

Ensino da Bioética Convergente de Ricardo Maliandi nos Cursos de Medicina

Maliandi's Bioethics in Undergraduate Medicine Courses

Nalita Maria Hall Brum de Barros Mugayar¹
José Carlos Carraro-Eduardo¹
Renato Augusto Moreira de Sá¹

PALAVRAS-CHAVE

- Bioética.
- Educação Médica.
- Paciente Terminal.
- Terapia Intensiva.
- Cuidados Paliativos.

RESUMO

Este artigo sublinha a patente deficiência dos currículos de Medicina em relação às Ciências Humanas e defende que o estudo da Bioética – disciplina que procura integrar as Ciências Humanas às Ciências Biológicas – poderá ajudar a preencher essa nociva lacuna. Apresentamos a Bioética Convergente de Ricardo Maliandi e Oscar Thüer como um valioso arcabouço teórico capaz de auxiliar o médico a protagonizar a resolução dos conflitos éticos inerentes à sua prática profissional, sem incorrer em unilateralidade. Comparamos sua fundamentação teórica com a conhecida proposta, também principialista, de Beauchamp e Childress, apontando as vantagens daquela em relação a esta. Exemplificamos sua aplicabilidade com a análise de potenciais conflitos éticos inferidos de informações obtidas em prontuário de uma paciente internada no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro. Para a realização dessa análise, buscamos, na literatura médica, dados probabilísticos em relação à doença em questão (neoplasia de esôfago com fistula traqueoesofageana complicada por choque séptico pulmonar), ressaltando que esses dados podem ajudar na melhor compreensão do prognóstico, sem que por isso possam ser utilizados como respaldo da equipe médica para decisões unilaterais de limitação terapêutica. A literatura médica também nos brindou com propostas de condução de casos difíceis do ponto de vista ético, como o da paciente em tela. Escolhemos uma delas (Azoulayet al.¹²), reconhecendo e demonstrando sua compatibilidade com a Bioética Convergente de Maliandi e Thüer. Trata-se de um ensaio teórico sobre limitação terapêutica, no qual procuramos unir a fundamentação da literatura à aplicabilidade em um caso real de paciente crítica. Acreditamos que este artigo poderá ser um ponto de partida para a difusão da Ética Convergente – trabalho de toda a vida do filósofo Ricardo Maliandi, explicitada, no que tange à Bioética, com auxílio do médico Oscar Thüer – nos cursos de Medicina, trazendo mais segurança e menos solidão ao difícil processo de tomada de decisão inerente à relação médico-paciente ou médico-família, em especial no que se refere à atenção médica no fim da vida.

ABSTRACT**KEYWORDS**

- Bioethics.
- Education, Medical.
- Terminal Illness.
- Intensive Care.
- Palliative Care.

This article points out the deficiency of medical courses in relation to Humanities and argues that the study of Bioethics – a discipline that seeks to integrate the Human and Biological Sciences – can help fill this harmful gap. We present the Convergent Bioethics of Ricardo Maliandi and Oscar Thüer as a valuable theoretical framework able to help physicians to solve or minimize ethical conflicts inherent to their professional practice, without undue unilateralism. Comparing its theoretical foundation with the well-known proposal of Beauchamp and Childress we point out the advantages of the former. We showcase its applicability with the analysis of potential ethical conflicts inferred from information obtained from medical records of a patient admitted to the Intensive Care Unit of the Hospital Universitário Antônio Pedro. To that end, medical literature was studied in search of probabilistic data about the disease in question (esophageal cancer with fistula, complicated by pulmonary septic shock), noting that these data can help toward gaining a better understanding of the prognosis, but cannot be used by the medical team as support for unilateral decisions about therapeutic limitations. Reading Azoulay's work regarding patients with diseases with poor prognosis who eventually find themselves in intensive care, we highlight his proposal for difficult cases from an ethical point of view, recognizing and demonstrating its compatibility with the Convergent Bioethics of Maliandi and Thüer. This is a theoretical essay on therapeutic limitation, in which we seek to link the literature's foundation to real-case applicability of a critical patient. We believe that this article could be a starting point for the dissemination of Convergent Ethics - developed by the philosopher Ricardo Maliandi and explained with the aid of the physician Oscar Thüer as refers to bioethics – in medical courses, bringing more security and less loneliness in the difficult decision-making process inherent to the relationship between physicians and patient/family, particularly with regard to end of life medical care.

