

Centro de Estudos de Bioética
Pólo Açores

Coordenação de MARIA DO CÉU PATRÃO NEVES

COMISSÕES DE ÉTICA: DAS BASES TEÓRICAS À ACTIVIDADE QUOTIDIANA

2.ª edição revista e aumentada

INTRODUÇÃO:

DAS QUESTÕES INTER-PESSOAIS ÀS INTER-INSTITUCIONAIS

A reflexão bioética, paralela e diferentemente suscitada pela investigação científica e pela prática clínica, cedo desenvolveu características específicas a cada um destes domínios. No privilegiado meio hospitalar, a reflexão ética foi-se afirmando, como temos visto, como exigência de identificação, análise e tentativa de resolução efectiva de casos ou situações problemáticas singulares no relacionamento dos profissionais de saúde com os doentes e como competência específica das comissões de ética, na sua dimensão assistencial, e dos eventuais consultores. A centralização da reflexão nos problemas éticos emergentes da prática clínica, o reconhecimento das questões particulares que o cuidar do doente coloca e das novas abordagens de análise e de decisão a que apela, justificam a constituição de uma área de especialização designada por "ética clínica"¹.

Ética clínica

A enunciação de uma "ética clínica" parte do explícito e comumente aceite pressuposto de que as condições actuais da prática da medicina determinam frequentemente que os casos clínicos se encontrem envolvidos por complexas questões éticas que têm de ser consideradas simultaneamente com os problemas profissionais, na garantia da humani-

¹ A expressão "ética clínica" vulgarizou-se apenas na década de 80. Ela terá sido provavelmente empregue pela primeira vez por John Fletcher, em 1976, aquando de uma conferência que ele proferiu na Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota. Mais tarde John Fletcher e Howard Brody introduzem a "ética clínica" como "entrada" na segunda edição da célebre *Encyclopedia of Bioethics*, referindo-se-lhe como prática que, sem negligenciar uma orientação normativa "se funda sobre a especificidade da situação do doente".

zação da prestação dos cuidados de saúde e da sua qualidade. Neste sentido, a especificação de uma ética clínica corresponde à organização de um novo meio complementar e indispensável de acompanhamento dos cuidados de saúde e que visa a melhoria destes tanto no plano técnico como humano. Com efeito, a designação de uma “ética clínica” faz cada vez mais sentido à medida que a bioética, de sentido amplo, reassume progressivamente o seu originário âmbito de uma ética aplicada à vida artificializável em geral, perdendo a correspondência, inculcada por Hellegers, a uma ética biomédica. Na verdade, a “ética clínica” (antes mesmo do estabelecimento desta sua designação) sempre teve um domínio mais limitado do que o da “ética biomédica”².

A ética clínica centra-se no encontro original, na relação única que se dá entre a pessoa doente e o médico. Este encontro clínico é uma relação de extrema proximidade, intimidade e singularidade (*at the bedside* – numa característica expressão inglesa) que, de acordo com a actual concepção de “boa prática médica”, valoriza a participação activa da pessoa doente no processo conjunto de tomada de decisão acerca do melhor curso de acção tendo em vista o seu bem-estar geral. Assim, a ética clínica privilegia o processo individual de deliberação, partilhado pelo médico e pelo doente, o momento da tomada de decisão relativamente às questões em aberto, pelo que alguns autores afirmam tratar-se fundamentalmente de uma “metodologia da decisão” ou, como alguns outros sugerem também, numa expressão que consideramos preferível, de um juízo prudencial. O juízo clínico é um juízo prático de prudência.

