora de ansiedade e angústia para os profissionais de saúde, uma vez que ela demanda a comunicação franca com o paciente. Almeida (2009, p.61) explica que por trás da atitude paternalista e do seu disfarce benevolente reside “a felicidade do médico, a supressão de sua própria inquietação e a evitação do seu próprio desconforto em ter que lidar com o assunto”. Dar um diagnóstico grave, um prognóstico reservado, discutir sobre os objetivos de cuidados e explicar a real progressão da doença para o paciente pode ser uma experiência difícil e desgastante, especialmente para o profissional que ainda não desenvolveu habilidades comunicacionais e competências necessárias para tal.

Uma vez estabelecido que o paciente possui o direito à informação e à participação nas decisões referentes ao seu tratamento, e que cabe ao médico a construção desse diálogo, a questão que agora submerge é como informar, ou melhor, como se comunicar. Se conseguirmos entender que a comunicação está para além do transferir informação, e que é, antes de tudo, marcada por um encontro onde se consegue entender o outro a partir de sua própria narrativa, poderemos, então, apreender mais facilmente a importância da relação profissional de saúde-paciente nos desdobramentos da conduta terapêutica e no próprio prognóstico do paciente. Neste prisma Eksterman (2006), compreende que, por médico-paciente formarem um todo indissociável, o destino da terapêutica está condicionado pelo conhecimento da dinâmica dessa relação e seus múltiplos aspectos.

Enfim, de uma prática, que anteriormente, isentava o profissional de saúde de uma relação dialógica com seus pacientes, para uma na qual é imprescindível o compromisso do diálogo como eixo condutor na tomada de decisões, podemos observar,

não infreqüentemente, uma lacuna no desenvolvimento de habilidades e competências sociais por parte dos profissionais de saúde.

Neste ponto ressaltamos a figura dos profissionais de saúde que se especializam em Cuidados Paliativos. A escolha por trazer as problemáticas referidas neste trabalho através de sua perspectiva justifica-se, não apenas por assinalarem dificuldades que também são transversais a outros profissionais de saúde, mas por constituírem-se no grande ‘objeto transacional’ dessas duas realidades de se fazer medicina. Realidades que sem dúvida se misturam no cenário atual, ainda com profundas características enraizadas em um tradicional modelo biomédico, porém, num contexto oxigenado pela mobilidade moral de uma sociedade pluralista e democrática.

Pois, é o profissional de saúde especializado em Cuidados Paliativos que nos revela sobre as dificuldades encontradas nessa nova relação clínica, as tensões e os conflitos que ela gera, sejam internos e/ou externos. É na sua figura que podemos observar diretamente a transformação da própria medicina, do paradigma da cura para o do cuidado, do paternalismo para o princípio do respeito à autonomia, da centralização da responsabilidade para a tomada de decisão compartilhada. Este novo profissional mostra-nos o passo a passo desse longo percurso, os impasses encontrados nesse processo, e aquilo que já avançamos e que precisamos avançar.

É necessário salientar que a filosofia dos CP, a cultura das diretivas antecipadas de vontade, e do testamento vital ainda são pouco disseminadas entre a população, de forma que, a equipa de profissionais de saúde, recorrentemente, se depara com pacientes e familiares que, até então, não haviam planejado, ou sequer pensado, sobre que cuidados de saúde gostariam de receber ou não face a um prognóstico reservado. Assim, a hipótese de uma terapêutica paliativa pode acometer tanto no doente quanto nos familiares um sentimento de abandono e desistência do caso, se neles persistir a ideia equivocada de que a morte significa o fracasso da vida e da medicina. De modo que, a opção entre um tratamento invasivo ou paliativo dependerá, primordialmente, dos valores atribuídos à qualidade de vida, dignidade na morte e do cuidado, por cada ator envolvido. A questão é que esses valores não estão em garantia de consonância. A discordância sobre os objetivos de cuidados pode dar-se entre médico-paciente; entre os membros da família (quando o paciente se encontra incapaz de autonomia), e mesmo em alguns casos entre os próprios membros da equipa.

As conversas sobre os objetivos de cuidados são de grande importância para a conscientização dos doentes e familiares a respeito do prognóstico e o real avanço da doença. Todavia, segundo Saiki *et al* (2017), a prática clínica do *goal of care* ainda não ocorre com a frequência necessária e/ou demonstra-se ineficaz para conduzir ao planejamento de cuidado avançado, e ao planejamento adequado para o atendimento no final da vida. Os seus estudos sobre as expectativas dos pacientes em relação ao tratamento oncológico revelam que os pacientes não compreendem o essencial das informações comunicadas pelos oncologistas; os resultados demonstraram que mais de dois terços dos pacientes com cancro do pulmão ou colorretal acreditavam que a sua quimioterapia paliativa, radioterapia e / ou cirurgia poderiam curá-los.

Os cuidados paliativos rotineiramente incluem discussões sobre os objetivos de cuidados como prática padrão. Todavia, devemos estar atentos para as falhas de comunicação na educação do paciente neste processo inicial, as quais podem comprometer seriamente a qualidade dos cuidados oferecidos, implicando tratamentos excessivamente agressivos e desproporcionais, mau controlo de sintomas, baixa qualidade de vida do paciente, além de angústia e sofrimento também por parte dos profissionais de saúde (SAIKI ET AL., 2017).

Embora todos os profissionais de saúde estejam indiretamente envolvidos nos objetivos de cuidado, são os profissionais médicos os primeiros e principais responsáveis por este planejamento juntamente com o paciente. Por estarem mais expostos a tais situações, justifica-se que tenham obtido *scores* mais elevados no dilema “*diferente goals of care from the patients’ expectations*” quando comparados aos outros profissionais. Acrescentamos, contudo, o quão frequente são os pacientes que já chegam aos serviços ou unidades de CP em fases muito avançadas da doença, não permitindo potencializar a prática do planejamento dos objetivos de cuidados.

Para além das dificuldades éticas encontradas no planejamento dos objetivos de cuidados, nomeadamente, as diferentes expectativas por parte do paciente, e do seu desejo irrealista por uma recuperação total, a problemática amplifica-se quando os familiares do paciente solicitam ao profissional de saúde que não revele a gravidade do diagnóstico/prognóstico ao próprio doente. Em tais circunstâncias, denominadas como “conspiração do silêncio” ou “cerco do silêncio”, o profissional de saúde pode encontrar-se dividido entre a sua consciência sobre o direito do paciente e o pedido do familiar. Entendendo ou não as razões por de trás deste pedido, o fato é que, o

profissional pode sentir como uma imposição à participação de uma farsa, gerando mal-estar, angústia e a quebra do princípio da confidencia, o que por sua vez, pode comprometer a comunicação franca sobre a real progressão da doença para o doente. Vale dizer que, comumente, essas solicitações têm como justificativa a vulnerabilidade física e fragilidade emocional que o familiar atribui ao paciente, e a crença de que a omissão da verdade reduziria o seu sofrimento frente à morte.

Segundo Costa Machado *et al* (2019), a conspiração do silêncio possui alta incidência na atualidade e provoca nocivas consequências, como a confabulação de negação da informação, resultando em mentiras piedosas, o sentimento de falta de honestidade por parte dos familiares o qual dificulta seu processo de luto pós a morte do ente querido, e o sentimento do próprio paciente de se sentir enganado e traído, sendo-lhe amputando todo potencial positivo da vivência do seu processo de despedida.

De acordo com Espinoza-Suárez, Zapata e Pérez (2017), a melhor forma de prevenir a conspiração do silêncio é ter por base uma comunicação eficaz desde o início da relação clínica, tanto com os pacientes quanto com os familiares; os profissionais de saúde devem, portanto, esclarecer que o paciente possui o direito à toda informação sobre seu diagnóstico, e possuem o dever de avaliar se esse deseja e como deseja saber a verdade de seu processo de doença, para que seja possível adaptar a informação em quantidade e qualidade segundo as capacidades emocionais do doente e seus familiares.

A comunicação sobre o prognóstico reservado, a irreversibilidade e o agravamento da doença, assim como o fim de vida são especialmente difíceis para os profissionais de saúde. Entretanto é importante que seja iniciada o mais precocemente possível, afim de que os pacientes e familiares tenham posse das informações necessárias para que possam melhor deliberar sobre suas escolhas a respeito dos tratamentos que querem ou não receber, assim como as escolhas no que tange a questões existenciais das suas próprias vidas.

A comunicação é fundamental em toda prática assistencial da saúde, constituindo uma importante ferramenta para o auxílio do paciente em lidar com o internamento e os tratamentos. Entretanto, o que a torna particular no contexto dos CP diz respeito à progressão da doença, à angustia, e aos medos acerca da morte.

De acordo com Carqueja (2018), quando confrontado com uma doença grave o psiquismo do ser humano apoia-se em 3 pilares, o vazio, a angústia e o tempo. O sofrimento, embora comum a todos as pessoas, é sentido de forma única por cada um.

Esta solidão é expressa, geralmente, sob a forma de tristeza. Cabe ao profissional de saúde, através da comunicação, desenvolver maneiras de dissolver estas barreiras de isolamento e solidão que envolvem o paciente, pois “independentemente da gravidade do seu estado, o doente manifesta continuamente desejos de comunicar, porque a comunicação associa-se, inconscientemente, a sentimentos de esperança, confiança e proteção” (Carqueja, 2018, p. 73).

A boa comunicação não depende apenas de boas intenções, mas implica princípios. Deve ser feita de modo a corresponder a não maleficência, a beneficência, e a respeitar a autonomia do paciente. Entretanto, quando não corresponde aos princípios, a comunicação pode ser iatropatogênica, ou seja, pode resultar numa ação danosa para os pacientes e familiares, seja física ou psicologicamente. A mera compreensão teórica destes termos tampouco é suficiente para garantir uma comunicação bem-sucedida. Neste sentido, Carqueja (2018, p.74) afirma que “o enquadramento clínico da comunicação deve ser desenvolvido segundo padrões de boa prática clínica admitidos pela investigação ou por consenso empírico”.

Atualmente dispomos de protocolos de comunicação no âmbito da saúde que auxiliam o profissional. Todavia a comunicação não pode ser plenamente apreendida e desenvolvida do mesmo modo como é ensinada a técnica. A comunicação é uma competência de significativa especificidade, no sentido em que envolve questões humanas e transversais a todos nós. Ela é, antes de tudo, uma relação, por isso implica o eu e o outro, e tudo aquilo que está para além do controlo técnico; em fim de vida, especialmente, existe um grande apelo ao “estar” e não apenas ao “fazer” dentro desta relação. Com efeito, os profissionais de saúde podem sentir-se pouco a vontade em lidar com seus próprios processos emocionais desencadeados na comunicação com o paciente, como: sentimento de impotência e fracasso, sentimento de culpa, receio de não saber o que dizer ao paciente, de lhe provocar mais sofrimento, receio de chorar e demonstrar fraqueza ou falta de profissionalismo, medo das representações acerca da própria morte, etc. Todos estes fatores podem ser geradores de grande sofrimento e ansiedade para os profissionais de saúde.

A comunicação apresentou-se como significativo domínio dos dilemas éticos, tanto na amostra global quanto nas diferentes profissões. Verificamos que o ponto sensível nos CP não diz respeito à gestão clínica, uma vez que foi o *score* médio da amostra global mais baixo. A formação do profissional de saúde parece oferecer

recursos necessários para a excelência técnica. Entretanto, vale a reflexão sobre os métodos de ensino e aprendizagem no que tange as competências comunicacionais. Segundo Carqueja (2018, p.75), “o fato de se ter passado por uma faculdade de medicina, psicologia ou enfermagem, por exemplo, não garante a capacidade e a competência comunicacional para se lidar com situações tão complexas. (...) Daí que a formação especializada em comunicação com doentes e família em cuidados paliativos seja um dever não só profissional, mas sobretudo ético”.

A respeito das diferenças específicas na manifestação de problemas éticos nas diferentes categorias profissionais, destacaremos algumas questões, dentre elas: “*insufficient support from the hospital*”. Assim como na pesquisa realizada por An-Hsuan Chih *et al*, (2016) os enfermeiros perceberam a insuficiência de mais recursos em comparação aos médicos.

Podemos considerar que os enfermeiros são os profissionais mais próximos dos doentes, o que justificaria uma percepção mais apurada ao que se refere às necessidades cotidianas dos pacientes e do contexto que os envolvem. Os recursos insuficientes configuram-se na causa principal dos dilemas éticos em CP pela equipa de enfermagem, o que, de acordo com An-Hsuan Chih *et al*, (2016) significa uma importante desvantagem para o desenvolvimento contínuo de um ótimo sistema de atendimento em CP.

Para além, os enfermeiros lidam diretamente com a dor e sofrimento dos pacientes, sendo, além de profissionais responsáveis pelos cuidados do corpo, verdadeiras testemunhas dos medos, angústias e sofrimento existencial dos doentes, e dos dramas familiares que acompanham o delicado momento da terminalidade da vida. Marilena Chauí (1941), especialista da filosofia de Espinoza, entende que o percurso da ética não é aquele pelo qual nos libertamos dos afetos; mas sim dos afetos passivos (paixões), mas nunca da vida afetiva. Assim, os seres humanos são por essência seres afetivos. Tal ideia nos aproxima do universo do profissional de enfermagem, de como são afetados nos seus pensamentos e emocionalmente na sua prática assistencial. Atualmente, a literatura reconhece na categoria de enfermagem significativos índices de *burnout* e fadiga por paixão, os quais estão associados a elevados níveis de evitamento experiencial, e sintomatologia depressiva e ansiosa, segundo o estudo realizado por Cruz (2014), ademais, os seus resultados evidenciam que a associação

positiva entre empatia e fadiga por compaixão pode ser parcialmente explicada pela sobre-identificação com pensamentos e sentimentos negativos.

Tais pensamentos e sentimentos podem ser agravados consonantes ao elevado nível de ansiedade tanto dos pacientes como de seus familiares, especialmente quando os tratamentos disponíveis não atingem os resultados esperados. O conjunto destes fatores faz com que a carga de trabalho seja percebida como pesada, e o insuficiente apoio do hospital, para além das necessidades dos pacientes, correspondem às necessidades dos profissionais no que tange ao auxílio na gestão do auto cuidado. Ademais, ressaltamos que a classe de enfermagem em Portugal tem vindo a apresentar nos últimos anos sinais de descontentamento em relação às lesi de trabalho, pelos quais podemos considerar questões como a carga horária e os baixos salários problemáticas subjacentes ao insuficiente apoio por parte do hospital.

Cabe aqui adicionarmos a questão dos “*insufficient manpower of the palliative team*”, uma vez que é um dilema ético com alto *score*, tanto na amostra global quanto para médicos e enfermeiros nos scores das categorias profissionais. A falta de recursos humanos pode comprometer a qualidade do serviço oferecido pelos CP, seja pelo excesso de carga horária de trabalho dos profissionais de saúde, seja pela falta de profissionais de outras especialidades como, por exemplo, psicólogos, especialistas em religião, terapeutas da fala, gerontólogos, que poderiam contribuir significativamente para os cuidados dos doentes e familiares, integrando uma equipa interdisciplinar.

