

Área: Cardiologia

ACERCA DA BIOÉTICA DA BEIRA DO LEITO

MAX GRINBERG

Trabalho realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas (InCor)
FMUSP, São Paulo, SP

O leito é um clássico ponto de encontro entre o paciente que ocupa necessitado da medicina e o médico que o assiste, à sua beira, investido da autoridade advinda como representante local da medicina universal⁽¹⁾.

O seu simbolismo transcende às verdades do conhecimento científico, ele realça a sequência histórica das boas práticas médicas. Por isso, o grande valor das atitudes de “anfitrião” e de “hóspede” comprometidas com ajustes interpessoais de evidências em aderências.

A beira do leito abriga uma atividade de profissionalismo - base para o contrato da medicina com a sociedade- que associa racionalidade, competência, cuidar e compaixão. É nela se desenha o retrato falado da clínica, que delineia uma fiel expressão do que acontece além da fria objetividade dos métodos da medicina. É nela onde se dá ouvidos ao senso individual de qualidade de vida. É nela onde o raciocínio fisiopatológico dialoga com valores, expectativas e interesses do paciente.

O conceito que mais do que casos clínicos, a beira do leito descortina acasos clínicos por combinações infinitas de modalidade e intensidade de morbididades⁽²⁾ abrange a variedade de interpretações pessoais envolvidas na relação médico-paciente. O exame do que ocorre com o corpo do paciente inclui o exame psicossocial do que transborda na beira do leito. O processo de tomada de decisão suscita alinhamento do saber acumulado com expressões humanas da circunstância clínica analisada à beira do leito.

É à beira do leito que o médico mede a extensão do distanciamento entre um padrão bibliográfico da medicina aplicável e a individualidade biográfica receptora do paciente/responsável/familiar. Utilidade e eficácia precisam tornar-se úteis e eficientes. É neste espaço que se aprende que o desnível de conhecimento médico-paciente não autoriza posturas rígidas de “dono da razão” ou de “tutela de domínio”. A sociedade aprendeu com os próprios médicos que doenças avançam e que sucessos terapêuticos têm limitações. Os pacientes têm direitos e cada um pode exercê-los ou, de modo simples, por uma postura “o que o médico decidir está bem decidido”, ou, de modo mais plural, personalizando ajustes e negações a controles do avanço mórbido e a habilitações em prol de bom-sucesso.

A ética da vida, que é válida para esse espaço médico-social, lida com o imperativo de zelo e de prudência, frente a muitas tensões, pressuposto deontológico recomendado pela natureza humana dos que nele convivem e pelas interfaces com o sistema social. A excelência à beira do leito impõe o bom desempenho do fundamento da medicina conhecido como relação médico-paciente, que apresenta expressões morais, éticas, legais e

humanísticas.

Foi na Idade Média que o pioneirismo de Guglielmus de Saliceto (1210-1277) cunhou o termo beira do leito, como o local da manifestação da desejável integridade do médico, expressão de valores e princípios morais. Neste século XXI, a beira do leito exige a primazia do comprometimento com o máximo de benefícios e mínimos de malefícios, segundo os melhores interesses para o paciente. Ela reivindica a isenção de conflito de interesses com aspectos tecnológicos e econômico-financeiros - tentações encobertas, com frequência, por argumentos racionalizadores-, ao mesmo tempo que estimula o interesse no conflito gerado pelas dissintonias interpessoais, por exemplo, o médico treinado para aplicar e o paciente não preparado para receber, ambos com seus valores morais e religiosos⁽³⁻⁸⁾.

A ética da interação à beira do leito envolve-se com desafios que suscitam momentos de versatilidade e momentos de obstinação com chance de alternâncias por necessidades de ajuste a determinantes morais. A figuração do cuidado de uma pessoa por outra, à beira do leito, expressa o caráter de singularidade da relação médico-paciente vivenciada num contexto sociocultural.

As realidades da busca de afinidade impõem tanto interlocuções quanto silêncios e é valioso aprender o timing de cada um. Ouvir-se falar e ouvir-se ouvir é vital para o médico que revela sensibilidade com as evidências de diferença e não as etiqueta, de modo apriorístico, como uma superioridade ou uma inferioridade.