Sob esta perspectiva, essencialmente pragmática, em que impera a exigência da melhor tomada de decisão num espaço de tempo sempre curto, a reflexão, livre de pressões exteriores, parece sair francamente prejudicada. Com efeito, a ênfase é indubitavelmente colocada ao nível da análise dos casos. Não obstante, a reflexão teórica mantém-se como obviamente indispensável. Ela poderá e deverá anteceder e seguir-se à tomada de decisão particular. Se se privilegiar o momento da reflexão que antecede a ponderação dos vários casos tende-se para um modelo principalista em que se exige a formulação de princípios gerais de acção a serem aplicados na prática efectiva – o que tem suscitado críticas de desvalorização da realidade empírica da medicina; se se optar por inten-

² Mantemo-nos à margem da questão, frequentemente formulada a este propósito, relativa ao estatuto da ética clínica: um ramo de especialização dentro da bioética ou um novo saber e, neste último caso, um saber se não autónomo pelo menos específico. Do ponto de vista prático, tomamo-la aqui como parte da bioética ou ética biomédica.

sificar a reflexão ética num momento posterior ao da intervenção realizada, tender-se-á para um modelo casuísta em que a enunciação de regras de acção decorre da ponderação dos vários casos paradigmáticos que vão surgindo no âmbito da prática clínica – o que origina críticas de debilidade de suporte teórico³. Uma outra crítica, também por vezes dirigida à ética clínica e que tem vindo a ganhar expressão, é a de negligenciar a realidade sócio-cultural e moral em que a medicina se exerce.

Do centramento no doente à contextualização sócio-cultural

Na última década, a ética clínica sofreu uma evolução bastante importante e decisiva na sua perspectivação dos problemas. De uma análise essencialmente centrada no doente e nas relações inter-pessoais, isto é, na relação médico-paciente ou profissional de saúde-pessoa doente, avançou-se para uma perspectiva mais ampla e contextualizadora do encontro clínico, a sócio-cultural. Esta perspectiva alarga o domínio próprio da ética clínica para a consideração das relações entre o profissional de saúde e/ou a pessoa doente e as instituições implicadas na prestação de cuidados de saúde, para a consideração de um ponto de vista social sobre os serviços de saúde. A bipolaridade, que sempre caracterizou as relações no âmbito da prestação de cuidados de saúde, converteu-se num relacionamento triangular em que a realidade institucional, seja ao nível das unidades de saúde, seja do próprio sistema nacional de saúde, não pode mais ser negligenciada como intervindo activamente naquelas relações. Simultaneamente, reconhece-se a indelével importância do contexto sócio-cultural em que aquelas relações se estabelecem.

Esta abertura de uma ética individual a uma ética social no âmbito da prática clínica não implica qualquer desvalorização subreptícia do momento privilegiado do encontro entre a pessoa doente e o médico, fundamento irredutível da prática médica. O que agora se afirma é que o encontro clínico, sem nada perder da pureza da sua originalidade, deve ser contextualizado na situação real de um sistema particular de prestação de cuidados de saúde e de uma ambiência social e cultural determinadas.

³ Este é o debate que se vem travando entre vários académicos e profissionais envolvidos na actividade particular que é a ética clínica ou no âmbito mais alargado da bioética: enquanto uns (Robert Veatch) consideram que a ética clínica corresponde essencialmente à aplicação das normativas decorrentes reflexão teórica bioética, outros (mais destacadamente Jonsen e Siegler) reclamam que a situação em análise é ela própria esclarecedora e mesmo informativa acerca da melhor decisão a tomar.

Estas realidades intervêm efectivamente nas relações inter-pessoais, condicionando comportamentos, influenciando práticas, pelo que aquelas não podem ser ingénua e equivocadamente projectadas para um abstracto imaginário.

Esta expansão da ética clínica da sua concentração originária na decisão individual ou inter-pessoal, para a consideração da intervenção possível da família, do envolvimento de toda a equipa de saúde, da mediação do sistema de saúde, para o contexto da sociedade (Fox e Rothenberg, 1998), vem sendo determinada por dois diferentes tipos de factores complementares: a complexificação dos temas tradicionais da bioética e o surgimento de novos problemas. Relativamente ao primeiro, verifica-se que a apontada complexificação das questões bioéticas se deu no sentido da intensificação das suas implicações sociais e da reivindicação dos apoios institucionais, vindo hoje a extravazar amplamente toda a relação inter-pessoal. Por seu lado, esta realidade acentuou-se com o surgimento de novos temas e também com a revalorização de outros já anteriormente em debate mas que passam a exigir uma mais ampla contextualização dada a sua dimensão institucional e as suas implicações sociais.