A falta de apoio por parte do hospital, e os insuficientes recursos humanos em equipa de CP podem ter implicações importantes também na satisfação dos profissionais de saúde, levantando questões sobre a escolha da carreira e a falta de realização pessoal, o que comprometeria a qualidade de sua prática (AN-HSUAN ET AL., 2016). É necessário, portanto, entendermos os profissionais de saúde e pacientes como um sistema integrado, ou seja, a satisfação dos primeiros é um fator importante na satisfação dos segundos.

Ainda a respeito dos problemas éticos observados nas diferentes categorias profissionais, temos “*use of palliative sedation to reduce suffering*” e “*poor symptom control in the patients*” como questões éticas relevantes para os enfermeiros quando comparados aos médicos.

Segundo Nunes (2018), a sedação é uma intervenção médica utilizada para promover alívio numa multiplicidade de circunstâncias clínicas, pode ser ou não

contínua, variar de intensidade, desde a depressão ligeira da consciência até à inconsciência total.

No contexto dos CP o objetivo é permitir que os doentes vivam tão ativamente quanto possível até o momento da morte. A utilização da sedação, portanto, possui o propósito fundamental de oferecer conforto ao paciente e não de o levar à inconsciência, de forma que nunca é utilizada como opção imediata, mas sim nos últimos dias de vida quando aparecem sintomas refratários, ou seja, sintomas que não são susceptíveis de controlo pelos meios habituais e num espaço de tempo adequado (GONÇALVES, 2009).

A distinção entre sintomas de difícil controlo e de sintomas refratários possui implicações tanto clínicas quanto éticas muito significativas. O primeiro diz respeito à sintomas que podem ser potencialmente tratados, em um período tolerável de tempo, e que não altere a consideravelmente a consciência do doente e tampouco lhe provoque efeitos laterais intoleráveis. Já os sintomas refratários implicam uma resposta que altera o estado de consciência e assim limitando a capacidade de interação do paciente com seu meio e as pessoas que lhes cercam (GONÇALVES, 2009).

A decisão pela sedação em caso de sintomas refratários deve integrar a opinião de, pelo menos, dois profissionais médicos, para além disso, é necessário reavaliar criteriosamente a situação na qual se encontra o paciente, pois a avaliação de um sintoma refratário “não pode servir para encobrir a incompetência no tratamento dos doentes e resolver o problema sedando-os injustificadamente” (Gonçalves, 2009, p. 127).

Dentre as causas que justificam a sedação estão a dispneia e o *delirium*, frequentes nas últimas semanas de vida, resultantes, sobretudo, da falência orgânica generalizada, o que caracteriza geralmente uma situação irreversível. Para além, há um fator sensível e mais complexo de avaliação, é o caso do sofrimento psicológico e/ou existencial que pode não necessariamente ser acompanhado de um estado avançado de deterioração física. A sedação nestes casos é eticamente mais problemática, tanto para os familiares quanto para os profissionais de saúde, e demanda uma avaliação profunda sobre o estado psicológico do paciente por especialistas da saúde mental. Neste contexto a sedação serve para quebrar o ciclo de ansiedade e sofrimento do paciente, e deve, sempre que possível, ser temporária e com um período pré-estabelecido afim de reavaliação do mesmo, evitando os casos de sedação definitiva a pedido do doente o

qual encobre uma intenção de morrer. É, portanto, necessário discriminar o que é o sofrimento intolerável depois que todos os recursos foram esgotados para o alívio e conforto.

A disparidade entre os *scores* de médicos e enfermeiros a respeito da sedação paliativa pode ser entendida à luz de algumas hipóteses. É o médico que prescreve a indicação da medicação, assim como a dosagem, entretanto é o profissional de enfermagem que está quotidianamente mais próximo do doente e que administra a medicação. Por esta proximidade podemos considerar que a avaliação quantitativa do sofrimento do paciente seja mais apurada por parte dos enfermeiros em comparação aos médicos os quais possuem contatos mais esporádicos com os doentes, com visitas mais breves e pontuais. Em princípio, enfermeiros e médicos se comunicariam a respeito das observações sobre o sofrimento do paciente. Neste aspecto, levanta-se a possibilidade da comunicação não ser totalmente clara/eficaz entre quem prescreve e quem administra, questionando-se até que ponto isso não se possa refletir em insuficiente envolvimento dos vários membros da equipa na decisão de iniciar sedação.

Por outro lado, consideremos o alto *score* da categoria de enfermagem em relação ao insuficiente controlo sintomático. Em geral, a avaliação do médico sobre a intensidade dos sintomas não controlados é quantificada pela dose de medicação SOS administrada, enquanto para os enfermeiros esta mesma intensidade é vivenciada pelos sentidos, quando o paciente demonstra o seu sofrimento por gemidos, expressões corporais de dor, e pedidos de ajuda. Se na avaliação dos enfermeiros os sintomas não estão bem controlados, e tampouco foram esgotados todos os recursos para o tratamento dos sintomas de difícil controlo, a sedação seria contra-indicada, o que justificaria ser eticamente problemática. A outra hipótese que podemos considerar é a de que não há uma clara compreensão sobre a distinção entre sintomas de difícil controlo e sintomas refratários, seja por médicos ou enfermeiros.

Outra importante diferença nos *scores*, de acordo com as categorias profissionais, refere-se ao dilema “*unable to accept death by the patients*” o qual demonstrou-se mais relevante para os profissionais médicos. Aqui, as justificações da relação de maior proximidade dos enfermeiros com os pacientes podem ser analisadas por contraste. Por que esses, se quotidianamente estão mais em contato com o paciente, não se sentem tão impactados pela sua não aceitação da morte? Poderia haver uma

associação positiva entre a proximidade relacional e o acolhimento do sofrimento existencial?

O tempo da técnica não é o mesmo que o tempo humano.

Em geral, ninguém quer logo morrer. A ideia da morte provoca anseios, medo do desconhecido, a saudade precipitada daqueles que amamos, o arrependimento do que deixamos de fazer, e o redescobrimto do sentido de como vivemos a vida. Compreender racionalmente um prognóstico sem cura não é o mesmo que abraçar emocionalmente o processo de morrer. Isto vale tanto para pacientes quanto para aqueles que cuidam.

Que recursos faltariam ao profissional de saúde para aceitar que alguém tenha dificuldade em aceitar prontamente a sua própria morte? Podemos considerar a projeção da própria angústia do médico, o sentir-se responsável e ao mesmo tempo impotente de oferecer a cura.

Mesmo como especialistas em CP se corre o risco de querer controlar o percurso o qual se projeta para o paciente realizar. Neste tocante, podemos problematizar o significado e o significante que possuem os objetivos de cuidados para os médicos; o *goal of care*, de toda forma, é um planeamento terapêutico o qual pode desencadear fantasiosamente a expectativa do profissional que o paciente, passivamente, o cumpra etapa a etapa, do início do tratamento até o momento da sua morte. Os objetivos de cuidados são uma prática de grande importância que está ao serviço da dignidade do paciente, e não um roteiro fechado onde o paciente deve cumprir seu papel definitivo de morrer. A morte é um processo, e não apenas um fim.

Se por um lado há a dificuldade em lidar com a morte do paciente, pela própria negação do profissional de saúde, seja evitando a comunicação franca sobre a progressão e irreversibilidade da doença, oferecendo-lhes falsas esperanças, ou mesmo investindo em tratamentos heroicos e desproporcionais, há também a dificuldade que se apresenta no extremo oposto, quando o profissional antecipa simbolicamente a morte do paciente por não conseguir suportar as angústias que emergem do processo de morrer. Não é infrequente ouvirmos entre os profissionais de saúde que “aquele paciente está durando” mais do que era expectado pela equipa. Na língua portuguesa o verbo “durar” associa-se comumente a algo e não a alguém. Em inglês há uma palavra foneticamente semelhante “*endure*”, que significa suportar, aguentar, tolerar, resistir, permanecer,

perseverar. Todos estes significados são plenamente associados a pessoas, conferindo-lhe uma qualidade positiva e/ou virtuosa.

Enfim, em ambos os casos citados, a respeito das dificuldades face a morte, há legítimo sofrimento por parte dos profissionais de saúde, e que merecem ser devidamente cuidados. Pois quando o sofrimento não é elaborado corre-se o risco de esvaziamento do vínculo com o paciente como um mecanismo de proteção psíquica do próprio profissional.

Outra questão pertinente em abordar é o fato de ser o profissional médico a “anunciar a morte”, assim é mais provável que seja ele o primeiro a receber a reação de choque e de negação por parte do paciente, e, portanto, compreensível que seja fortemente impactado.

Consideramos também que estes profissionais, mesmo com formação avançada em CP, podem ter tido uma educação médica, ainda sob o paradigma da cura e da tradição paternalista, enquanto os enfermeiros possuem tradicionalmente a formação pelo percurso do cuidar, o que lhes sensibiliza a compreender melhor que cada pessoa possui seu próprio tempo face ao processo de morrer.

Ainda a respeito das diferentes manifestações segundo os grupos profissionais, não consideramos relevante a comparação da categoria profissional psicólogos com as outras, uma vez que todos os psicólogos respondedores não possuem experiência em equipa de CP, havendo apenas um psicólogo com experiência clínica em CP.

Todavia, podemos considerar que as respostas foram dadas em termos hipotéticos e correspondentes ao que aprenderam ao longo da formação especializada em CP. Neste sentido, concluímos que este grupo levanta questões éticas mais específicas de sua área profissional, nomeadamente, o domínio da comunicação. Destacam-se, entretanto, 2 únicos itens nos quais os psicólogos obtiveram o maior *score* comprados aos médicos e enfermeiros, são esses “*side effects of opioid*” e “*request for euthanasia by the patients*”.

De acordo com Nunes (2018, p.310), existem diferentes motivos para o pedido de eutanásia, dentre eles, “o sentimento de solidão, de exclusão e abandono, e, portanto, um colapso do projeto existencial.” E acrescenta que muitos doentes solicitam a eutanásia por serem acometidos pela perda da autonomia e de dignidade, devido a uma incapacidade de desenvolver atividades que deem significado à vida.

O autor ainda cita o conceito de “sofrimento insuportável” que, na lei holandesa, contitui-se como critério major para o pedido de eutanásia e o suicídio assistido. Tal conceito remete à avaliação subjetiva do doente, quando esse já não encontra meios para um processo de morte com dignidade. O “sofrimento insuportável” não pode ser confundido com “dor intolerável”, uma vez que a medicina dispõe de técnicas para o controlo sintomático, para além, é igualmente necessário avaliar e discriminar o “sofrimento insuportável” de uma sintomatologia psiquiátrica como a depressão ou outra doença afetiva tratável.

Podemos pensar se é por este aspecto subjetivo que os profissionais psicólogos problematizam mais como dilema ético o pedido de eutanásia. Neste prisma, sublinhamos ainda os impactos psicológicos nos familiares e amigos próximos do doente, que segundo os resultados de um estudo realizado na Suíça sugere uma maior prevalência de distúrbio pós-traumático nesta população (NUNES, 2018).

O dilema “*request for euthanasia by the patients*”, apesar de não apresentar um *score* médio elevado na amostra global, apresenta em percentagem uma relevante “dificuldade”, enquanto por outro lado, uma baixa “frequência” (vide 8. Anexos, gráfico 21). Isto pode nos levantar a reflexão de que se existe uma diferença entre a aceitação moral de uma prática e a sua legalização; pois se há uma lei que condena a prática da eutanásia por que haveria uma problematização em relação a este pedido? Segundo Nunes (2018, p.311-2), “no plano ético, a eutanásia e a assistência médica ao suicídio só podem ser uma opção se forem a expressão da autonomia da vontade”, não obstante, “numa perspectiva hipocrática a eutanásia é sempre um ato eticamente condenável (...) e não seria uma opção para os médicos, dado que a vida humana não se encontra dentro dos limites consentidos à autonomia da pessoa”.

Segundo Silva, Azevedo e Ricou (2019, p.4), “a eutanásia permanece como uma das grandes questões da sociedade contemporânea”. Os autores afirmam que “ainda não há noção clara sobre a opinião dos médicos acerca da legalização da eutanásia, uma vez que há muitas contradições entre os estudos”. Todavia, o estudo recente destes autores, relativamente aos “determinantes na opinião sobre eutanásia em amostra de médicos portugueses”, apresentam resultados que constataam que “médicos mais novos, com menos experiência profissional e sem crenças religiosas, tendem a ser favoráveis à legalização da eutanásia sugere que a aceitação da prática tem evoluído em Portugal”, e que “os profissionais dão mais relevância ao alívio do sofrimento do que ao respeito

pela autonomia como motivação para aceitar um pedido de eutanásia” (Silva, Azevedo e Ricou, 2019, p.14).

Por fim, o presente estudo foi limitado pelo número baixo da amostra. Entretanto metade dos profissionais respondedores encontra-se atuante em equipas de CP, o que nos ajuda a fornecer quadros mais precisos dos dilemas éticos encontrados na prática diária. Por outro lado, não foi realizada uma melhor discriminação a respeito do local de atuação profissional em CP, sejam em unidades, serviços, equipas intra-hospitalares, centro de saúde ou equipas de CCIs, o que impossibilita verificar se o contexto de trabalho implica manifestações específicas de questões éticas. Outras limitações referem-se ao questionário ter sido disponibilizado em inglês, sem validação para o contexto nacional; e por ser um estudo quantitativo, o que impossibilita uma análise mais apurada e contundente das respostas.

A respeito de considerações para estudos posteriores, propõem-se uma investigação qualitativa dos dilemas éticos encontrados pelos profissionais de saúde, que avalie se há manifestações específicas de acordo com o contexto dos CP, bem como com uma amostragem maior e instrumentos traduzidos, adaptados e validados.

6. Conclusão

Concluimos através deste estudo que os dilemas éticos predominantes para os profissionais de saúde com formação avançada em CP se encontram no domínio da comunicação, dos objetivos de cuidados, e das alocações de recursos em equipas de CP.

Embora haja importantes disparidades nos *scores* por diferentes categorias profissionais, as quais se justificam por se tratar de atuações mais específicas da prática quotidiana de cada profissão, há convergências que se destacam com altos *scores* nas questões como o desejo irrealista do paciente por uma recuperação total, a ocultação da verdade por parte dos familiares, e os insuficientes recursos humanos em CP.

A prática assistencial em saúde é um universo amplo e complexo que está para além da excelência técnica. Trata-se fundamentalmente de relações humanas, e exige dos profissionais de saúde competências éticas, seja para a tomada de decisão a respeito dos objetivos de cuidados; para a deliberação dos tratamentos adequados, como a utilização de opioides ou a sedação paliativa; para a comunicação franca com os

pacientes e familiares; e para o desenvolvimento da atitude empática que acompanha e salvaguarda a dignidade do doente até o seu fim de vida. É este comprometimento ético nas ações em saúde o propósito da bioética.