A variação pessoal da moralidade do comportamento - que no médico tem alta influência da formação profissional em se sentir obrigado a fazer- determina, à beira do leito, gradações de concordâncias entre o que a ciência classifica como clinicamente benéfico para a humanidade e o que cada pessoa aprova para si. Muitos médicos passam a compreender melhor certas “realidades de paciente”, motivo de suas críticas, após a experiência de familiares próximos ou eles próprios pacientes, quando passam a empregar determinantes morais da sua educação, até então latentes.

A comunicação médico-paciente - pela linguagem verbal e não-verbal- autentica o vínculo de confiança por meio do dever de sigilo, ao mesmo tempo em que instrumentaliza a gestão de conflitos. As palavras que são ditas à beira do leito, ao dar significado a atitudes dos interlocutores, viabilizam a compreensão mútua quando, por exemplo, o médico entra no território do paciente e motiva reestruturações. A excelência da comunicação favorece a integração de tese e antítese em síntese que sustenta consentimentos.

Uma particularidade da comunicação médico-paciente limitada a um pequeno universo é o chamado sigilo médico, jurado segundo original de Hipócrates à formatura no Brasil. A finalidade é restringir exposições da privacidade e da confidência do atendimento ao microambiente composto por quem direta e necessariamente está envolvido no uso dos métodos úteis e eficazes de uma medicina atualizada em ciência e tecnologia. Não há inviolabilidade absoluta nas normas brasileiras do exercício da medicina, ou seja, a beira do leito não é exatamente local onde se faz o sacramento de confissão e, por isso, revelações a um macroambiente - a comunidade em geral, pluriétnica entre nós-, à revelia do paciente, são possíveis. Elas exigem, contudo,

que haja satisfação a um interesse coletivo, quer por dever legal - notificação compulsória de doenças, atividades periciais-, quer por justa finalidade de natureza moral ou social.

Os conflitos na relação médico-paciente -muitos são em verdade conflitos entre paciente e método da medicina- não costumam estar referidos no texto de medicina, que costumam ser disciplinares, mas eles estão inseridos no seu contexto à beira do leito. As oposições de interesse acontecem tanto na intimidade sigilosa quanto na interface aberta com o sistema social. Percentual expressivo resulta de incompreensão do que é, de fato, ser médico, ser paciente e limite da medicina.

Admitidas verdades e participações condicionadas a vontades constituem combustível para movimentos e contra movimentos sobre diagnóstico, terapêutica e prognóstico, a partir do conhecimento do momento da medicina. Há conflitos mediatos pelas frustrações quanto ao resultado mal articulado com a memória sobre o que se deveria esperar e há os imediatos que clamam por ajustes iniciais. A beira do leito conflituosa pode se manifestar como focos de agressividade e de violência irrompidos da perda do controle sobre a independência pessoal e do uso inadequado do poder (*posse- ser capaz*) profissional. A beira do leito requer sensibilidade e visão de antecipações moldadas em autenticidade de empatia, em equilíbrio quanto a expressões de individualidade e de solidariedade.

A condução dos conflitos requer sistematização. Ela flui pelo reconhecimento das raízes e das feições das oposições advindas de número variável de personagens. A Bioética deseja-se à disposição para ser parte moderadora.

A Bioética da beira do leito^(2,10) presta-se ao exame comparativo de múltiplas consequências, que pode indicar a melhor sustentação para o sucesso de conciliação entre as partes que se sentem prejudicadas em seus interesses pessoais e profissionais. Ela chama atenção que o poder que o médico exerce é sempre interpessoal e de caráter social, caso contrário torna-se força, um comportamento que expõe a apreciações antiéticas.

A Bioética da beira do leito enfatiza que atitude médico-dependente é mais do que atitude medicina-dependente. Distinguir a diferença contribui para dar legitimidade a pactos médico-pacientes, além de estimular o desenvolvimento de modelos de gestão da beira do leito que visem, por meio de uma vigilância contínua sobre atitudes, reduzir os conflitos na interação médico-paciente.