Impõe-se hoje pensar novos modelos de reflexão ética no meio hospitalar, que se desenvolvam no prolongamento da ética clínica, constituindo-se como seu contexto real. O desafio estará em, sem alterar o compromisso originário e fundamental do médico com a pessoa doente, vir a conseguir integrar na prática clínica princípios de uma ética social.

Uma ética organizacional e institucional

A actualmente designada ética organizacional⁴ e institucional corresponde a uma nova etapa, mais abrangente, do processo de maturação da ética clínica. A ética organizacional não se reporta simplesmente a uma gestão financeira, que contribua para diminuir os custos da saúde, mas também a uma rentabilização dos recursos humanos e materiais e à promoção da qualidade e humanização dos cuidados de saúde. A apreciação ética da organização das instituições relacionadas com a prestação

⁴ A expressão "ética organizacional" vulgarizou-se a partir da actividade desenvolvida pela "Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) que, em 1991, se introduziu no domínio da ética clínica com a formulação dos "Patient Rights Standards" e, três anos mais tarde, formulou novos critérios de qualidade para os cuidados aos doentes, incluindo a apreciação ética da organização (estruturas e processos administrativos e financeiros) dos serviços de saúde.

de cuidados de saúde, na consideração do seu impacto na qualidade dos cuidados dispensados aos doentes, torna-se cada vez mais relevante para a prática clínica quotidiana.

O presente capítulo tem por objectivo o aprofundamento de temas proeminentes da bioética em virtude da sua complexidade e/ou do impacto das suas consequências para a vida das pessoas. Privilegia-se então a perspectiva inter-pessoal, mas sem olvidar a dimensão contextualizadora dos aspectos sócio-culturais. Conscientes que cada tema seleccionado implica a exclusão de outros, explicitamos o critério que determinou a presente selecção como sendo o de percorrer as várias etapas da existência da vida humana em que o artificialismo das biotecnologias intervém de forma mais preponderante, originando as situações que mais frequentemente suscitam os problemas que se colocam às comissões de ética.

Os trabalhos que se seguem abordam os sucessivos temas privilegiados de uma forma bastante ampla, intencionalmente contextualizadora de apreciações éticas que a CES virá a fazer a propósito de casos particulares.

Leituras recomendadas

- FOX, L. e ROTHENBERG, K., *The Second Medical Revolution: from Biomedicine to Infomedicine*, Boston, Shambhala, 1988.
- DAVIS, F. Daniel, "Phronesis, Clinical Reasoning, and Pellegrino's Philosophy of Medicine", *Theoretical Medicine*, 18, 1997: 173-195.
- JONSEN, Albert, "Clinical Ethics and the Four Principles", Raanan Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester/New York, John Wiley & Sons, 1994: 13-21.
- JONSEN, Albert, "Casuistry and Clinical Ethics", *Theoretical Medicine*, 7, 1986: 65-74.
- PELLEGRINO, Edmund, Singer, Peter e Siegler, Mark, "Teaching Clinical Ethics", *The Journal of Clinical Ethics*, 1 (3), 1990: 175-180.
- PELLEGRINO, Edmund, Siegler, Mark e Singer, Peter, "Future Directions in Clinical Ethics", *The Journal of Clinical Ethics*, 2 (1), 1991: 5-9.
- PENTZ, Rebecca, "Expanding into Organizational Ethics: The Experience of One Clinical Ethics Committee", *HEC Forum*, 10 (2), 1998: 213-22.
- SIEGLER, Mark, Pellegrino, Edmund e Singer, Peter, "Clinical Medical Ethics", *The Journal of Clinical Ethics*, 1 (1), 1990: 5-9.