Recebido em: 04/03/2017

Aprovado em: 15/05/2017

INTRODUÇÃO

Dizia Oscar Niemeyer: “toda escola superior deveria oferecer aulas de filosofia e história. Assim, fugiríamos da figura do especialista e ganharíamos profissionais capacitados a conversar sobre a vida”¹ (p.1).

Esse anseio de integração entre “Humanidades” e “Ciência” permeia a Bioética desde seu nascimento, concebida em 1971 por Van Rensselaer Potter como a ponte entre “duas culturas”:

If there are “two cultures” that seem unable to speak to each other- science and humanities- and if this is part of the reason that the future seems in doubt, then possibly, we might build a “bridge to the future” by building the discipline of Bioethics as a bridge between the two cultures²(p.vii).

A atenção às Ciências Humanas nos cursos de Medicina é, ainda, insuficiente e muito distante do que Niemeyer reivindicava. Nas discussões sobre o currículo médico ideal, o que se observa são

Intensos debates e ações em busca de um novo profissional formado, logicamente, por uma nova escola médica. Uma es-

cola que, mais do que apenas voltada para a obtenção de um grau de excelência, possa produzir um profissional comprometido com outros valores.³(p.5).

A despeito dessa deficiência curricular, o médico gradua-se em meio ao vertiginoso avanço tecnológico de nossos tempos e se depara com conflitos éticos relacionados ao adoecer e ao morrer, vivenciando uma tensão cotidiana que pode levá-lo a duas atitudes prejudiciais: afastar-se do que há de humano nesses conflitos, contribuindo apenas com informações e ações técnicas, sem qualquer empatia com o paciente ou seus familiares, ou envolver-se de tal modo a ficar paralisado, sem saber como contribuir para uma solução.

Nesse sentido, acreditamos, concordando com Maluf e Garrafa⁴, que “o ensino da Bioética desponta como uma possibilidade de inovação curricular”(p.456). Ela reúne saberes diversos, especialmente biológicos e filosóficos, sendo, portanto, um caminho para esclarecer e estimular os médicos a protagonizarem esses complexos conflitos.

O filósofo contemporâneo Ricardo Maliandi, também preocupado com a formação profissional, afirma que, se ela hipervaloriza os aspectos técnicos, os profissionais são reduzi-

dos a simples instrumentos de um poder a ser utilizado para fins injustos. Por outro lado, se ela contribuir para o desenvolvimento harmônico das capacidades cognitivas, técnicas e morais desses profissionais, a sociedade como um todo se beneficiaria⁵.

Nossa proposta, portanto, é trazer a perspectiva da Bioética Convergente, desenvolvida por Maliandi, com auxílio do médico Oscar Thüer, para o currículo de Medicina e para o cotidiano da prática médica, pois

*La Bioética fue mostrando-se como um adecuado vehículo con que atender una necesidad práctica: la de hallar criterios razonables para tomar decisiones sobre investigación médica y cuidado de la salud*⁶(p.8).

Maliandi e Thüer integram a corrente principialista da Bioética, como também o fazem os conhecidos autores Beauchamp e Childress, que preconizam o uso dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça na análise dos casos conflitivos.

Entretanto, percebemos que a argumentação daqueles autores tem melhor fundamentação e mais ampla aplicabilidade que a destes, sendo, portanto, mais esclarecedora e útil. Assim, este artigo apontará algumas semelhanças e diferenças entre ambas as abordagens, preconizando a Bioética Convergente por sua maior efetividade e factibilidade na resolução de conflitos. Exemplificaremos essa aplicabilidade por meio da análise do caso de uma paciente internada no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Esperamos que esta discussão motive docentes, estudantes e médicos ao aprofundamento do tema, encontrando caminhos de solução para as situações que sua própria prática lhes apresentará. Se este artigo puder trazer mais segurança e menos solidão a esse processo de tomada de decisão inerente à relação médico-paciente ou médico-família, terá cumprido seu objetivo.