Se partirmos da conclusão de que ninguém nasce ético, mas se transforma, e de que o modelo biomédico do cuidado exige que esse novo olhar para o outro esteja em contínuo exercício, não há, portanto, outro caminho que possamos fundamentalmente considerar senão o da formação do profissional de saúde, no que tange ao desenvolvimento da competência ética e do agir moral. Torres Serra (2006, p.111) escreve que as exigências atuais sobre os profissionais de saúde vão além do conhecimento teórico e científico contemplados, tradicionalmente, em sua formação; para a autora estes profissionais necessitam de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e “nas suas intervenções exige-se uma visão globalizada dos problemas e análise crítica das situações”. Para Siqueira (2016, p.195), é imperioso reconhecer a importância de formação ética do profissional de saúde no sentido de capacitá-los “para a atitude de respeitar a autonomia do paciente e tomar decisões frente a conflitos morais complexos que dizem respeito à sua própria vida pessoal”.

Neste sentido propomos a formação continuada em bioética para os profissionais de saúde, que segundo Rego e colaboradores (2004, p.170) deveria ter dupla função: “a de contribuir para que os estudantes desenvolvam/aperfeiçoem sua capacidade de análise bioética e, portanto, de tomar decisões em situações que envolvam alguma questão ética; e de formar cidadãos conscientes e comprometidos com o bem comum”. Cohen (2005), por sua vez, no entendimento da bioética como produto refinado da cultura, sublinha que seu ensino deve focalizar as funções e relações sociais, a existência do outro, no horizonte da nossa necessidade humana por relacionamentos pautados pelo respeito, confiança e liberdade.

Acreditamos que os resultados deste estudo, embora através de uma pequena amostra, possa contribuir inicialmente para a reflexão dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde e incentivar posteriores investigações que ofereçam propostas no auxílio da resolução dos dilemas éticos no âmbito dos CP, a fim de promover o aperfeiçoamento dos serviços prestados, a qualidade de trabalho e de vida do próprio profissional de saúde, bem como a discussão sobre planos de captação de recursos a longo prazo nos países que ainda estão na fase inicial de desenvolvimento do sistema de CP.

7. Referências Bibliográficas

- ABAGNANO, N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ALMEIDA, M. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org.). Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2009, 4ed. p. 56-67.
- AN-HSUAN C, et al., *The Changes of Ethical Dilemmas in Palliative Care. A Lesson Learned from Comparison Between 1998 and 2013 in Taiwan*. Medicine Volume 95, Number 1, January 2016
- APEL, K.-O. Transformação da Filosofia (2 Volumes). Trad. Paulo Astor Soethe. São Paulo: Loyola, 2000.
- ARENDT, Hannah, *The Human Condition*. Chicago, Chicago University Press, 5º cap., 1958.
- ARISTÓTELES, Ética a Nicómaco, Trad. E notas: Antonio Caeiro; Éthique à Nicomaque. Lisboa, Quetzal Editores, 2004. Trad. e comentário: René Antoine Gauthier e Jean Yves Jolif, Louvain, Publications Universitaires de Louvain, Paris, Béatrice Nauwelaerts, 1958.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- BOURGEAULT, G. Perspectivas Internacionais no Ensino da Ética em Saúde: Entrevistas. Rev. Bioética. 1996, 4 (1): pp. 1-8. Entrevista concedida a Sueli Gandolfi Dallari. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/400/363
- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providencias. 2014. [acesso 10 mar 2017] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Acesos em: 20 Março de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRUM TORRES, J.C. (Org.). Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis: Vozes; Caxias do Sul: Educs; Rio de Janeiro: BNDES, 2014.
- CENTRO INTERNACIONAL DE PESQUISAS E ESTUDOS TRANSDICIPLINARES. Que universidade para o amanhã? Em busca de uma evolução transdisciplinar da universidade. Locarno: Ciret-Unesco, 1997. Disponível em: <http://ciret-transdisciplinarity.org/locarnolocarpo4.php> Acesso em: 20 janeiro 2017.
- COHEN, C. Como ensinar a bioética. O mundo da saúde. 2005, 28 (3): pp.438-43.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, 9.,2013. Florianópolis. Anais do X Congresso Brasileiro de Bioética, RBB, 2013. 414 p. Disponível em:

<<https://rbbioetica.files.wordpress.com/2014/11/anais-do-x-congresso-brasileiro-de-bioc3a9tica-20131.pdf>> Acesso em: 20 Março 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.805/2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.pdf>

_____. RESOLUÇÃO CFM nº 1931/2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>

CORREIA, F.A. Alguns desafios atuais da bioética. Em: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org.). Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2009, 4ed. p. 30-50.

COSTA MACHADO, J. et al. El fenómeno de la conspiración del silencio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisión integrativa. In: Ver. Enfermaria Actual, n.36, 2019.

DANCY, J. *Ethics without Principles*. Oxford: OUP, 2004

DANTAS, F.; SOUSA, E.G. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. Rev.bras.de educação médica. 2008; 32 (4): 507-517

DAVIS, N.A. La deontología contemporânea. Em SINGER, P. (ed.), Compendio de Ética, Alianza, Madrid 1995, pp. 292-293.

DIAS, H.Z.J. et al. Psicologia e Bioética: diálogos. Psic.Clin. 2007, 19 (1): 125-35.

DINIZ, D. Henry Beecher e a gênese da Bioética. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 23, n.5, p. 332-335, set./out. 1999

EKSTERMAN, A. O ensino da psicologia Médica. Em: MELLO FILHO, J. (Org.). Identidade Médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. pp. 38-57.

ESPINOZA-SUÁREZ, NR., ZAPATA, MCM., PÉREZ, LAM. Conspiración de silencio: uma barreira em la comunicación médico, paciente y familia. Rev. Neuropsiquitria. 2017; 80(2).

FIGUEIREDO, A.M.; GARRAFA, V.; PORTILLO, J.A.C. Ensino da bioética na área das ciências da saúde no Brasil: estudo de revisão sistemática. Interthesis. 2008; 5 (2): 47-72

FRANKENA, W. Ética. Rio de Janeiro: Zahar, 1963

FREIRE, P. Pedagogia da liberdade: ética, democracia e coragem cívica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREUD, S. (1917). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Conferências introdutórias sobre psicanálise). Gesammelte Werke, v. XI. Londres: Imago, 1944. pp. 295.

GADAMER, H-G. *Vernunft im Zeitalter der Wissenschaft*, Frankfurt, 1980, p.77.

- GALVÃO, P. Ética de princípios e a abordagem particularista. Em: NEVES, M.C.P. (Coord.). Ética: dos fundamentos às práticas. Lisboa: Edições 70, 2016, pp. 165-181.
- GARRAFA, V.; MARTORELL, L.B. Bioética de intervenção – sínteses de seus fundamentos e aplicações em tempos de globalização e desigualdades sociais. In: SIQUEIRA, J. et al. (Org.). Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso brasileiro de bioética, III Congresso brasileiro de bioética clínica e III Conferência Internacional sobre o ensino da bioética. Brasília, 2016. pp. 73-92.
- GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. Rev. bioética. 2013; 21 (3):455-62.
- GRACIA, D. Pedagogía deliberativa. In: MERCADÉ, A; CUBERO, M.P (Ed.). La bioética y el arte de elegir. 2.ed. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014. pp. 165-84
- GRACIA, D. Procedimientos de decisión em ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- HABERMAS, J. Aclaraciones a la ética del discurso. Madrid: Trotta, 2000
- HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HERRERO, F. Javier. Ética do Discurso. In: OLIVEIRA, M. A. de (org.). Correntes fundamentais da ética contemporânea. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- HOSSNE, W.S. Bioética: Ponte para liberdade. Rev. BioEthikos – Centro Universitário São Camilo, 2007; 1 (1):99-104
- KANIA, W. Lo correcto a la luz del Intuicionismo Ético de W.D.Ross. Em: Cuadernos de Filosofía. *Excerpta e Dissertationibus in Philosophia*. Vol. XIV, n. 6, 2004.
- KOHLBERG, L. *The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages*. San Francisco: Harper & Row, 1984.
- _____. *Essays on Moral Development*. San Francisco: Harper & Row, 1981.
- LA TAILLE, Y. Moral e ética no mundo contemporâneo. Rev. USP. São Paulo, 2016; n.110: 29-42
- LÁZARO J, GRACIA D. La nueva relación clínica [presentación]. In: Entralgo PL, coordinador. El médico y el enfermo. 2ª ed. Madrid: Tricastela; 2003. p. 25-35.
- LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. bioética. 2015; 23 (1): 31-9.
- LEVINAS, E. Totalidade e Infinito. Lisboa (PT): Edições 70, 2008.
- LLANO ESCOBAR, A. “El morir humano há cambiado”. In Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v.108 (5-6), 1990, p.465-472.
- LUBENOW, J.A. Sobre o método do discurso prático na fundamentação da ética do discurso de Jürgen Habermas. Cadernos do Pet Filosofia, Teresina, v. 2, n. 3, p.57-70,

jan. 2011. Disponível em:<file:///C:/Users/mauro_000/Downloads/583-2607-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MAIA, P. 2000, “Ética em Medicina Intensiva”, disponível online em: <http://www.uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf23/Maia.htm>, consultado em março 2019.

MAINETTI, J.A. Bioética: una nueva filosofía de la salud. In: Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, v. 108 (5-6), 1990, pp. 599-601.

MARCOLINO, J.A.M; COHEN, C. Sobre a correlação entre bioética e psicologia médica. Rev.Assoc.Med.Bras. 2008; 54 (4): 363-8.

MARCONDES, D. Tesxtos básicos de ética: de Platão à Foucault. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.

_____. O epicurismo. Em: Iniciação à história da filosofia: dos présocráticos a Wittgenstein. 13 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010. p.92-93.

MARQUES FILHO, J. Bioética clínica: cuidando de pessoas. Rev Bras Reumatol. 2008 Jan./Feb;48(1):31-3.

MARTINS, L.A.N. et al. Dilemas éticos no hospital geral. Bol Psiquiatr. 1991; 24; pp. 28-34.

MARTINS, L.A.N. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. 1994. 227 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 1994.

MELLO FILHO, J. A vocação médica e o curso médico. In: MELLO FILHO, J. (Org.). Identidade Médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. pp. 59-159.

MILL, J. S. Utilitarismo. Trad. Eunice Ostrensky. São Paulo, Martins Fontes, 2000 (1861).

MOORE, G. E., *Principia Ethica*, Cambridge University Press, Cambridge 1993

MORI, M. A Bioética: sua natureza e história. Em: Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.20-8, pp.26.

MORIN, E. A cabeça bem-feita. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MUNIZ, J.R.; CHAZAN, L.F. Ensino de psicologia médica. Em: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed, 2010. pp. 49-57.

NEVES JÚNIOR, W.A.; ARAÚJO, L.Z.S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. Rev.bioética. 2016; 24 (1): 98-107.

NEVES, MCP.; OSSWALD, W. Bioética Simples. 2ª. Ed. Lisboa: Babel, 2014.

NUNES, R. Ética e sedação paliativa. Em: NUNES, R., REGO, F., REGO, G. (Org.). Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Coimbra: Almedina, 2018, 1ed. p.309-316.

_____. Eutanásia. Em: NUNES, R., REGO, F., REGO, G. (Org.). Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Coimbra: Almedina, 2018, 1ed. p.301-7

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em : <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> Acesso em: 10 Fevereiro 2017

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Princípios y conceptos básicos de equidade y salud. 1999. Disponível em: <http://bit.ly/23awxkz> Acesso em: 10 Fevereiro 2017

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JR, J.J.; DAMÁSIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. bioética. 2014; 22 (3):550-60.

PEGORARO, O. Ética na contemporaneidade. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org.). Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2009, 4ed. p. 75-88.

PERESTRELLO, D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro, Liv. Ed. Atheneu, 1974.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Rev. bioética. 2013; 21 (1): 9-19.

PESSINI L, BERTACHINI L. O que entender por cuidados paliativos? 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2006.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. Reflexões bioéticas sobre a vida e a morte na UTI. In: SIQUEIRA, J. et al. (Org.). Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso brasileiro de bioética, III Congresso brasileiro de bioética clínica e III Conferencia Internacional sobre o ensino da bioética. Brasília, 2016. pp. 229-251.

PESSINI, P. O desenvolvimento da bioética na América Latina. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org.). Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2009, 4ed. p. 9-29.

POSE, C. Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica. Madrid: Triacastela, 2009

POSE, C.; GRACIA, D. Introducción a la bioética: origen, fundamentación y método. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2006.

POTTER, V.R. *Bioethics, the Science of survival. Perspectives in Biology and Medicine*, v.14, p.127-153, 1970.

POTTER, V.R. *Global Bioethics: building on the Leopold legacy*: East Lansing: Michigan State University Press, 1988.

RAWLS, J. *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge-Massachusetts 7. 1976, p. 24-30

RAWLS, J. Justiça como equidade. Trad: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. Uma Teoria da Justiça. Trad. Almiro Pisetta e Lenita Maria Rimoli Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SCHRAMM, F.R. O ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARTINS, J.J.N.; REGO, S.; LEMPERT, J.B.; ARAÚJO J.G.C. (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. pp. 165-86.

REICH, W. (Ed.). *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Georgetown University, 1982.

RENAUD, I.; RENAUD, M. Ética e Moral, in Bioética, coordenação de ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, L., Lisboa, Verbo, 1996, p.34.

RICOEUR, P. *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil, 1990.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, B.L. Humanização e humanidade em medicina: a formação médica na cultura contemporânea. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

ROSS, W.D. Fundamentos de Ética, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires 1972, trad. de D. Rivero y A. Pirk (*Foundations of Ethics*, Clarendon Press, London 1939, p. 275-321.

_____. “What Makes Right Acts Right?” In: Ethical Theory, Russ Shafer-Landau (ed.), Oxford: Blackwell Publishers, 2007, p. 755

SAIKI, C., et al. *Goals-of-care discussions*. In: J Community Support Oncol. 2017 Jul-Aug; 15(4): pp.190–4.

SANTO TOMÁS DE AQUINO. *In duo praecepta caritatis et in decem legis praecepta*. Prologus: Opuscula theologica, II, N. 1129. Ed. Taurines, 247; cf. Summa Theologiae, I-II, Q. 91, a 2

SANTOS, I.L. A (Bio)Ética universal na obra de Paulo Freire. 2014. 173 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade Brasília, Brasília, 2014.

SANTOS, I.L.; SHIMIZU, H.E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. Rev. bioética. 2014, 22 (2): 271-81.

SCANLON, T. M. 1998. *What We Owe to Each Other*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

SCHRAMM, F.R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev. bioética. 2008, 16 (1): 11-23

SEGRE, M. O ensino da bioética. Rev. o mundo da saúde. 2005; 29 (3): 436-7

SERRA, S.T. Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional. In: MELLO FILHO, J. (Org.). Identidade Médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. pp. 192-211.

SILVA, A. A. Mulheres no ataque: depoimento. [9 de junho, 1996]. São Paulo: Revista da Folha de São Paulo. Entrevista concedida a Cristiana Couto.