A Bioética da beira do leito ressalta o valor pedagógico do treinamento de atitudes sobre uma infinidade de enredos com potencial de fazer com que o treinamento tecnocientífico afaste-se do caráter humano da aplicação: um jovem médico tem objetado o desenvolvimento de sua curva aprendizado pela recusa do paciente a se submeter ao procedimento; um paciente sente-se violentado pela indicação de manipulação em seu corpo; uma fonte pagadora entende que o exame solicitado por quem vivencia o caso é dispensável; uma conduta planejada por superior hierárquico é considerada inadequada e motivo de desobediência.

A Bioética da beira do leito cuida para botar a mesma mão da ciência no paciente na consciência do médico. Ela não bate o martelo, ela contribui para ajuizar sobre fatos e dados. Quando rompem dificuldades para assegurar uma tomada de decisão

pessoal ou institucional em definitivamente certa ou errada, quando os valores intervenientes estão dramaticamente impossibilitando uma visão de consenso, quando há um choque entre a percepção de paciente à disposição da medicina (“progresso tecnocientífico é igual a sucesso clínico”) e de médico a serviço do paciente (“o doente tem sua personalidade e não é um ser abúlico”), a Bioética acolhe. Ela tem a possibilidade de adicionar significados a argumentos -úteis para a promoção do entendimento- que cada um dos personagens do conflito supõe verdadeiro na escolha e legítimo em eventual mudança.

A Bioética da beira do leito lembra que a resultante de o paciente ter procurado o médico por uma determinada razão e de o médico ter enxergado muito além pode ser uma surpresa que exige paciência do médico com alguém que não se enquadra - momentânea ou permanentemente na aceção da sinonímia entre doente e paciente. Ela auxilia na exposição que a beneficência pode ser alcançada, mas não sem malefícios. Em outras palavras, a Bioética da beira do leito contribui para esclarecer ao leigo a semântica médica de estar doente e ter uma doença. Ter ou não ter sintoma aproxima ou distancia o paciente da beneficência recomendada, arregala ou fecha os olhos sobre não-maleficência e influencia o grau de utilização da autonomia.

Essa Bioética arma uma “barraca de campanha” à beira do leito. É abrigo com calor humano para certas friezas da tecnologia e da ciência. É proteção para o compromisso com o conceito de dignidade (*dignus, o que tem valor*), que sensível a épocas e locais, é forte responsável pelo caráter dinâmico do hipocrático ato de cuidar. Em consonância, ela funciona como sala de aula para o aprendizado da ética da vida de relação que acontece à beira do leito. É uma estrutura invisível que dá visibilidade a processos de interação médico-paciente/terceiros.

A Bioética da beira do leito lida com a imprescindível aplicação do cabedal tecnocientífico e com o cumprimento de leis e códigos, segundo um direcionamento inicial do coletivo para o individual. Neste caminho, surgem prós de condutas clínicas estado da arte, incluindo os avanços na fronteira do conhecimento que trazem praticidade assistencial, e contras de artigos do Código de Ética, que vedam atitudes, e de leis que condenam ações. O que se pretende para o individual pode apresentar dissonâncias com antecipações pelo coletivo e a luz da “barraca de campanha” pode iluminar os atalhos da mente para os desvios conciliadores.

Expandir a ciência dos fatos da ciência obedece a um direcionamento do tipo bumerangue, é impulsionado “com questões” desde o paciente, provoca um movimento do médico no espaço da medicina e retorna “com respostas” ao próprio paciente. Nesta dinâmica, as sociedades de especialidades filtram a literatura e através de comitês de profissionais, tão cientistas (neutros) quanto humanos (personalistas), deliberando sobre evidências por consenso ou por votação (a consideração de melhor evidência pode ter tido um número razoável de opositores), classificam dimensão de efeito (classe) e probabilidade de certeza (nível de evidência) da aplicação dos métodos clínicos e cirúrgicos. É um lado da moeda.

A sociedade civil organizada, por sua vez, por meio de ações que também não necessariamente são de consenso, habitualmente determinadas por representação de maioria (poder

legislativo, conselhos de classe), configura a convivência dos cidadãos na esfera da missão do profissional médico (há aborto legal e ilegal no Brasil, com percentuais de satisfação e insatisfação do brasileiro). É o outro lado da moeda.