A PROPOSTA DE MALIANDI/THÜER, COMPARADA À DE BEAUCHAMP/CHILDRESS

A Ética Convergente é fruto do estudo e do trabalho de toda a vida de Ricardo Maliandi, influenciada pela Ética Material dos Valores de Hartmann e Scheler, e pela Ética do Discurso de Karl Otto Apel⁷.

A preocupação de Maliandi é desenvolver uma ética com forte fundamentação, entendida como o reconhecimento ou estabelecimento dos princípios que regem as ações morais, mas que ao mesmo tempo reconheça a conflitividade do *ethos*⁷.

Entende-se por *ethos* o conjunto de costumes, normas e orientações que regem as condutas humanas⁷. Maliandi aponta que a conflitividade do *ethos* é a regra e não a exceção⁶.

Para Maliandi, “los actos morales unívocos son una abstracción. Todo acto moral (o inmoral) está necesariamente vinculado a una situación conflictiva”⁶ (p.137), pois “las normas y los valores de los individuos tienden a ‘chocar’, a entrar em conflicto, com las normas y valores de otros individuos e incluso em algunos casos con las normas y valores de uno mismo”⁷ (p.208).

Afirma também que “la clave está en que la conflictividad no excluy ela objetividad”⁶(p.116).

Discorrendo sobre a realidade da conflitividade *a priori*, Maliandi rechaça tanto a visão rigorista kantiana de que os conflitos são aparentes (pois para Kant só poderia haver conflito entre dever e inclinação, sendo que este se resolveria pela constante opção, ainda que difícil, pelo dever) quanto a visão relativista ou subjetivista de que os conflitos entre deveres ou entre valores não são aparentes, mas, sim, reais contudo, exatamente por isso, tanto os deveres quanto os valores são subjetivos ou relativos⁶.

“Casi todos los relativismos confunden la validez de las normas morales com la vigencia fáctica de las mismas”⁸ (p.30).

Ele admite que existem diferenças culturais em relação a crenças morais e que delas se ocupa a ética descritiva, desde a perspectiva da antropologia cultural. Mas acrescenta que:

*El relativismo cultural – corriente e ntopologia – no es meramente una postura teórica, sino el resultado de la reiterada comprobación de unhecho. Pero el grande y frecuenteerrorres-triba en inferir del relativismo cultural un relativismo moral. Esaes una manera de cometer la “falacia naturalista”: Lodescriptivo puede ofrecer información valiosa a la reflexión normativa, pero no puede servirle de premisa. La vigencia fáctica debe distinguirse de la validez*⁸ (p.29).

Assim, para Maliandi, nem o rigorismo nem o relativismo. Esse filósofo reconhece que toda a moralidade é conflitiva. Alguns conflitos são contingentes, enquanto outros são inevitáveis e *a priori*. E postula que é a *razão* (a racionalidade) que ajuda a distingui-los e a fornecer critérios para evitá-los, solucioná-los ou ao menos regulá-los. A razão pode reconhecer e minimizar a conflitividade inevitável⁶.

Portanto, a Ética Convergente reconhece a razão prática como a instância anticonflitiva por excelência, entendida como um esforço por compensar a conflitividade⁸. E esse esforço se concretiza na busca da convergência entre princípios, os quais chama de *cardeais*, e que deverão ser identificados na análise de cada caso conflitivo.

Como em Kant se nota um sentimento de respeito pela lei moral, em Maliandi se nota o sentimento de rechaço pelo conflitivo⁷.

Logo, além do reconhecimento da conflitividade do *ethos*, Maliandi ressalta a necessidade de identificar princípios para a ação moral racional e razoável, integrando a corrente principialista da Bioética.

*Muchos prefieren prescindir de los "principios" y apelar para criterios diferentes. Los autores del presente libro no compartimos esa opinión. Creemos que los principios no son una cuestión de "gustos" ni de opciones arbitrarias o temperamentales, sino que radican en la estructuramismo de la razón. Es decir, si se quiere obrar de modo racional y razonable, hay que hacerlo según determinados principios, aun cuando eventualmente no se sea consciente de ellos*⁶(p.8).

Nessa busca pelos princípios que determinam a ação moral, Maliandi confere novamente grande importância à razão. Postula que tais princípios são inferidos das dimensões da razão. E estas são duas: dimensão fundamentadora e dimensão crítica.