- SINGER, Peter. *Ética Prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SINGER, Peter. *Ética Prática*. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 2. Ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998
- _____. *Libertação Animal*. Porto Alegre: Lugano. 2004.
- _____. *Vida Ética*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.
- SIQUEIRA, J.E. Educação em bioética no curso de Medicina. *Rev. o mundo da saúde*. 2005; 29 (3) pp.402-10
- _____. Reflexão bioética sobre a responsabilidade cidadã e o ato de cuidar. In: SIQUEIRA, J.E. et al. (Org.). *Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso brasileiro de bioética, III Congresso brasileiro de bioética clínica e III Conferencia Internacional sobre o ensino da bioética*. Brasília, 2016. pp. 177-204.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. *Rev. bioét.* 2014; 22 (3): 456-61.
- SOUZA, J.T.B. Alteridade e educação: um exercício a partir da práxis pedagógica da libertação. A dimensão ética do princípio de justiça em John Rawls. Em: *Problemata: R. Intern. Fil.* v. 7. n. 3 (2016), p. 178-191.
- TAQUETTE, S.T. et al. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev.Assoc.Med.Bras.* 2005, 51 (1): 23-8.
- TUCK, R. *Hobbes*. São Paulo, Ed Loyola, 2001.
- _____. *Hobbes's moral philosophy*". In: *The Cambridge Companion to Hobbes*. Cambridge, University Press, 1996; p.175-207.
- UNESCO. REDBIOÉTICA-UNESCO. Documentos básicos 1. México: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005.
- VASQUEZ, A.S. *Ética*. 26 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005
- VERÍSSIMO, L. O ataque do Moore ao naturalismo ético. *Filosofia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 32 (2015), pp.143-158
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> Acesso em: 3 de Novembro 2016
- WHOQOL Group (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- ZIMERMANN, D.E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J.; BURD. M. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 2010. pp. 80-86.
- ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét.* 2013; 21 (3); pp.389-96.

ZOBOLI, E.L.C.P. Tomada de decisão em bioética clínica. In: SIQUEIRA, J. et al. (Org.). Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso brasileiro de bioética, III Congresso brasileiro de bioética clínica e III Conferencia Internacional sobre o ensino da bioética. Brasília, 2016. pp. 149-174.

ZOBOLI, E.L.C.P.; JUNGES, J.R. Justiça Sanitária como tema de reflexão para bioética clínica. In: SIQUEIRA, J. et al. (Org.). Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso brasileiro de bioética, III Congresso brasileiro de bioética clínica e III Conferencia Internacional sobre o ensino da bioética. Brasília, 2016. p. 55-71.

8. Anexos

Nesta rubrica acrescentam-se os vários gráficos e tabelas que completam a informação descrita no corpo desta dissertação. Os gráficos aqui expostos pretendem ser uma outra forma de apresentação dos resultados descritos anteriormente.

TABELA 4 – SCORE DOS DILEMAS ÉTICOS DE ACORDO A FREQUÊNCIA E DIFICULDADE DOS PROFISSIONAIS COM EXPERIÊNCIA EM EQUIPA DE CP.

Domain	Ethical Dilemma	Frequency Score	Difficult score	Experience score
Goal of care	Different goals of care from the patients' expectations	2,88	3,56	10,25
	Frustration in guiding the desperate patients	2,44	3,50	8,54
	Unrealistic desire of the patients of full recovery	2,81	3,50	9,84
	Unable to accept death by the patients	2,50	3,44	8,60
	Poor symptom control in the patients	2,50	2,87	7,17
	Average score	2,63	3,37	8,88
Clinical management	Side effects of opioid	2,19	2,25	4,93
	Use of antimicrobial agents when infection	2,19	2,19	4,80
	Use of artificial nutrition when poor oral intake	2,56	2,69	6,88
	Blood transfusion when low haemoglobin	1,69	2,06	3,48
	Request for euthanasia by the patients	0,81	3,19	2,58
	Use of palliative sedation to reduce suffering	2,00	2,63	5,26
	Average score	1,91	2,50	4,66
Communication	The patient being unaware of the truth	2,63	3,37	8,86
	Making the decision to break bad news to the patients	2,63	3,25	8,55
	Explaining real disease progression to the patients	2,88	3,69	10,63
	Families concealing the truth from the patients	2,75	3,56	9,79
	Average score	2,72	3,47	9,46
Resources allocation	Patients' refusal to leave the hospital	1,75	3,00	5,25
	Families' refusal to leave the hospital	2,25	3,44	7,74
	Insufficient payment from the National Health Insurance	1,38	2,19	3,02
	Insufficient manpower of the palliative team	2,75	3,62	8,87
	Insufficient support from the hospital	2,00	3,00	6,00
	Average score	2,03	3,05	6,18

TABELA 5 - SCORE DOS DILEMAS ÉTICOS DE ACORDO A FREQUÊNCIA E DIFICULDADE DOS PROFISSIONAIS SEM EXPERIÊNCIA EM EQUIPA DE CP.

Domain	Ethical Dilemma	Frequency Score	Difficult Score	No Experience score
Goal of care	Different goals of care from the patients' expectations	2,13	3,25	6,92
	Frustration in guiding the desperate patients	1,87	3,56	6,66
	Unrealistic desire of the patients of full recovery	2,13	3,94	8,39
	Unable to accept death by the patients	1,87	3,25	6,08
	Poor symptom control in the patients	2,13	3,19	6,79
	Average score	2,03	3,44	6,96
Clinical management	Side effects of opioid	1,50	2,75	4,13
	Use of antimicrobial agents when infection	1,94	3,25	6,31
	Use of artificial nutrition when poor oral intake	1,94	3,25	6,31
	Blood transfusion when low haemoglobin	1,19	2,37	2,82
	Request for euthanasia by the patients	0,88	3,19	2,81
	Use of palliative sedation to reduce suffering	1,44	3,13	4,51
	Average score	1,48	2,99	4,48
Communication	The patient being unaware of the truth	2,06	3,56	7,33
	Making the decision to break bad news to the patients	2,19	3,25	7,12
	Explaining real disease progression to the patients	1,81	3,44	6,23
	Families concealing the truth from the patients	2,00	3,75	7,50
	Average score	2,01	3,50	7,05
Resources allocation	Patients' refusal to leave the hospital	0,94	2,81	2,64
	Families' refusal to leave the hospital	1,25	3,19	3,99
	Insufficient payment from the National Health Insurance	1,38	2,75	3,80
	Insufficient manpower of the palliative team	1,94	3,50	6,79
	Insufficient support from the hospital	1,81	3,50	6,34
	Average score	1,46	3,15	4,71

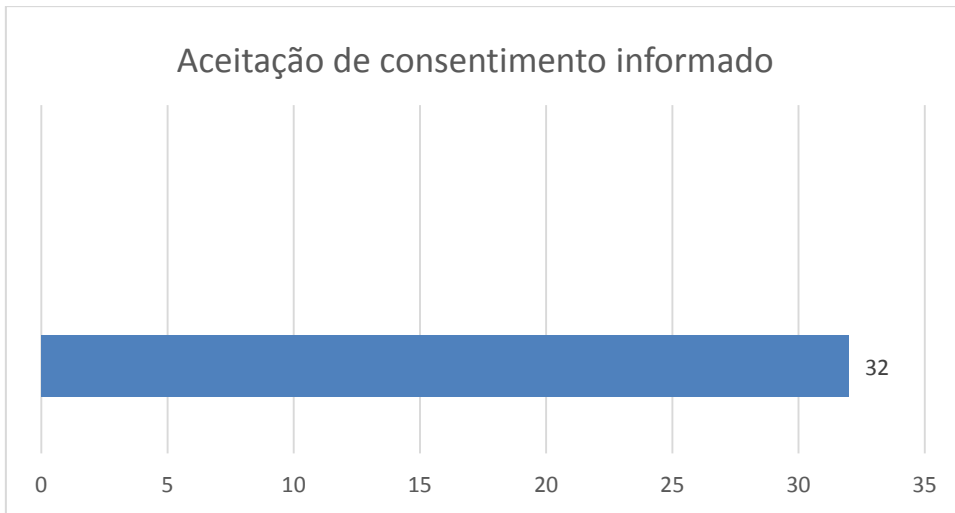


GRÁFICO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO (VALOR EXPRESSO EM FREQUÊNCIA ABSOLUTA).

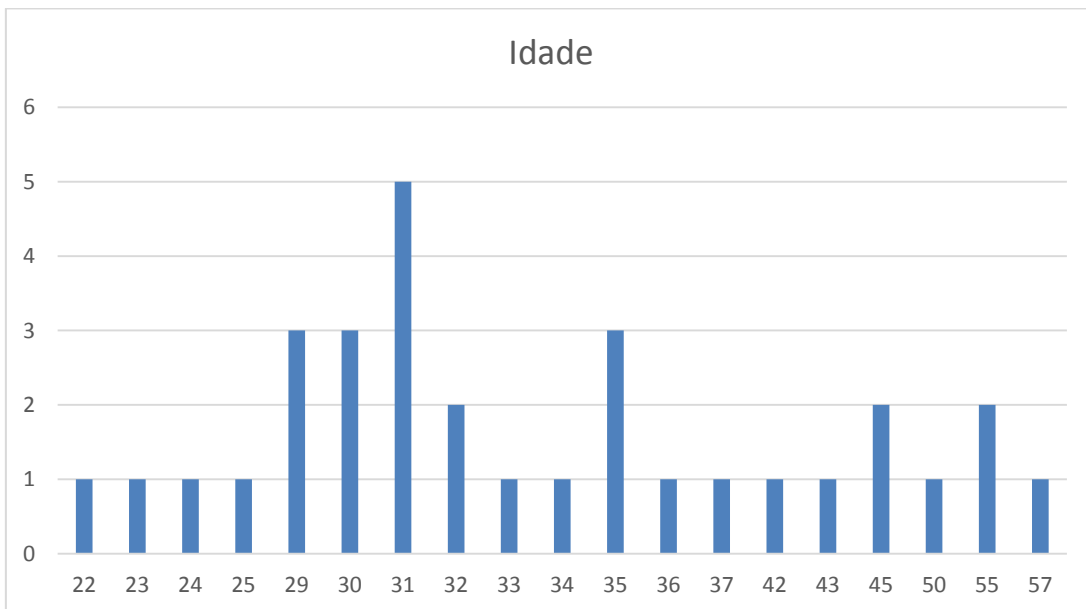


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DA AMOSTRA (VALORES EXPRESSOS EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS).

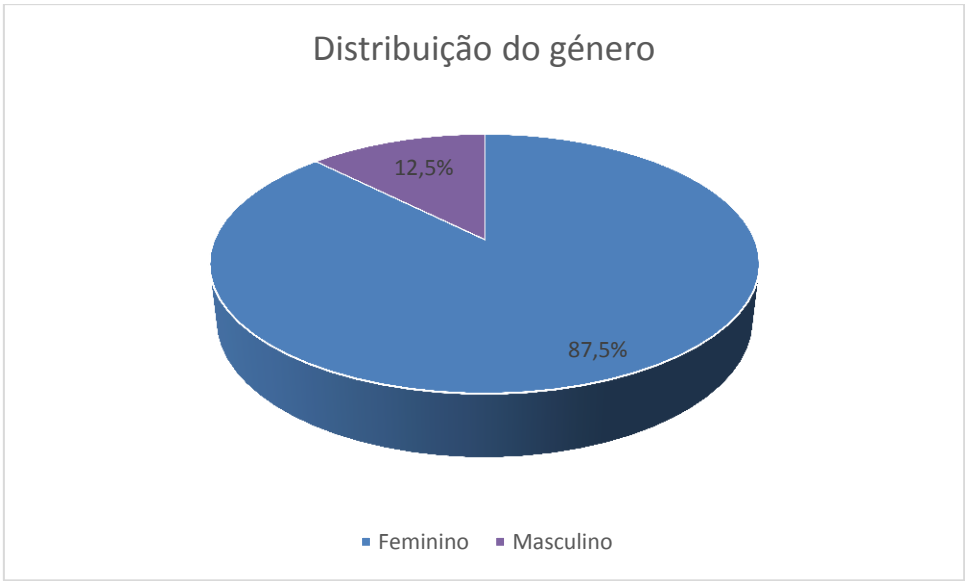


GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM O GÉNERO (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

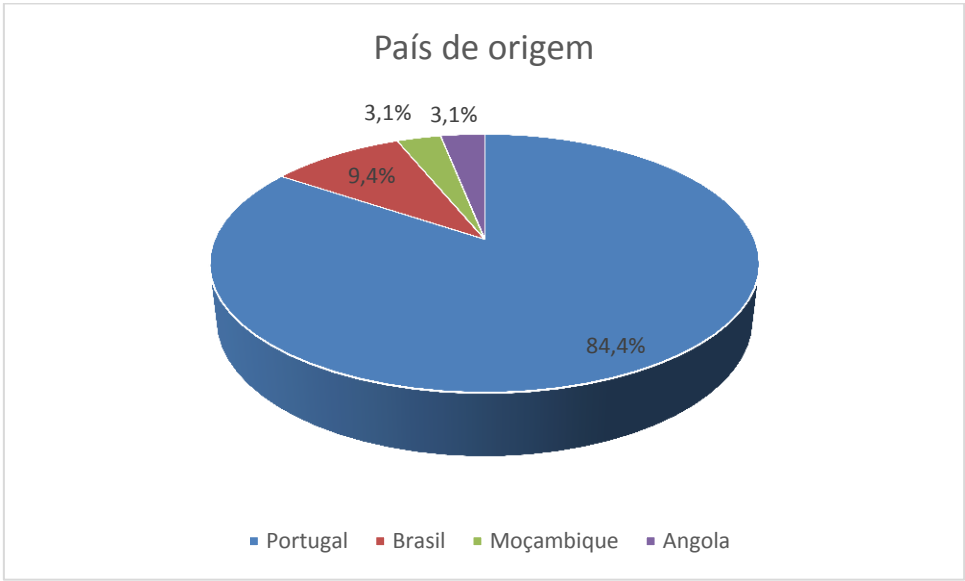


GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM O PAÍS DE ORIGEM (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

