

INTRODUÇÃO:

**UMA ESTRUTURA-MODELO
PARA A ANÁLISE DE CASOS**

A prática clínica quotidiana constitui hoje, mais do que nunca, cenário aberto para o surgimento de casos concretos, singulares, cuja ponderação não se pode restringir a considerações de ordem técnico-científica, tal como temos vindo a sublinhar: quer porque estas, em dado momento, se revelam como limitadas e ineficazes na sua actuação; quer porque se reconhece plenamente que a pessoa doente, na integralidade da sua identidade, extravasa a dimensão objectivável do seu ser.

Partindo da afirmação comum, na melhor tradição hipocrática, de que o fim último da medicina e dos cuidados de saúde em geral é a promoção do bem da pessoa doente, mas já na assunção de que este bem, o bem da pessoa, não é susceptível de ser determinado apenas por um critério clínico, torna-se inevitável alargar a atenção ao domínio dos valores. Desta sorte, a reflexão ética intervém na prática clínica com carácter de necessidade, garantindo o cuidado do doente como pessoa.

A análise ética de um caso clínico exige a participação de profissionais de saúde que possam confirmar a justeza dos factos, formular os seus possíveis desenvolvimentos e dar a compreender a realidade em causa na sua vertente científica, técnica e sobretudo clínica a outros intervenientes, entre os quais o eticista. Exige igualmente a participação de pessoas com sólida formação na área da ética, da bioética ou da ética clínica que possam identificar com rigor o dilema ético em presença e os diferentes valores envolvidos. Torna-se indispensável um bom conhecimento teórico das principais correntes do pensamento ético e respectivos princípios fundamentadores do agir e uma experimentada capacidade de interpretação dos factos aliada à criatividade na enunciação de vias de acção.

A literatura anglo-americana que incide sobre o processo de análise de casos tem-na descrito de uma forma mais ou menos extensa que aqui

sistematizamos em quatro momentos fundamentais: apresentação dos factos, identificação dos dilemas éticos, fundamentação das alternativas de acção, e recomendação ou opção de um sentido do agir.

1) A apresentação contextualizada dos factos consiste, tal como a sua designação indica, na descrição do quadro clínico da pessoa doente, bem como de quaisquer outros dados que se lhe reportam e que possam contribuir para a mais ampla e real compreensão da situação em causa. As diversas ordens de factos devem ser apresentadas pelo médico, enfermeiro e assistente social, bem como por outros profissionais que venham acompanhando o caso. Segue-se um período de questões sobre os factos apresentados. Exige-se, nesta etapa, o máximo de objectividade.

2) Num segundo momento – o da identificação dos dilemas éticos – deve-se proceder a claras distinções conceptuais, à formulação precisa dos diversos problemas éticos que o caso envolve, à circunscrição rigorosa dos diferentes aspectos em conflito e à identificação sistematizada dos valores em confronto. Assim se dissolvem equívocos ou falácias que obscurecem a visão lúcida que se pretende alcançar. Exige-se aqui uma análise isenta e perspicaz.

3) Segue-se a consideração das várias alternativas de acção, nas suas respectivas implicações, e sua possível fundamentação ou justificação à luz de diferentes princípios éticos. Importa, a este nível, enunciar exactamente os objectivos visados, os diferentes elementos da vida moral que intervêm na deliberação (emoções, convicções, princípios, etc.) e que motivam à acção, bem como proceder a uma hierarquização de critérios de tomada de decisão (entre as inclinações ou virtudes, ou entre princípios ou deveres). Nesta etapa exige-se um raciocínio preciso e rigoroso.

4) Por fim, e decorrente do percurso das etapas anteriores, recomenda-se um curso de acção, aquele que melhor promova o bem da pessoa, perspectivada na unicidade integral do seu ser e não apenas sob o ponto de vista da sua dimensão objectivável, do ponto de vista médico. Este bem da pessoa será alcançado através da ponderação do interesse biomédico, isto é, da restauração da saúde ou manutenção do máximo bem-estar psico-físico, e do interesse pessoal do doente em causa, isto é, tomando em consideração a sua concepção de uma boa vida. Esta acção estará, pois, de acordo com a boa prática médica e com o respeito pela dignidade da pessoa humana. Exige-se agora humildade na tomada de decisão e compaixão em relação àqueles sobre quem recai a acção.