Os esforços de simplificação da medicina e da sociedade para a complexidade da saúde/doença exigem do médico possuir múltiplos alicerces para se conduzir com coerência e tolerância perante impactos contraditórios. A relação médico-paciente sofre o efeito tanto das tentativas de “controle da natureza” - um fármaco que combate efeitos genéticos ou infecciosos-, quanto de “controle dos homens” - o tribunal, *sensu lato*. Desta plataforma tecnocientífico-ético-legal, a Bioética da beira do leito ascende, qual UTI, quando há necessidade de cuidados intensivos da relação médico-paciente e horizontaliza-se pelo valor na prevenção das possíveis complicações.

Cada inovação em ciência e tecnologia que almeja suprir necessidades legítimas de saúde traz o potencial de desafiar sanções vigentes. Operar um paciente com endocardite infecciosa já foi considerado ato de imprudência até que se verificou o benefício da eliminação do fator causal das “proibitivas” febre e insuficiência cardíaca. Não fazer (o agora possível), passa para um potencial de negligência. De cada progresso tecnocientífico resultam adaptações de estratégias da beira do leito. A evolução do conceito de morte encefálica para possibilitar a doação de órgãos para transplante é exemplo.

A linguagem da Bioética da beira do leito coopera na expressão das proposições e contraposições e na decodificação como de beneficência e de não-maleficência da medicina (e não do médico). A beneficência subentende que há comprovada utilidade e eficácia com base em pesquisas e rotinas assistenciais. A não-maleficência lida com as perspectivas de danos durante a aplicação. Em tempos de carência de recursos, a não-maleficência aproxima-se do sentido de *primum non nocere* (*deixar como estar é melhor do que arriscar uma piora no escuro*) e em situação de pluralidade de recursos, a não-maleficência distancia-se da locução latina pois lida com o grau de segurança da aplicação, entendendo-se que as imperfeições da medicina não permitem pretender iatrogenia-zero.

A beira do leito ensina que não se deve pretender que valores e vontades do paciente estejam absolutamente afinados com o estado da arte em medicina. Uma recomendação com ampla chance de sucesso clínico pode resultar não consentida, com permissão para a prática “menos beneficente”. Por dificuldades no exercício da virtude da tolerância, por discussões sobre limites moralmente aceitáveis, pode irromper um contencioso à beira do leito. A pretensão do médico de manter a vida em risco deve comungar com a visão pelo paciente de um mínimo aceitável de qualidade da mesma. A questão capital é: O benefício líquido (dimensão do impacto real da aplicação da beneficência conceitual) é para quem e sob qual prisma de vida?

Ante as divergências de opinião- cada qual com gradações de subjetividades e objetividades- sobre a seleção de métodos, a preservação da fidelidade à relação médico-paciente requer atitudes de maturidade pessoal e profissional. Neste afã, o acervo de experiências da Bioética pode contribuir para a construção dos alicerces de harmonização que darão sustentação a lídimas ligações entre a

tecnociência e as humanidades. Hipotensão postural medicamentosa e sintomática (gerando dilema entre suspensão pelo malefício real e manutenção pelo benefício conceitual), convivência com mutilação terapêutica (percepção individual de impacto na qualidade de vida) e proposições de mudanças profiláticas de hábitos (dificuldade de renúncia a certos prazeres como fumo e alimentação) são gatilhos de ebulições à beira do leito, que demandam o verdadeiro significado humano de uma relação médico-paciente. O olhar ciclópico é o desejável perante estrabismos de opinião e a Bioética permite um excelente exercício de ajuste.

Ponto crítico é que à medida que desacordos vão se tornando acordos entre o médico e o paciente, surge o risco de provocarem desarmonia com a visão do bem cuidar pela sociedade (inclui estar na contramão do livro de medicina em seu contexto social e insubmissão a diretrizes clínicas). Em consequência, o médico receia que ao tolerar, possa resultar enquadrado numa infração ética de negligência ou de imprudência, base para sofrer ações judiciais. É um terrível fantasma que assombra a beira do leito atual! A Bioética da beira do leito é um fórum adequado para reflexões numa abrangência interdisciplinar sobre o que poderia ser real ou ilusório.