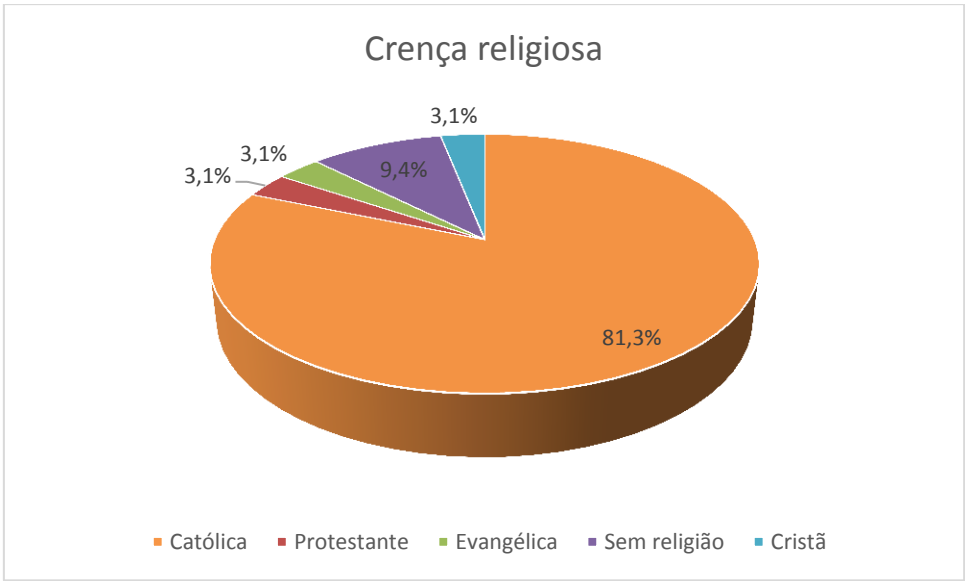


GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM A CRENÇA RELIGIOSA (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

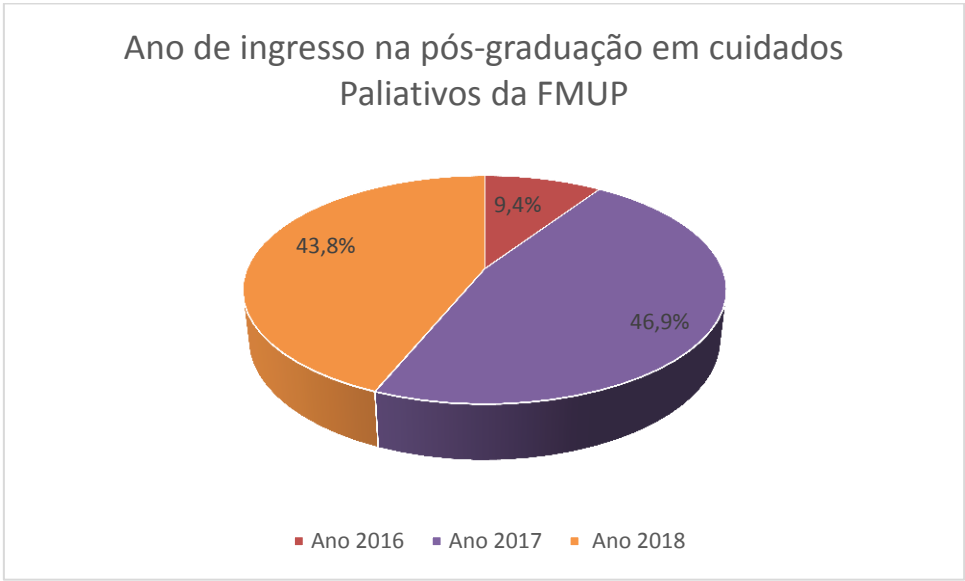


GRÁFICO 6 – ANO DE INGRESSO NA PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS DA FMUP (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

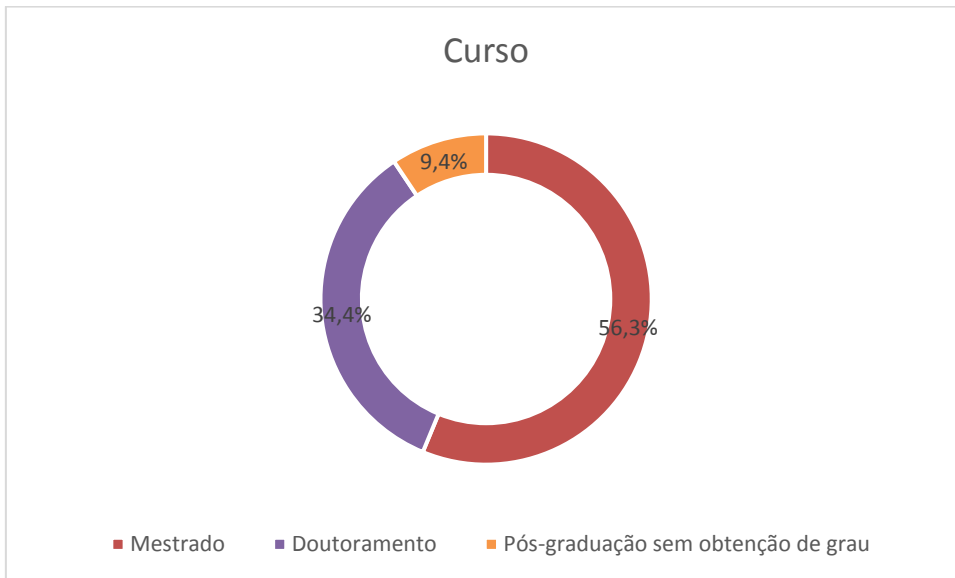


GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM O CURSO (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

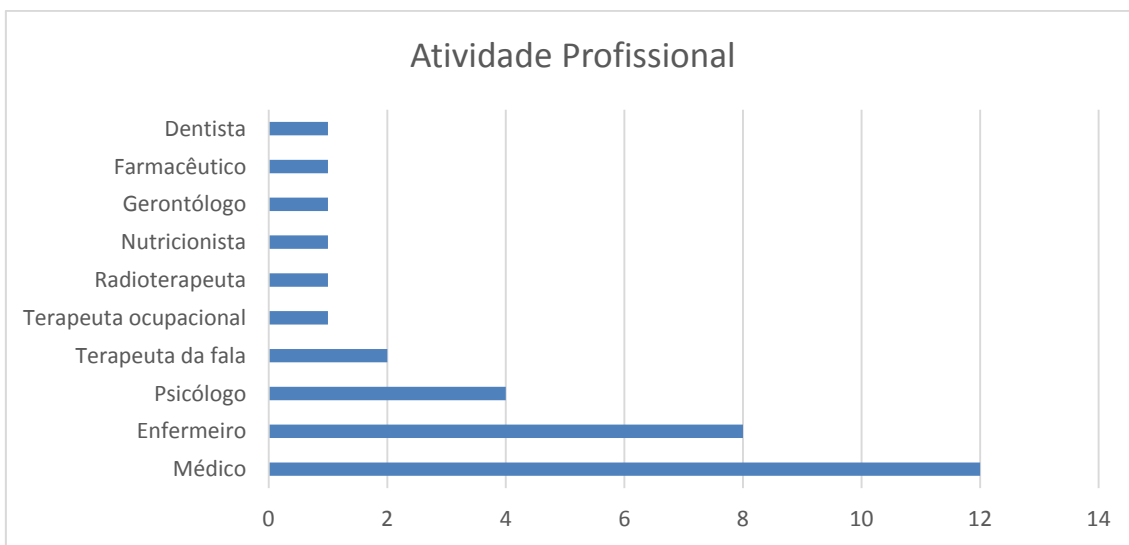


GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM A ATIVIDADE PROFISSIONAL (VALORES EXPRESSOS EM FREQUÊNCIA ABSOLUTA).

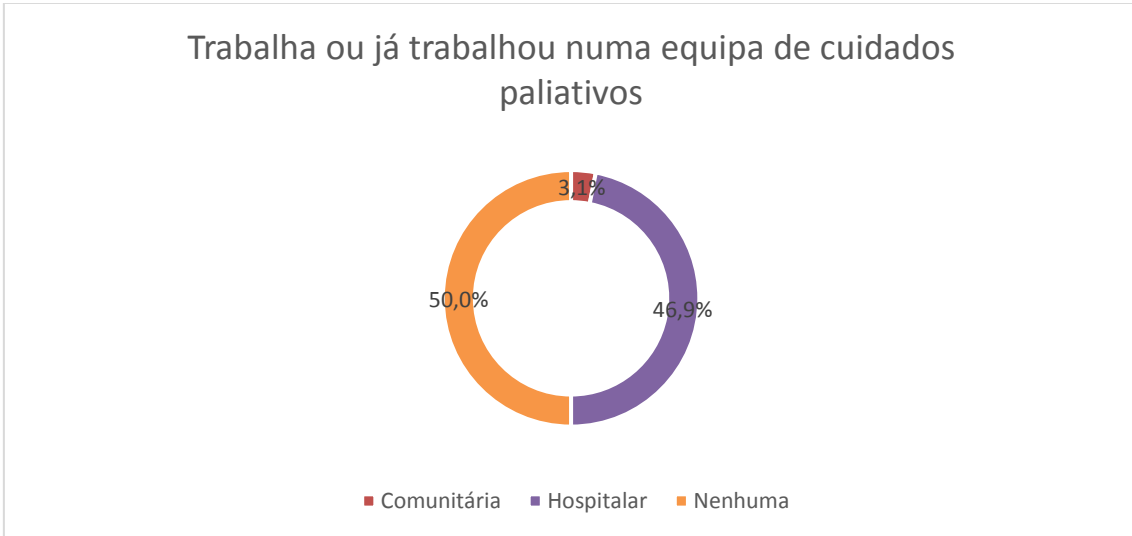


GRÁFICO 9 – EXPERIÊNCIA EM EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITÁRIA OU HOSPITALAR (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

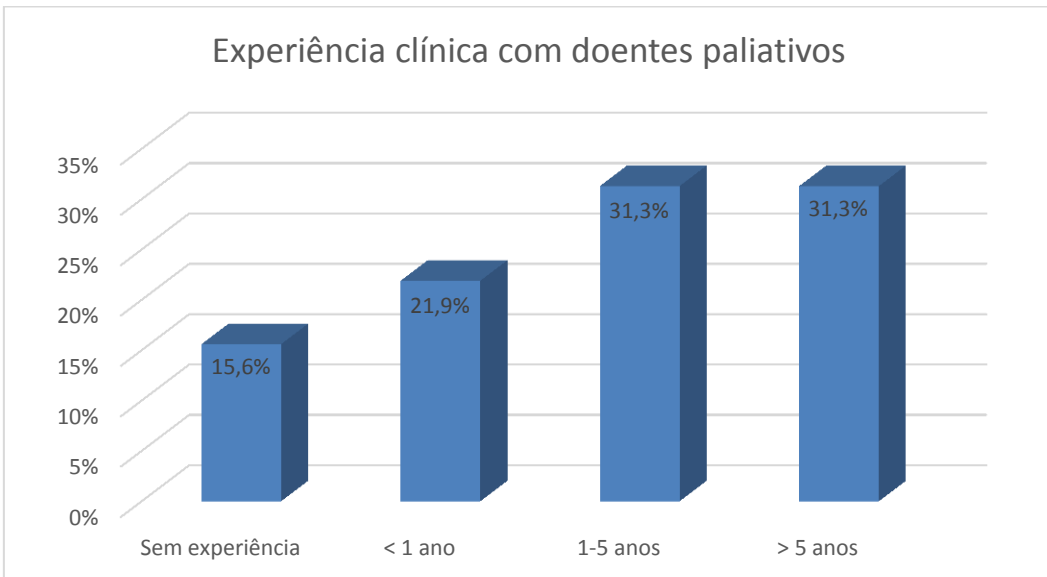


GRÁFICO 10 – EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM DOENTES PALIATIVOS (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).



GRÁFICO 11 – JÁ TEVE ALGUM FAMILIAR/AMIGO QUE RECEBEU CUIDADOS PALIATIVOS? (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

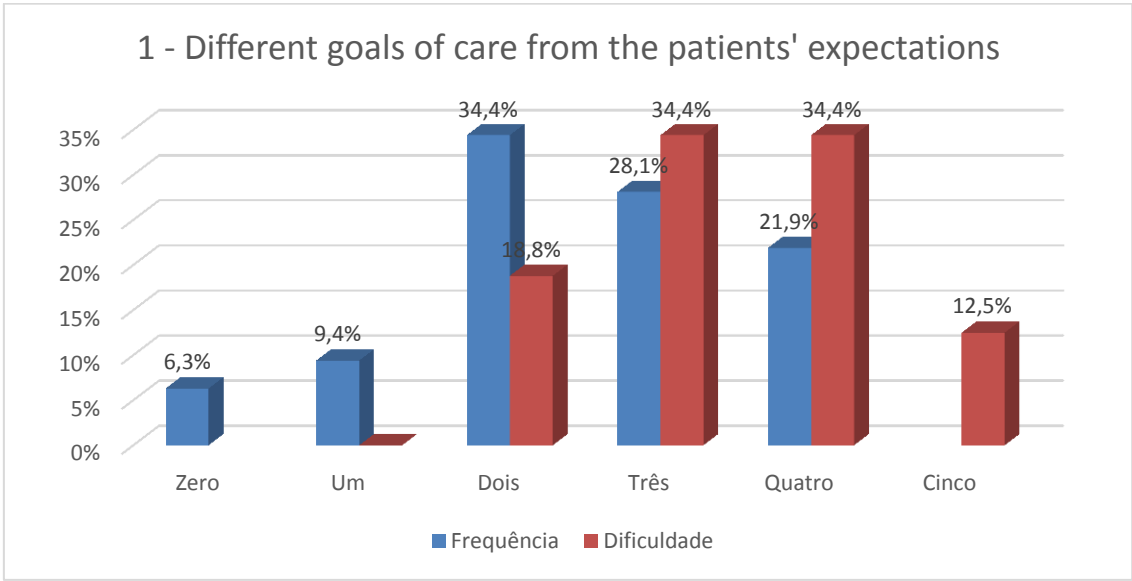


GRÁFICO 12 – DIFFERENT GOALS OF CARE FROM THE PATIENTS' EXPECTATIONS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PERCENTAGEM).