A razão seria, portanto, bidimensional, com duas funções distintas: a busca da ordem ou da sistematização (concordando com Kant, ressalta a dimensão fundamentadora da razão e afirma que essa é a faculdade que proporciona os almejados princípios que guiam as ações morais); e o reconhecimento de que o conflitivo é inevitável (complementando Kant, sublinha os limites dessa busca por fundamentos, na dimensão crítica)⁶.

A raiz etimológica da palavra crítica é separação. "Es la razón misma la que *separa* lo que está a su alcance de lo que no está; la que encuentra y traza sus propios límites"⁶(p.10).

Aspecto inovador e interessante da proposta de Maliandi é a sugestão de que, dessas dimensões da razão, podem-se inferir aqueles princípios cardeais que regem a ação moral. Da dimensão fundamentadora, os princípios da Conservação e da Universalidade; da dimensão crítica, os princípios da Realização e da Individualidade.

Dessa forma, Maliandi procura responder a este questionamento:

*Qué principios podrían proponer se em um pluriprincipialismo restringido en el que, a diferencia de lo que ocurre tanto en Ross, cuanto en Frankena, Beauchamp y Childress e incluso Gracia, se reconociera el carácter a priori de los principios y si, además se reconocieran las relaciones conflictivas entre ellos?*⁸(p.32).

Maliandi e Thüer reconhecem que os princípios bioéticos (difundidos por Beauchamp e Childress, mas antecipados por

outros pensadores) da Justiça, Não Maleficência, Autonomia e Beneficência podem ser estudados e compreendidos como especificações daqueles princípios cardeais, respectivamente: Universalidade, Conservação, Individualidade e Realização⁶.

E avançam no esclarecimento de questões que frequentemente são formuladas em relação aos citados princípios, como sua fundamentação teórica e dificuldades de aplicabilidade⁶.

No que tange à fundamentação, como apontado acima, postulam que tais princípios, considerados também por Beauchamp e Childress como não hierarquizáveis, são provenientes das dimensões da nossa racionalidade⁶.

Quanto à aplicabilidade, diferem por observarem a conflitividade do *ethos*. Assim, por assumirem o caráter conflitivo *a priori* de toda discussão ética, Maliandi e Thüer discordam de Beauchamp e Childress – que ensinam que a situação em questão deverá indicar qual princípio deverá prevalecer sobre os demais – e sugerem que, quando da análise de algum caso específico (abordagem também preconizada pelos autores norte-americanos), nenhum princípio deverá ser voluntariamente preterido em favor de outro⁶.

Para Maliandi, Beauchamp e Childress "provisionalizan La aplicabilidad y, consecuencia, ablandan excesivamente los fundamentos, se mantienen en el área endeble de las teorías relativistas"⁸(p.31). Ou, com mais clareza, aqui se nota a importante discordância entre essas teorias:

*Estos autores norte americanos conciben los "principios" como puntos de partida para orientar moralmente las acciones médicas. Su contribución, de indudable valor, no sólo para la bioética, sino también para la teoría ética en general, presenta sin embargo, a mi juicio, la deficiencia de que no brinda una justificación suficiente de los principios propuestos y, en relación con esto, los relativiza. No se trata sólo de que restringe su aplicabilidad (la cual puede, y hasta debe, hacerse también desde posiciones no relativistas), sino de que los convierte en soportes poco confiables, de manera similar a lo que acae cuando se recurre a "intuiciones"*⁸(p.30).

A proposta de Maliandi se assemelha à de Beauchamp e Childress na medida em que sustenta um pluriprincipialismo restrito. Apenas quatro princípios para Beauchamp e Childress e também quatro princípios para Maliandi, além do metaprincípio da convergência, proposto pelo último⁶.

Entretanto, Maliandi discorda desses autores quando afirmam que, dependendo da situação, haveria que se determinar o princípio que deveria prevalecer sobre os demais, pois isto conduz o agente moral ao débil terreno do relativismo, quando como recorremos a intuições. Propõe, em contrapar-

tida, uma constante busca pela convergência entre os quatro princípios norteadores das ações morais⁶.

Reconhece o que chama de “incomposibilidad de losoptimos”. Isto é, afirma que aplicar todos os princípios plenamente seria impossível. Por outro lado, acrescenta que “mas vale la simple indemnidad de los cuatro principios que la contravención de uno solo”⁶ (p.139).