O individualismo faz florescer riscos e murchar garantias, e, na insegurança “de ser minoria”, a norma “da maioria” é porto-seguro. Desafios de compartilhamento “off road” médico-paciente de decisões em função de análise de adversidades trazem intranquilidade porque podem gerar futuras -sem prazos prescritivos- reações adversas para o médico, através do próprio paciente/terceiros. Rótulos iniciais de aprovação são trocados, muitas vezes, por rótulos de desaprovação, em função de má evolução clínica, ou seja, um pacto sobre método pode vir a ser julgado pelo resultado, subvertendo as bases do compromisso médico-paciente firmado.

O médico sente-se colocado em isolamento, como que apartado da medicina que ele jurou praticar. Ele precisa da maturidade pessoal e profissional, tem que se valer de personalidade para sustentar a postura diferente perante a necessidade circunstancial do seu paciente. Acresce que não infrequente, uma decisão precisa ser tomada sobre hipóteses e não sobre certezas diagnósticas. Neste clima propício a críticas e a processos, as bases para discussões sobre a modernidade da relação médico-paciente não devem dispensar os fundamentos da Bioética. Eles são educativos e eficientes para a afirmação do médico íntegro impactado pelas caleidoscópicas interligações entre o estado da arte da Medicina e a arte de estar sendo o médico. Algumas frases utilizadas por médicos falam por si: aqui fazemos assim; sigo diretrizes para dormir tranquilo; eu não cuido deste paciente que já sei que vai se recusar a receber transfusão de sangue; se o paciente me procurou é porque quer que eu faça o que julgo melhor, não dou opções.

A Bioética da beira do leito valoriza a tomada de decisão específica entre as partes envolvidas- com certas salvaguardas óbvias- onde a conveniência expresse de modo claro que elas estejam motivadas para se compromissarem à margem da “melhor” prática. Em tempos de *prêt-à-porter*, alfaiate é exceção. Ademais, a Bioética da beira do leito dá subsídios para a apreciação das nebulosidades de critérios médicos e sociais para julgar boa e má prática. A Bioética fortalece o individualismo responsável.

Pelo princípio da autonomia, a Bioética da beira do leito, ao fortalecer a autodeterminação com responsabilidade, adverte para as impropriedades da rigidez de atitudes num universo onde não há duas impressões digitais iguais, ou numa linguagem mais moderna, duas pessoas- não gêmeas univitelinas- com mesmo DNA. Ela entende-se avessa a uma visão de medicina coercitiva, que tolhe a liberdade de escolhas e onde a falta de diálogo esclarecedor pode causar violências emocionais. A Bioética da beira do leito é sensível à história da medicina que ensina que a ampliação que foi ocorrendo da disponibilidade de métodos úteis trouxe espirais ascendentes de “verdades de plantão”, em contínuos desdobramentos direcionados ao mais benéfico (aceitável universalmente) e menos maleficiente (não necessariamente aceitável por um indivíduo).

A Bioética da beira do leito acha válido admitir analogia entre uma recusa do paciente em se submeter a uma recomendação do médico - um estágio do *moto continuum* da verdade- como forma de comportamento perante riscos e incertezas-, e uma recusa ética do médico a atender quem ele tenha motivos para não fazer. Neste contexto, há, contudo, uma regra social que se coloca hierarquicamente superior ao livre arbítrio, e que trata de situações com alto risco de evolução para óbito no curto prazo. Ela traz a sujeição do paciente e do médico à aplicação dos métodos de “evitamento da morte iminente” disponíveis pela medicina. Assim, a iminência de cessação da vida e a iminência de agravamento clínico ainda não fatal soam eticamente distintas. De certa forma, o imediatismo clássico prevalece sobre o conceito moderno sobre providências de afastamento da morte em longo prazo, por uma visão antecipada da história natural de doença crônica. É necessário o consentimento do paciente para, por exemplo, a administração de um fármaco que numa determinada doença (diabete, por exemplo) protege determinado órgão-alvo (proteção contra dano renal). A Bioética da beira do leito ajuda o médico a pensar sobre que tipo de expectativa de vida ele se refere quando verbaliza que precisa salvar vidas/não deixar morrer.

A fronteira entre o direito a ações de autonomia e a subordinação a paternalismo compulsório não é uma linha reta e as sinuosidades são do interesse da Bioética da beira do leito. Três exemplos marcam as complexas modalidades de articulação e poder moderador da Bioética da beira do leito.