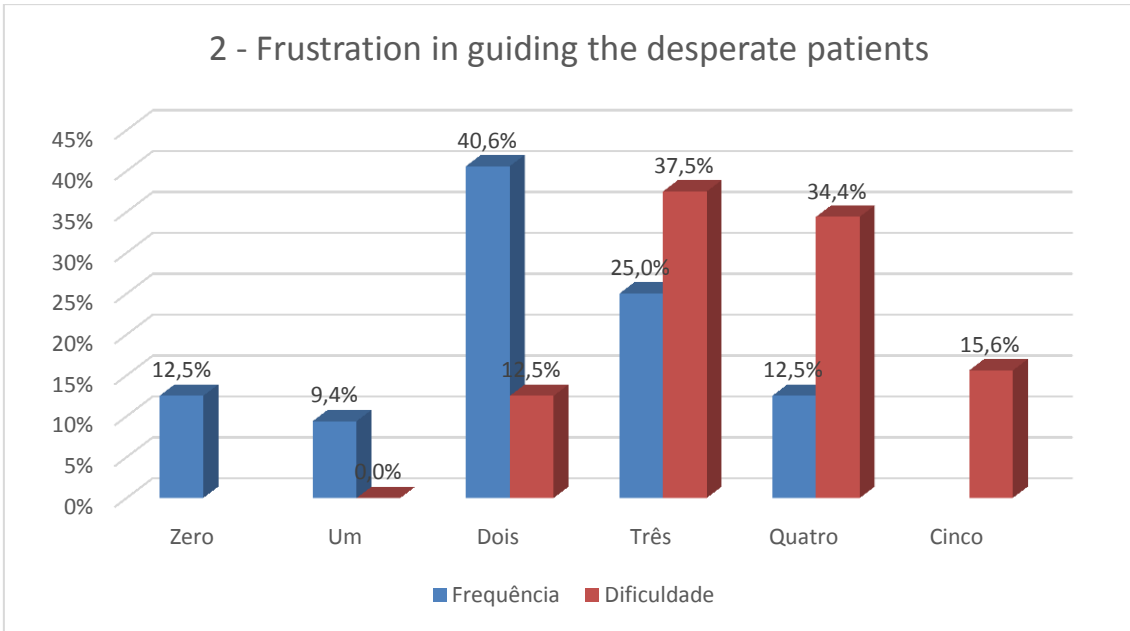


GRÁFICO 13 – FRUSTRATION IN GUIDING THE DESPERATE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

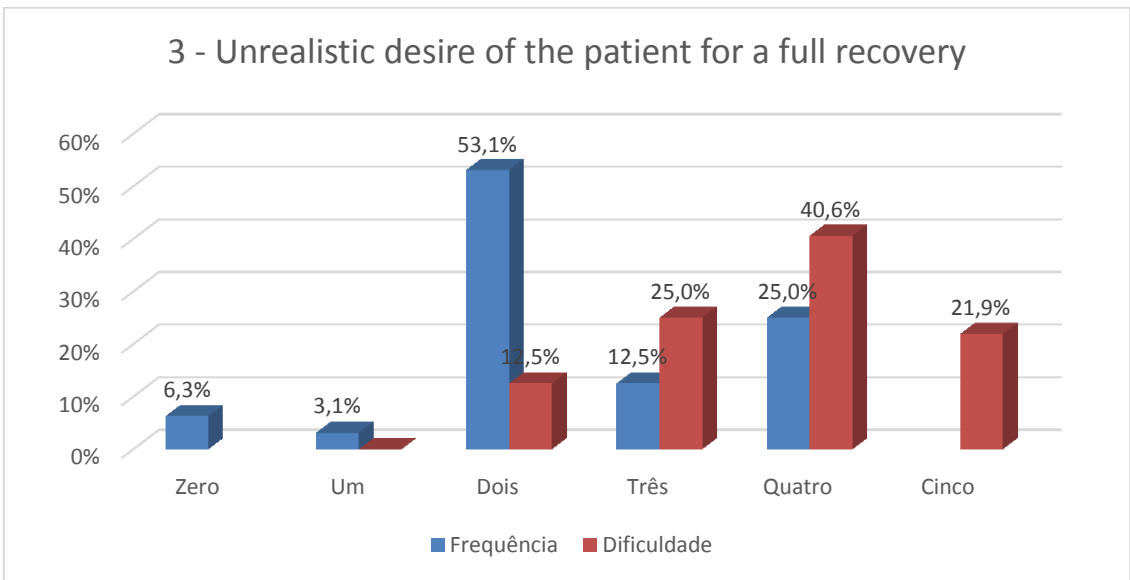


GRÁFICO 14 – UNREALISTIC DESIRE OF THE PATIENT FOR A FULL RECOVERY, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

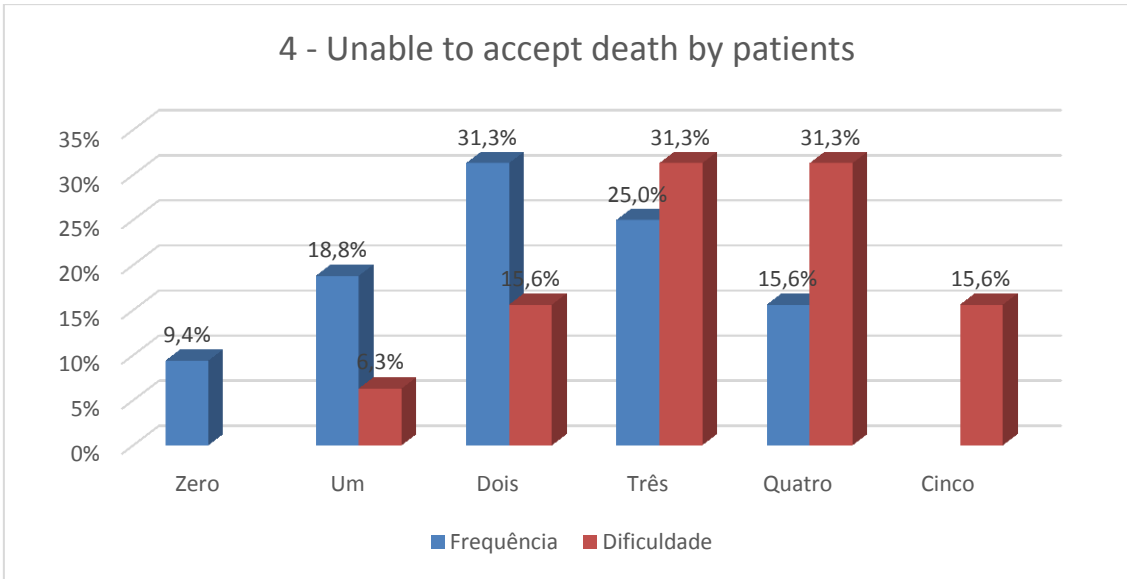


GRÁFICO 15 – UNABLE TO ACCEPT DEATH BY PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

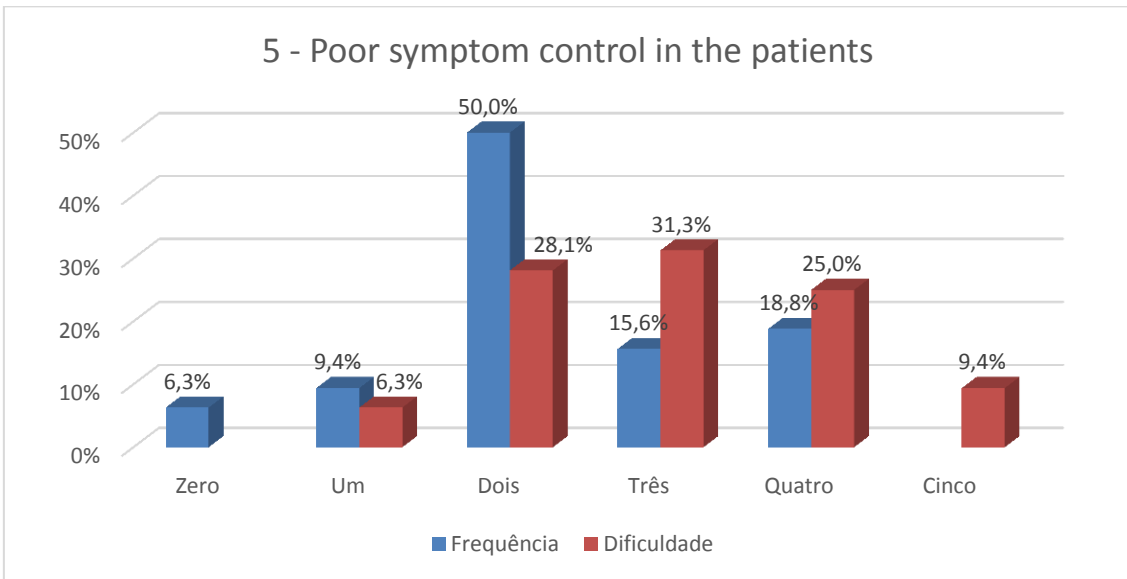


GRÁFICO 16 – POOR SYMPTOM CONTROL IN THE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

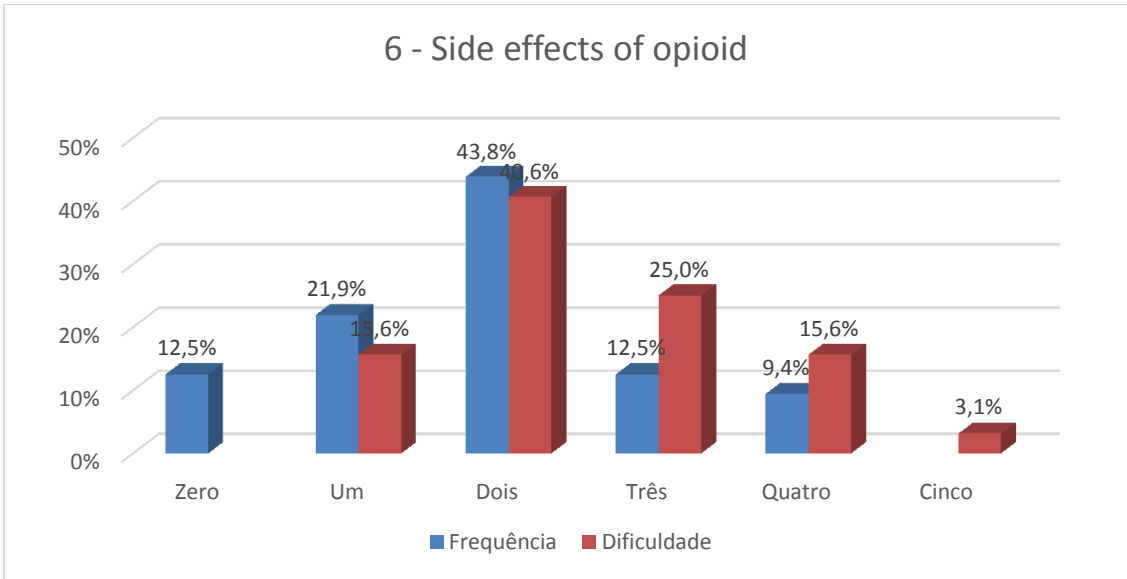


GRÁFICO 17 – SIDE EFFECTS OF OPIOID, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