Assim, entendemos que esse autor nos orienta a buscar a convergência entre os quatro princípios e não uma determinação de qual princípio deverá prevalecer em cada situação, com prejuízo explícito e voluntário de qualquer um dos outros.

*El a priori de La conflictividad tiene su contrapartida em un a priori de La exigencia de convergencia*⁶ (p.136).

*No es preciso demonizar la conflictividad, pero si minimizarla. Ella tampoco tiene que ser celebrada o preconizada, pero sí admitida (reconocida en su carácter inevitable)*⁶ (p.137).

*La función de larazón, enfundamentación, no es solo la de resolver conflictos, sino también la de evitar conflictos (latentes), o situación escapaces de engendrar conflictos*⁶ (p.145).

Maliandi ressalta a importância do diálogo entre os envolvidos no caso conflitivo, afirmando que “larazón es dialogica”⁶ (p.125).

Ele reconhece de antemão que alguns conflitos jamais poderão se submeter à convergência. Mas ressalta que a compreensão da estrutura conflitiva sempre será possível, e esse é o primeiro passo da racionalidade em direção à convergência em si⁶.

Baseando-se na ideia de que a aplicação ótima desses quatro princípios é impossível (“incomposibilidad de losoptimos”), aponta a necessidade da detecção clara dos princípios em conflito (compreensão da estrutura conflitiva) e posterior busca da convergência entre eles, podendo haver situações em que o caminho de convergência passará pela aplicação gradual desses princípios⁶.

Seguindo-se a Ética Convergente de Maliandi, três regras devem estar claras para aquele que se vê diante de situações conflitivas⁶:

– A já conhecida regra de ouro: fazer ao outro aquilo que gostaria que o outro fizesse a si (em sua forma positiva, exposta no Evangelho de Mateus, capítulo 7, versículo 12, mais ampla e exigente que a negativa: “não fazer ao outro aquilo que não gostaria que o outro fizesse a si” – Confúcio, Pítaco, Tobias);

– A regra de prata ou a aceitação da diversidade: compreensão de que o que um deseja para si pode diferir do que o outro deseja para si;

– A regra de bronze: está vinculada ao que Maliandi chama de “metaprincípio da convergência”. Percebendo a contraposição entre as regras de ouro e de prata, pois os interesses pessoais são diversos, Maliandi a descreve da seguinte maneira: “Trata de que tu sintereseasrmonicen com los de lotro, pero no tanto que ambos llegu en aolvidarse de que la armonia no es estable”⁶ (p.140).

Logo, a regra de bronze deixa transparecer que devemos procurar a maior harmonia ou o maior equilíbrio entre os quatro princípios, sabendo que essa harmonia não será nem perfeita e nem constante.

Concluindo esta breve exposição da Bioética Convergente, destacamos:

– A conflitividade *a priori* entre os princípios cardiais, inferidos das duas dimensões da razão, como seu tema central (assim, o médico deve prever, com naturalidade e profissionalismo, que esses princípios – Universalidade, Individualidade, Conservação e Realização – poderão entrar em conflito em algum momento);

– A prerrogativa da razão em tentar minimizá-la por meio da busca da convergência entre tais princípios, na análise de cada caso específico (logo, estando o médico em posição de primazia teórica, técnica e emocional em relação ao paciente e família, esse esforço pela convergência deverá ser protagonizado por ele, o que não significa decidir de forma unilateral, mas esclarecer os interessados, favorecendo os consensos).

EXEMPLO DE APLICABILIDADE DA BIOÉTICA CONVERGENTE

Encontramos situações potencialmente geradoras de conflitos éticos na leitura reflexiva do prontuário médico da paciente MMC, feminina, 59 anos. Ela chegou à emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro com quadro clínico/laboratorial compatível com sepse pulmonar, foi internada no Centro de Terapia Intensiva e recebeu suporte orgânico avançado, com intubação orotraqueal e aminas vasoativas.

Entretanto, devido à tentativa frustrada de se introduzir um cateter nasoentérico para nutrição, uma endoscopia digestiva alta foi solicitada. Esse exame identificou uma lesão estenosante nos terços superior e médio do esôfago, cuja análise histopatológica posteriormente confirmou carcinoma epidermoide de esôfago localmente avançado. Havia uma fistula traqueoesofágica que complicava o caso.