O aconselhamento de um determinado curso de acção não corresponde necessária e definitivamente à “resolução” do problema. A ética não formula “soluções” mas traça orientações, directrizes de acção tendentes

à dissolução ou superação do conflito ou dilema ético¹. Neste sentido, jamais se suprime a inquietude que caracteriza a própria reflexão ética e que determina um retomar descomplexado das questões, ainda e sempre na procura do melhor sentido da acção². Este procedimento contribui para um contínuo reajustamento das normas de acção perfilhadas, através da integração dos ensinamentos da prática. Além disso, tem como vantagem adicional contribuir para o reforço de uma ética preventiva, isto é, de uma reflexão ética que permita aos profissionais de saúde, num determinado momento e circunstância de tomada de decisão clínica, antever os conflitos de ordem ética que a mesma pode vir a implicar de forma a evitar o seu eclodir futuro, e sem prejuízo do melhor juízo médico.

O empenhamento regular da equipa de saúde na apreciação ética de casos clínicos favorece o desenvolvimento da sensibilidade, na percepção imediata e perspicaz do que poderá constituir um conflito ético, bem como da experiência na condução do processo, de forma a minimizar os eventuais prejuízos físicos, psicológicos e morais dos diferentes intervenientes e a garantir o respeito pela dignidade pessoal de todos e cada um.

A análise ética de casos clínicos realiza-se hoje frequentemente em inúmeras instituições de saúde e nas diversas partes do mundo em que a consciência bioética se tem vindo a desenvolver. Esta análise pode verificar-se no curso da evolução do caso como posteriormente ao seu evento. Na primeira situação, a intencionalidade mediata é consultiva; na segunda,

¹ As comissões de ética de tipo assistencial tiveram sempre uma função meramente consultiva, sem qualquer poder de decisão (a afirmação não é contrariada pelo carácter vinculativo dos pareceres que a CES elabora sobre ensaios clínicos, exercendo aqui afinal uma função tradicional das comissões de ética de investigação). Simultaneamente, é do conhecimento comum que os pronunciamentos das comissões de ética têm um peso efectivo. Esta realidade veio colocar a questão da responsabilização (*accountability*) das comissões de ética pelos pareceres formulados, na exigência de uma mais ampla e profunda justificação do sentido dos seus pronunciamentos (acompanhamento de casos mais complexos e investimento na auto-formação).

² Um excelente testemunho da importância em manter a inquietude ética na formulação de cursos de acção por parte das comissões de ética é o que nos oferece a designada "ética clínica como filosofia contextual", apresentada por Bruno Cadoré e que corresponde à aplicação do método hermenêutico à reflexão ética sobre a prática clínica, tal como vem sendo desenvolvida na Faculdade Livre de Medicina da Universidade de Lille. Sob esta perspectiva, assume particular relevância a "incerteza" relativamente à decisão tomada, à acção realizada (só a "incerteza" permite o "distanciamento" em que o método hermenêutico se exerce como mediação) e a "hermenêutica da criatividade responsável" ou "criatividade ética", no empenho da procura de novas modalidades de acção não ortodoxas. Cf. Bruno Cadoré, *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*. Saint-Laurent, Quebec, Fides, 1997.

o objectivo é essencialmente formativo. A análise de casos de índole consultiva é necessariamente pluridisciplinar, incluindo um eticista e podendo ou não incluir a própria pessoa doente ou seu representante. A análise retrospectiva de casos clínicos tem uma maior flexibilidade nas suas modalidades de estruturação; pode realizar-se regularmente por unidades de serviços em equipas pluridisciplinares, ou então apenas quando a inquietude face a um caso ocorrido naquela unidade ganha expressão significativa; pode também reunir apenas um tipo de profissional de saúde quando se procura apreciar o desempenho comum dos seus membros em determinadas situações.

Leituras recomendadas

- ARRAS, John, "Principles and Particularity: The Role of Cases in Bioethics", *Indiana Law Journal*, 69, 1994: 983-1014.
- LOEWY, Erich, *Textbook of Medical Ethics*. New York / London, Plenum Medical Book Company, 1989.