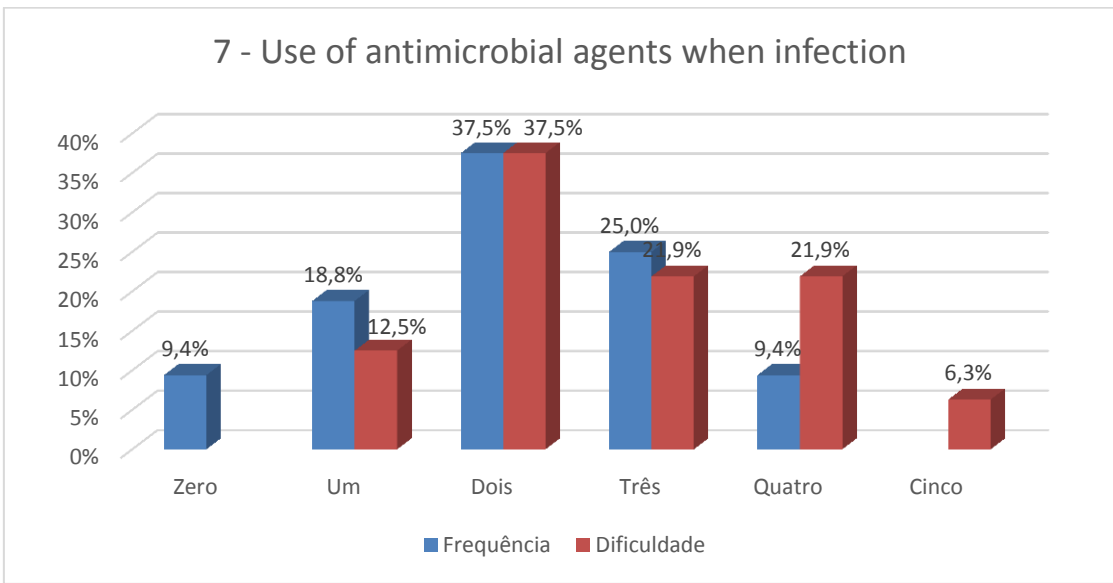


GRÁFICO 18 – USE OF ANTIMICROBIAL AGENTES WHEN INFECTION, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

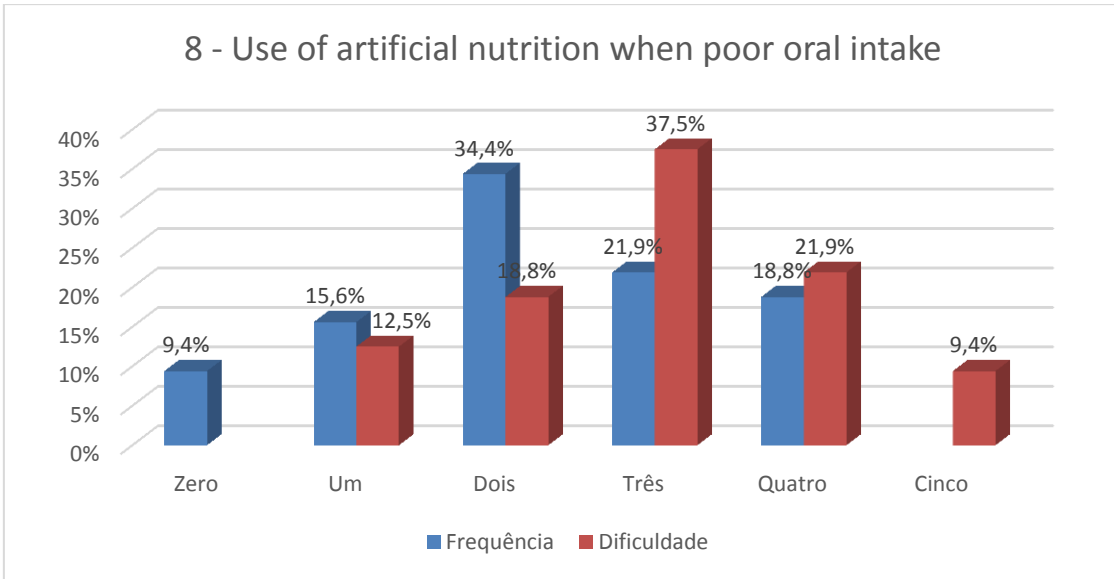


GRÁFICO 19 – USE OF ARTIFICIAL NUTRITION WHEN POOR ORAL INTAKE, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

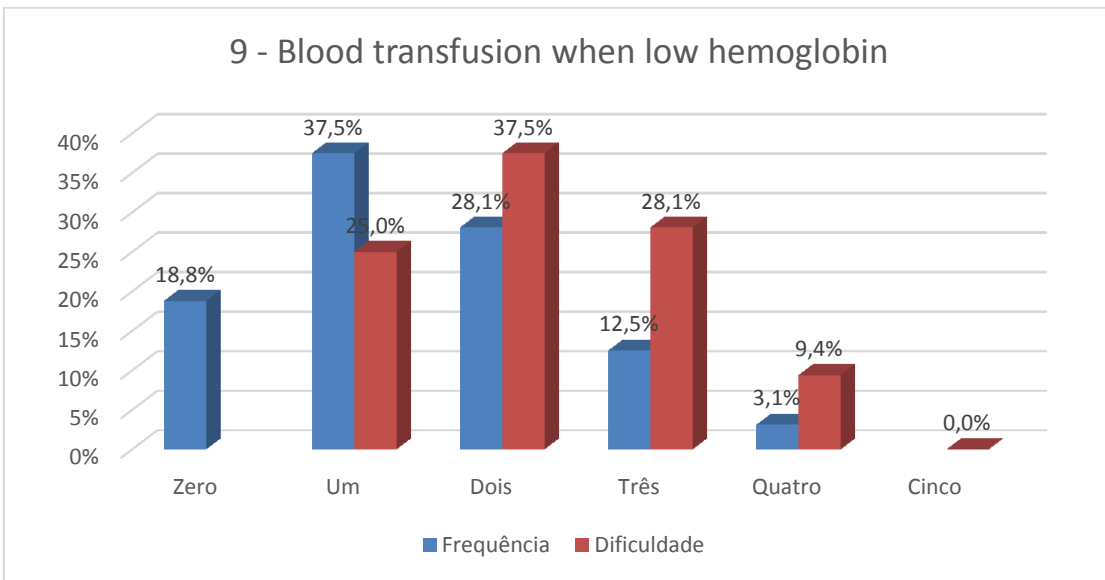


GRÁFICO 20 – BLOOD TRANSFUSION WHEN LOW HEMOGLOBIN, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

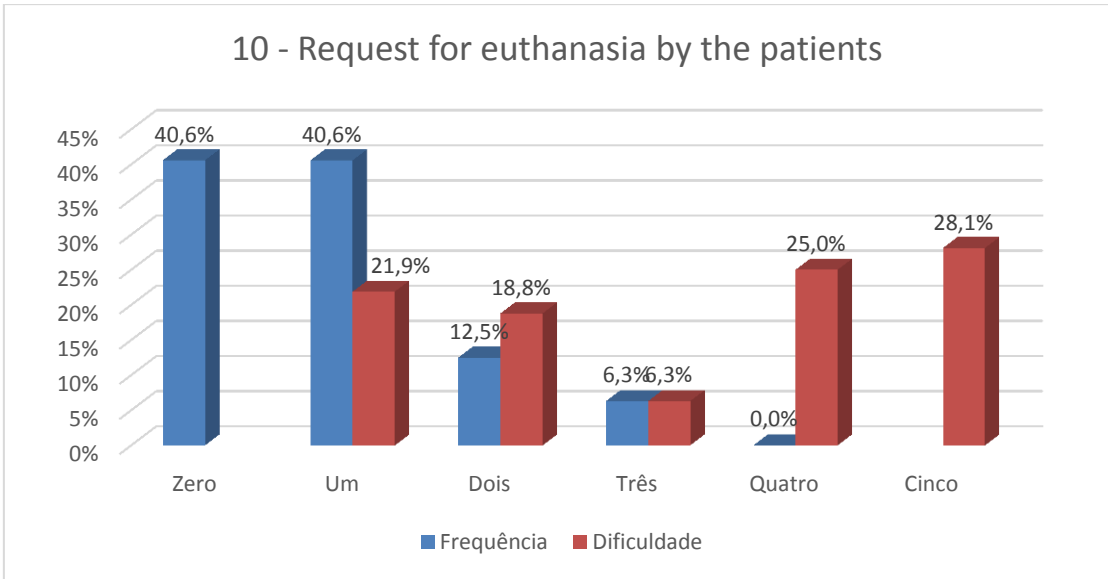


GRÁFICO 21 – REQUEST FOR EUTHANASIA BY THE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