Essa nova informação introduziu uma mudança na impressão da equipe médica sobre o quadro clínico. Não se tratava apenas de uma pneumonia comunitária evoluindo para sepse e choque. Havia uma doença de base de mau prognóstico em curso, até então desconhecida. O avançar da neoplasia

teria gerado a fístula que facilitara a grave pneumonia bilateral, provavelmente provocada pela aspiração traqueal de conteúdo alimentar.

Segundo Thuler e colaboradores⁹, a sobrevida média de pacientes com carcinoma epidermoide de esôfago nesse estágio é de quatro a seis meses, independentemente do tratamento. Além disso, a taxa de sobrevida em cinco anos não passa de 10-15%.

A partir daí, surgem os conflitos: o que a equipe médica pode ou deve oferecer a uma paciente cujo prognóstico é tão reservado? Como nos ensina Hartmann¹⁰, há que se escolher o caminho a tomar, pois até mesmo não fazer nada é uma decisão da vontade:

Alli donde el valor está, en una situación, contra el valor, no hay salida libre de culpa, pues el hombre tampoco puede abstenerse de la decisión. Tiene que elegir de un modo u otro, y también la inacción es una decisión positiva. Justamente esto es lo que significa "estar en situación": tener que elegir a toda costa. El hombre, entonces, está en realidad constantemente ante la necesidad de resolver conflictos, de decidirse de tal modo que pueda hacerse cargo de la culpa. Su destino es no poder escapar totalmente de la culpa¹⁰ (p.115).

Dados probabilísticos em relação ao prognóstico não respaldam decisões unilaterais

Como explicitado acima, a literatura médica traz dados probabilísticos pessimistas em relação à neoplasia de esôfago complicada por fístula. Entretanto, dados estatísticos não apontam quais pacientes terão piores e quais terão melhores desfechos. Logo, se dez por cento dos pacientes com doença nesse estágio sobrevivem cinco anos, nossa paciente poderá representar um desses casos.

Vale notar que essa paciente, antes de contrair a pneumonia, seguia sua vida com independência e autonomia. Nem ela, nem seus familiares, nem a equipe médica que a recebeu sabiam que havia uma doença de base de mau prognóstico em curso. Além disso, a gravidade da disfunção orgânica apresentada é mais facilmente explicada pelo choque séptico pulmonar do que pela própria neoplasia. E choque séptico, embora grave, é curável.

Aparentemente, ela possuía uma doença de base de prognóstico reservado, complicada por doença aguda (choque séptico), cuja reversibilidade dependeria de tratamento intensivo de alta tecnologia.

Jonsen e colaboradores¹¹ afirmam que o médico deverá evitar que juízos negativos sobre a qualidade de vida do pa-

ciente com qualquer doença de mau prognóstico influenciem sua conduta profissional de forma unilateral, ou seja, sem consulta ao paciente ou a seus familiares.

Entendemos, portanto, que, havendo razoáveis chances de reversibilidade da complicação aguda (choque séptico), os tratamentos intensivos deverão ser oferecidos à paciente, a não ser que haja solicitação da mesma em contrário (o que supomos que não ocorreu, pois não havia relato em prontuário de diretivas antecipadas de vontade, sejam verbais ou escritas).

Duas atitudes antagônicas – ambas antiéticas – deverão ser evitadas pela equipe médica diante de um caso como este: a primeira, hipervalorizar a doença de base – e desconsiderar o indivíduo doente e seus valores –, resultando em decisões unilaterais de limitação da terapêutica intensiva; a segunda, oposta, ignorar a doença de base e seu prognóstico, resultando em obstinação terapêutica.

Defendemos que, por precaução, especialmente quando uma situação conflitiva como esta se apresenta já dentro de um Centro de Tratamento Intensivo, enquanto não se decide o caminho a tomar (enquanto se buscam as informações que ajudarão a formular uma proposta terapêutica para paciente/família), o suporte intensivo pleno deverá ser mantido. Do contrário, a já baixa probabilidade de reversão da complicação aguda poderá se tornar nula. Tratando-se de choque séptico, algumas horas de indecisão poderão ser fatais. Negar o suporte pleno enquanto não há acordo entre médicos e familiares é incorrer numa velada unilateralidade por parte da equipe médica.