1- O paciente recusa-se a um procedimento que tem o objetivo de desacelerar a evolução natural da doença e, pouco tempo depois, o agravamento clínico previsto acontece e a iminência de morte provoca a realização do que havia sido recomendado, agora com pior relação risco-benefício. O respeito ao exercício da autonomia por parte do paciente resultou contraditório a fundamentos sobre prognóstico da medicina. A Bioética da beira do leito pode dar elementos para que uma visão de cerca- que provoca ou o impedimento ou a transgressão- torne-se a de uma ponte que permita conexões éticas e morais da ciência com a natureza humana.

2- Um terceiro à relação médico-paciente assume postura de responsabilidade na tomada de decisão, não explicitamente designado pelo paciente capaz. Há ocasiões em que o aspecto primário é o paciente que praticamente se omite em responder pelas próprias ações e, passivamente, deixa que outrém - familiar, por exemplo- resolva; há aquelas em que ocorre um desvio

conflituoso da prioridade do paciente de se decidir por si mesmo. Habitualmente, questões ligadas à não-maleficência dominam, em função do grau de entendimento sobre aceitação de riscos dos procedimentos.

3- O momento em que a falta de perspectiva de benefício terapêutico se junta ao prognóstico de curta duração da vida suscita a renúncia a métodos que passam a ser úteis e eficazes apenas no conceito e a pronúncia por cuidados paliativos. A Bioética da beira do leito pode catalisar reflexões sobre atitude precipitada- recendendo negligência- ou ação heróica - implicando em imprudência.

O paciente é proprietário da sua anamnese, do seu exame físico e dos exames complementares e tem direito a obter os decorrentes recursos de Medicina. O conjunto de referências do passado e expectativas de futuro posiciona-se num contexto social de convenções sobre boas práticas. Ante as premissas advindas do coletivo, a Bioética da beira do leito apóia ajustes desde as manifestações peculiaridades. Ela catalisa a harmonização possível entre a responsabilidade profissional do médico, o engajamento solidário do paciente e a participação do sistema de saúde. A Bioética da beira do leito constitui instrumento de expansão da segurança (menos malefícios adjuvantes a bons tratamentos) no continuum de uma relação médico-paciente calcada na convivência de direitos.

Não há ambulatório, enfermaria, UTI ou pronto-socorro de Bioética. É nestes ambientes clínicos que a Bioética da beira do leito interage destacando a tríade capital da boa relação médico-paciente: a) rigor na argumentação, salvaguarda a desvios intelectuais; b) abertura ao desconhecido, inesperado e imprevisível; c) tolerância a opiniões contrárias.⁽¹¹⁾

A beira do leito é uma tribuna da relação médico-paciente. A Bioética cuida para dar voz a todos vinculados. Bioética, não chegue à beira do leito sem ela!

Correspondência:

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 ap.21-A
São Paulo, SP
CEP: 05663-020

Referências

1. Fletcher KE, Furney SL, Stern DT. Patients speak: what's really important about bedside interactions with physician teams. *J Gen Intern Med.* 2003;18(Suppl 1):232.
2. Grinberg M. Acaso da beira do leito, causo da bioética. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:e257-e61.
3. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Medical Professionalism Project. *Lancet.* 2002;359(9305):520-2
4. Bean JR. A new professional paradigm: whence and whither. *J Neurosurg.* 2009;111(6):1113-8.
5. Alfandre D, Rhodes R. Improving ethics education during residency training. *Med Teach.* 2009;31(6):513-7.
6. MacKenzie CR. What would a good doctor do? Reflections on the ethics of medicine. *HSS J.* 2009;5(2):196-9.
7. Jenkins J. New professionalism in the 21st century. *Lancet.* 2006;367(9511):646.
8. Lucey C, Souba W. Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Acad Med.* 2010;85(6):1018-24.
9. Wear S. Teaching bioethics at (or Near) the Bedside. *J Med Philos.* 2002;27:433-45.
10. Grinberg M. Conheço & aplico & comporto-me: identidade bioética do cardiologista. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83:91-5.
11. Sommerman A. Inter ou transdisciplinaridade? São Paulo: Paulus; 2006.