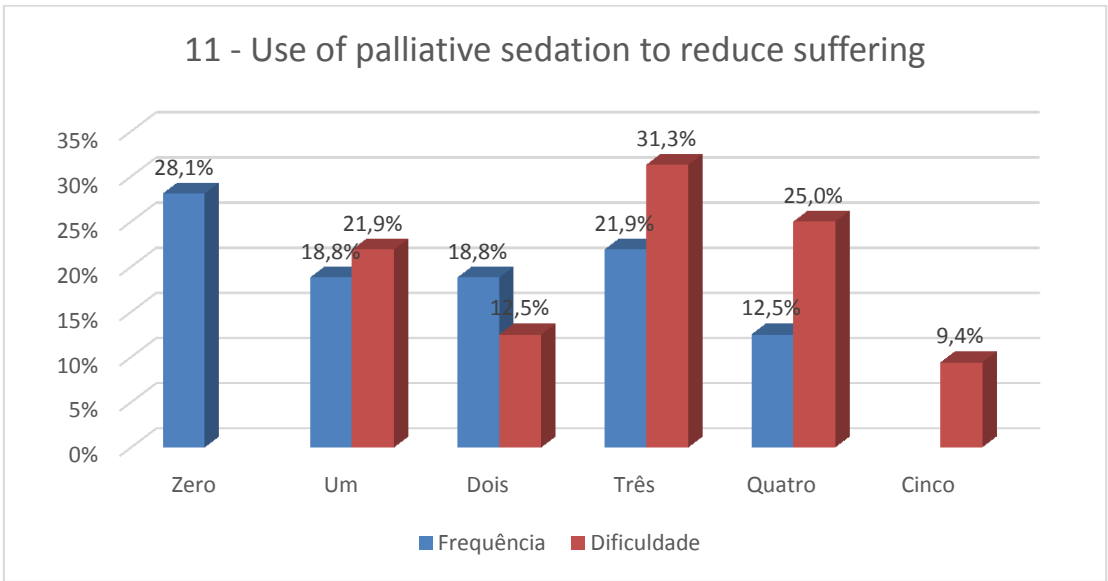


GRÁFICO 22 – USE OF PALLIATIVE SEDATION TO REDUCE SUFFERING, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

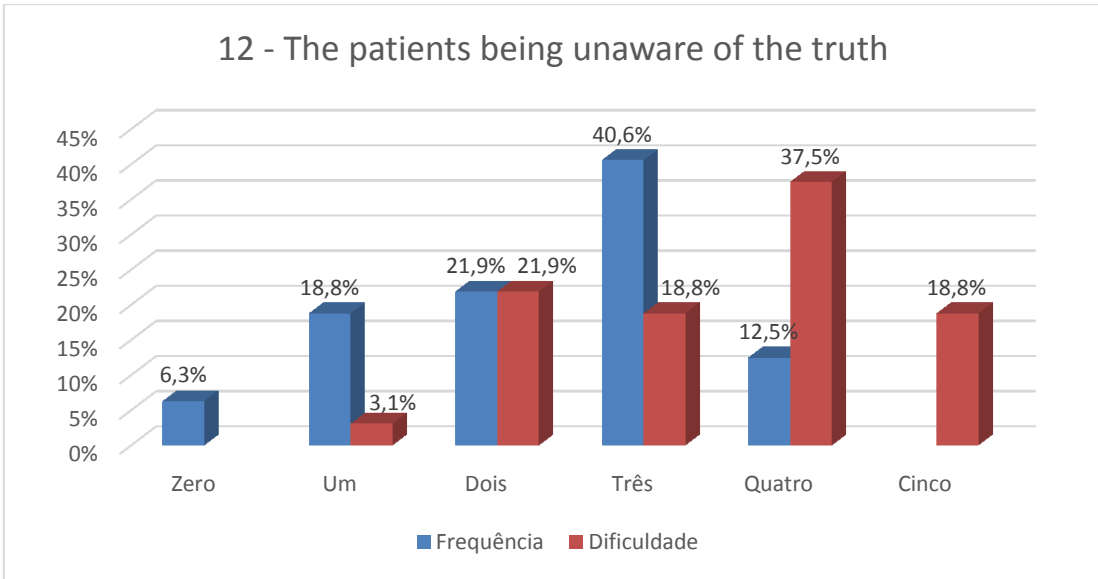


GRÁFICO 23 – THE PATIENTS BEING UNAWARE OF THE TRUTH, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

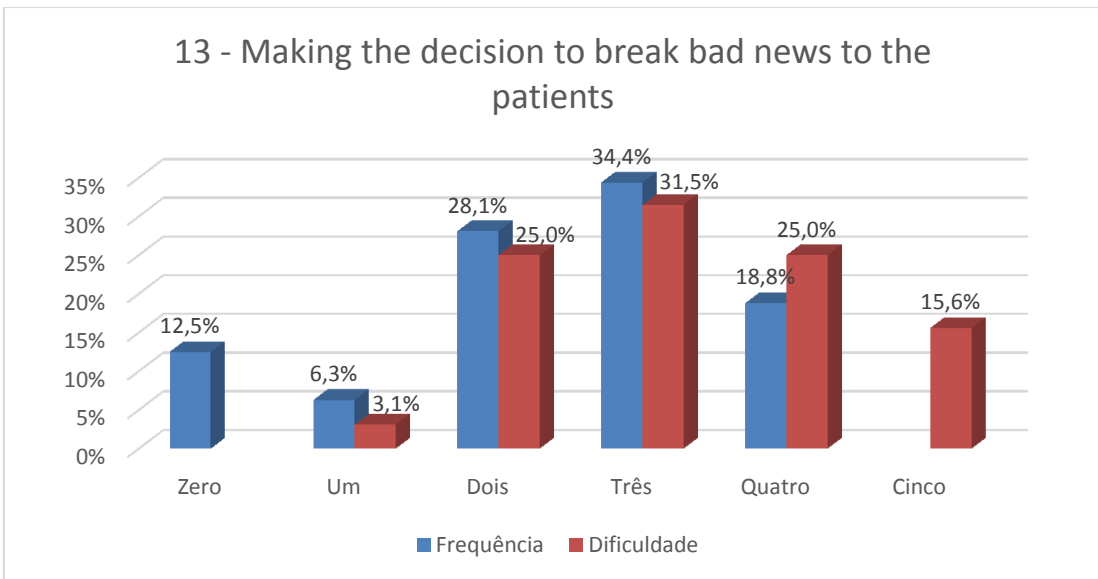


GRÁFICO 24 – MAKING THE DECISION TO BREAK BAD NEWS TO THE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

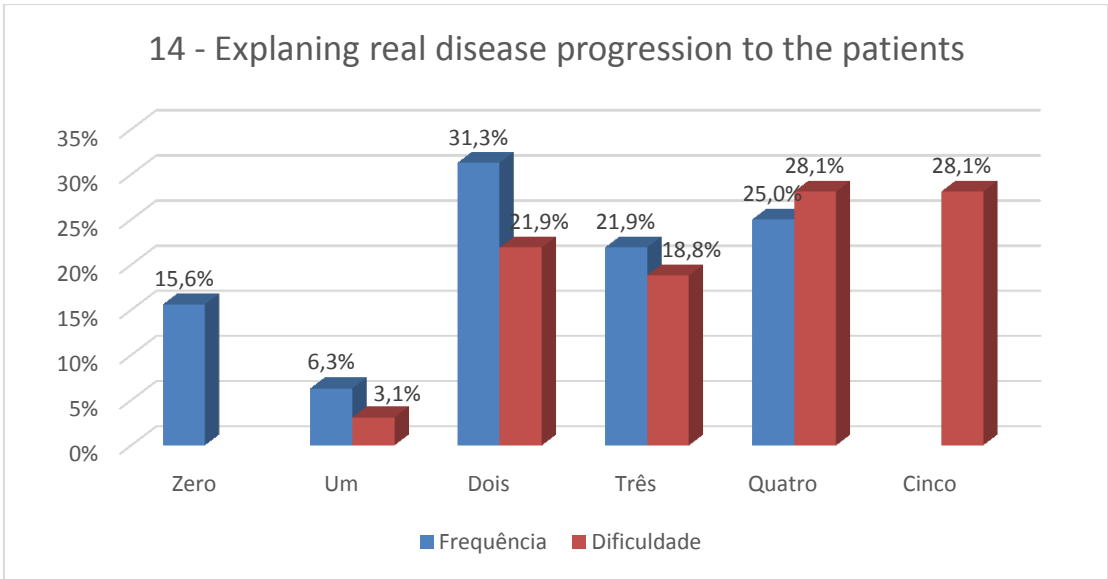


GRÁFICO 25 – EXPLAINING REAL DISEASE PROGRESSION TO THE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

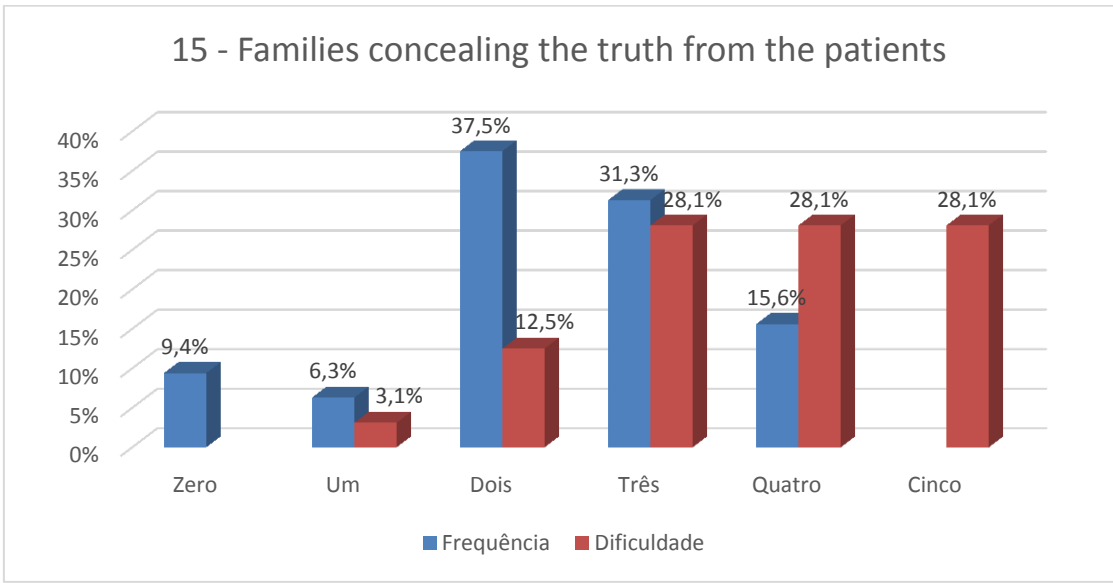


GRÁFICO 26 – FAMILIES CONCEALING THE TRUHT FROM THE PATIENTS, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

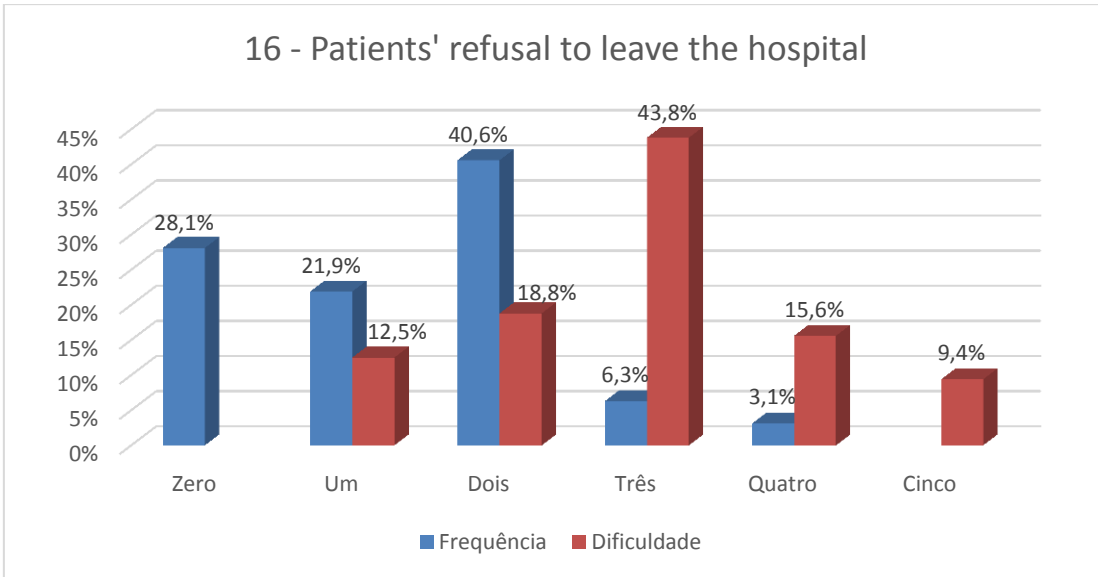


GRÁFICO 27 – PATIENTS’ REFUSAL TO LEAVE THE HOSPITAL, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

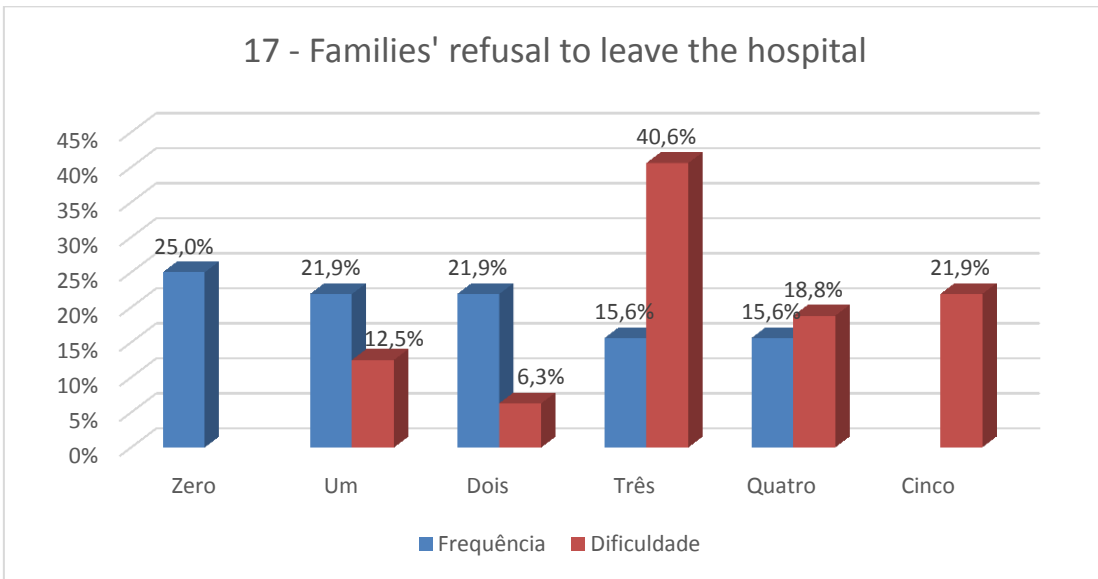


GRÁFICO 28 – FAMILIES’ REFUSAL TO LEAVE THE HOSPITAL, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

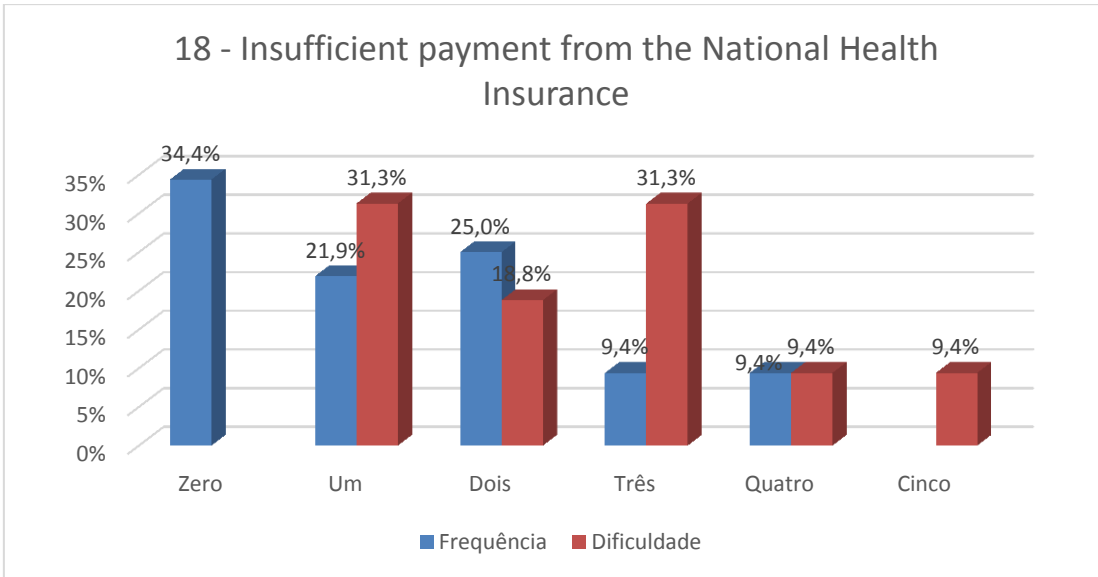


GRÁFICO 29 – INSUFFICIENT PAYMENT FROM THE NATIONAL HEALTH INSURANCE, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

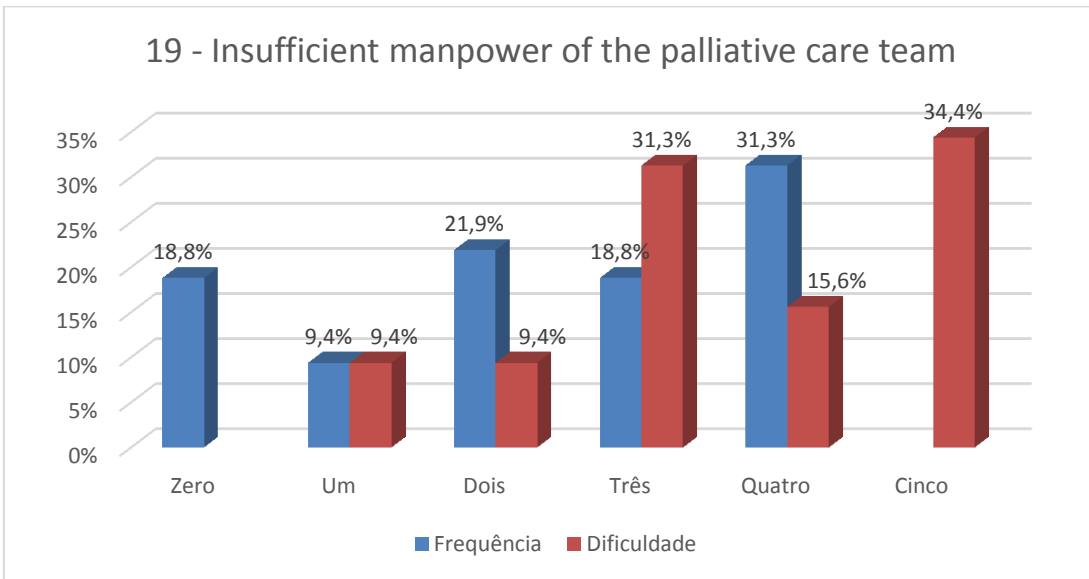


GRÁFICO 30 – INSUFFICIENT MANPOWER OF THE PALLIATIVE CARE TEAM, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

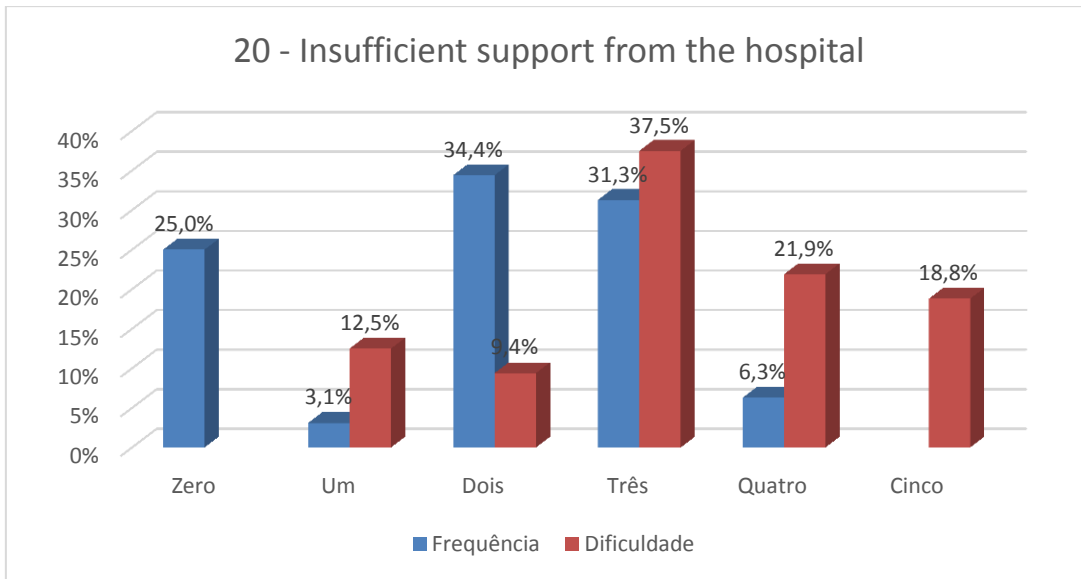


GRÁFICO 31 – INSUFFICIENT SUPPORT FROM THE HOSPITAL, DE ACORDO COM O SCORE DE FREQUÊNCIA E DIFICULDADE (VALORES EXPRESSOS EM PORCENTAGEM).

Pesquisa: "Questões éticas reconhecidas por profissionais de saúde pós graduados em Cuidados Paliativos"

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para participar no projeto de investigação "QUESTÕES ÉTICAS RECONHECIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÓS GRADUADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS", sob a responsabilidade da investigadora Úrsula Dalcolmo de Menezes, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Nunes e coorientação da Dr^a. Francisca Rego

Esta pesquisa tem como principal objetivo conhecer a opinião dos profissionais de saúde acerca dos desafios éticos encontrados em cuidados paliativos. O questionário destina-se aos profissionais de saúde pós graduados em Cuidados Paliativos pela Faculdade Medicina da Universidade do Porto e que tenham conhecimento médio ou avançado em inglês.

Todas as informações obtidas serão absolutamente confidenciais e os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Os dados obtidos poderão ser utilizados para fins clínicos, apresentações e publicações científicas.

Declara-se que não existe nenhum conflito de interesse por parte dos profissionais que promovem o estudo, nem por parte dos participantes.

Durante todo o período da pesquisa poderá tirar suas dúvidas através do e-mail da investigadora responsável: ulidalcolmo@hotmail.com (351 926 885 494).

Ao assinalar a opção "aceito participar", a seguir, estará a atestar sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos.

Termo de Consentimento *

ACEITO PARTICIPAR

Idade *

Short answer text

Género *

Feminino

Masculino

País de origem *

- Portugal
- Brasil
- Moçambique
- Other...

Religião

- Católica
- Judaica
- Protestante
- Espírita
- Evangélica
- Sem religião

Ano de ingresso na pós graduação em cuidados paliativos da FMUP *

- 2016
- 2017
- 2018

Curso *

- Mestrado
- Doutoramento
- Pós graduação sem obtenção de grau

Profissão *

- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Farmacêutico
- Terapeuta ocupacional
- Terapeuta da fala
- Assistente social
- Gerontólogo
- Dentista
- Other...

Trabalha ou já trabalhou numa equipa de cuidados paliativos *

selecione uma ou mais opções.

- Comunitária (centro de saúde ou equipa de CCIs)
- Hospitalar (unidade, equipa intra-hospitalar ou serviços de cuidados paliativos)
- Nenhuma das alternativas

Experiência clínica em cuidados paliativos (referente ao contato clínico com doentes paliativos, não necessariamente integrado a uma equipa especializada) *

- < 1 ano
- 1 - 5 anos
- > 5 anos
- Nenhuma das alternativas



Já teve algum familiar/amigo que recebeu cuidados paliativos *

Sim

Não

Other...

Responda à escala dos dilemas éticos em cuidados paliativos, avaliando a 'frequência' e o grau de 'dificuldade' encontrados conforme a sua experiência e percepção.

Frequência: de "never encountered" (0) até "at least once per week" (4)

Dificuldade: de "not at all" (1) até "extremely difficult" (5)

1- Different goals of care from the patients' expectations *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

1.1- Different goals of care from the patients' expectations *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

2- Frustration in guiding the desperate patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

2.1- Frustration in guiding the desperate patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

3- Unrealistic desire of the patient for a full recovery *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

3.1- Unrealistic desire of the patient for a full recovery *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

4- Unable to accept death by patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

4.1- Unable to accept death by patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

5- Poor symptom control in the patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

5.1- Poor symptom control in the patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

6- Side effects of opioid *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

6.1- Side effects of opioid *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

7- Use of antimicrobial agents when infection *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

7.1- Use of antimicrobial agents when infection *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

8- Use of artificial nutrition when poor oral intake *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

8.1- Use of artificial nutrition when poor oral intake *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

9- Blood transfusion when low hemoglobin *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

9.1- Blood transfusion when low hemoglobin *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

10- Request for euthanasia by the patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

10.1- Request for euthanasia by the patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

11- Use of palliative sedation to reduce suffering *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

11.1- Use of palliative sedation to reduce suffering *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

12- The patients being unaware of the truth *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

12.1- The patients being unaware of the truth *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

13- Making the decision to break bad news to the patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

13.1- Making the decision to break bad news to the patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

14- Explaining real disease progression to the patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

14.1- Explaining real disease progression to the patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

15- Families concealing the truth from the patients *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

15.1- Families concealing the truth from the patients *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

16- Patients' refusal to leave the hospital *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

16.1- Patients' refusal to leave the hospital *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

17- Families' refusal to leave the hospital *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

17.1- Families' refusal to leave the hospital *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

18- Insufficient payment from the National Health Insurance *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

18.1- Insufficient payment from the National Health Insurance *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

19- Insufficient manpower of the palliative team *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

19.1- Insufficient manpower of the palliative team *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult

20- Insufficient support from the hospital *

Avalie com que frequência encontra este dilema:

	0	1	2	3	4	
Never encountered	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	At least once per week

20.1- Insufficient support from the hospital *

Avalie o grau de dificuldade em lidar com este dilema:

	1	2	3	4	5	
Not at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremely difficult