No caso específico, a tomada de decisão deverá passar por recolher pareceres da Gastroenterologia e/ou Oncologia, conversar com familiares sobre os valores da paciente, buscar dados da literatura sobre o prognóstico e o que mais se entender por conveniente.

Entendendo a estrutura conflitiva para propor caminhos éticos de solução

É compreensível que o diagnóstico de uma neoplasia avançada provoque dúvidas entre os intensivistas quanto à pertinência de insistir na cura do choque séptico.

Não raramente, conflitos desse tipo vêm à tona nos *rounds* ou discussões médicas, pois há muitos valores em tela. A indicação de terapêutica curativa do choque gera altos custos financeiros. Pode-se argumentar que talvez tais recursos, sempre finitos, devessem ser direcionados a pacientes com melhor prognóstico. Da mesma forma, poder-se-ia argumentar que a insistência na cura do choque causaria sofrimento físico desnecessário à paciente, incorrendo-se em distanásia. Até mesmo

as preferências da paciente poderiam ser aventadas, ainda que como hipótese, visto que a discussão ainda está ocorrendo entre médicos. Com empatia, o médico poderá afirmar – e frequentemente o faz – que preferiria não ser tratado com meta curativa, apenas com tratamento sintomático, como sedação e analgesia.

Vale repetir que, enquanto não se decide, há que se manter suporte intensivo pleno. E, concomitantemente, buscar as informações na literatura médica e/ou em pareceres das especialidades correlatas quanto ao prognóstico da doença, além de conversar com a família sobre os valores da paciente.

Recolhidas, portanto, tais informações, chega a hora de a equipe médica protagonizar a resolução da questão. Aqui, aplicaremos os ensinamentos de Ricardo Maliandi e as propostas práticas que a literatura médica nos apresenta referentes a casos difíceis do ponto de vista ético, como este.

Traduzindo para a prática médica as regras de ouro, prata e bronze explicitadas por Maliandi, reforçamos a necessidade de estimular na equipe médica a empatia pelo paciente, visto que a regra de ouro versa sobre isto: fazer ao outro o que gostaríamos que fosse feito a nós mesmos.

Mas não se deve limitar a isso, pois a diversidade é uma realidade. Assim, em conformidade com a regra de prata, a equipe médica deverá ser estimulada e mesmo treinada a ouvir pacientes e familiares, procurando compreender quais são os valores e preferências deles.

E, como não raramente os valores e preferências do médico e paciente/família não são iguais, o médico, procurando seguir a regra de bronze, perguntar-se-á o que de fato poderá fazer pelo seu paciente, tentando atender àquelas preferências detectadas no diálogo. O médico, sujeito autônomo, nunca estará obrigado a agir ou a se omitir de forma contrária aos seus próprios valores.

Sublinhamos aqui, recordando o que ensina Maliandi sobre a razão como instância anticonflitiva por excelência, que o médico, por sua posição de protagonismo técnico, deverá se esforçar por compreender a estrutura conflitiva e utilizar a sua racionalidade para evitar e minimizar conflitos, liderando diligentemente a resolução destes.

Os princípios cardeais da Realização (Beneficência), Conservação (Não Maleficência), Individualidade (Autonomia) e Universalidade (Justiça) que regem as decisões e ações moralmente qualificáveis não são hierarquizáveis (ou seja, as exigências advindas de cada um deles têm igual valor), e o metaprincípio da Convergência nos impele a buscar o maior equilíbrio entre eles⁶.

Recordados esses princípios, voltemos novamente o nosso olhar para aquelas possíveis dúvidas expressas no *round* médico.

Essa é a estrutura conflitiva, na qual basicamente o princípio da Realização ou Beneficência médica (expresso na prerrogativa de se manter o suporte orgânico já instituído e/ou de acrescentar tratamentos curativos) se choca com os outros três, a saber: Universalidade ou Justiça (preocupação com os custos financeiros investidos em paciente de prognóstico tão reservado, podendo-se privar desses recursos pacientes com maior probabilidade de benefício); Conservação ou Não Maleficência (ponderação sobre o desconforto físico ou possíveis complicações advindas das condutas mais invasivas, habituais na Terapia Intensiva); e Individualidade ou Autonomia (colocar-se no lugar da paciente e inferir o que ela talvez preferisse, ainda que, enquanto não vier a conhecer as preferências dela, esse seria apenas um esboço desse princípio).

Eis uma breve descrição da estrutura conflitiva em questão, antes mesmo de sabermos quais as preferências da paciente.

Procurando soluções “convergentes” para os conflitos

Alguns autores têm feito propostas sobre como lidar com pacientes portadores de doenças de mau prognóstico nos Centros de Terapia Intensiva. Interessou-nos a de Azoulay e colaboradores¹², por nos parecer compatível com a Bioética Convergente.

Eles preconizam categorizar as internações de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna que, em algum momento de sua evolução, requerem tratamento intensivo. Tais internações seriam desde plena até paliativa, passando por estágios intermediários (“*ICU Trial*”, ou “*Prova de CTI*”) de acordo com o prognóstico dos doentes e a gravidade da complicação que os levou à terapia intensiva¹².

Numa “prova de CTI”, poder-se-ia propor ao paciente e/ou à sua família o seguinte: oferecer durante um tempo predefinido os recursos disponíveis e indicados para a reversão do quadro que requereu suporte intensivo. E se observaria a resposta do paciente. Caso favorável após esse prazo, o suporte pleno seria mantido. Caso desfavorável, a equipe médica formularia propostas de limitação da terapêutica intensiva, como ordens de não reanimar, não aumentar suporte ou retirar suporte orgânico. Ao mesmo tempo, seria proposta uma nova meta: a palição, no sentido de conforto físico ou controle de sintomas – sempre observando a evolução do paciente grave, que é imprevisível, e reavaliando as metas.

Entendemos que essa proposta de Azoulay e colaboradores¹² se compatibiliza com os princípios de Maliandi, na medida em que, quando aquele autor propõe a dita “prova de CTI” por tempo limitado – ou seja, oferecer ao paciente tudo o que estiver disponível e indicado para tratar intensivamente

a complicação aguda, independentemente do prognóstico da doença de base, por um período no qual é possível detectar alguma resposta do organismo às intervenções médicas—ele, talvez inconscientemente, favorece a convergência entre os quatro princípios que compõem a estrutura conflitiva:

– Os princípios da Realização e Conservação (ou Beneficência e Não Maleficência), quando a equipe de intensivistas utiliza os recursos disponíveis para a reversão da complicação aguda, com atenção aos cuidados necessários para evitar e/ou tratar prontamente complicações e efeitos colaterais;

– O princípio da Universalidade (ou Justiça), quando se predetermina um prazo no qual já é possível averiguar alguma resposta clínica ao tratamento instituído de acordo com a complicação aguda que está sendo combatida. Como todo o processo de instituição de tratamentos e averiguação da resposta do paciente é dinâmico, a determinação desse prazo visa evitar que se mantenha ou introduza mais suporte vital para uma paciente cujo organismo não está respondendo, o que poderá culminar em distanásia (com gastos financeiros sem nenhum propósito, ferindo-se nitidamente o princípio da Universalidade ou Justiça e incorrendo em risco de infringir também o princípio da Conservação ou Não Maleficência);

–E o princípio da Individualidade (ou Autonomia) é também reverenciado, uma vez que, caso no prazo estipulado a paciente não responda ao tratamento, isto não significa que os intensivistas cessarão os esforços de cura do choque séptico, mas, sim, que formularão propostas de mudança de meta terapêutica, de curativa a paliativa. Tudo o que se propõe nesse sentido deverá ser conversado com o paciente ou a família. E, quando não se consegue um acordo de imediato, pode-se buscar o cumprimento gradual dos princípios, como nos ensina Maliandi:

En la aplicación del principio de convergencia el supuesto básico es el de la posibilidad de cumplimientos graduales de los principios. Haysiempre (o casi siempre) una medida de cumplimiento que no implica la violación del respectivo contraprinzipio⁶ (p.145).

Nesse sentido, exemplificando esse cumprimento gradual, caso o paciente não responda ao tratamento no prazo estipulado, os intensivistas poderiam propor o não aumento e/ou não introdução de novos suportes vitais. Caso a família não concorde, poderiam ao menos conseguir a concordância em não realizar reanimação em caso de parada cardiorrespiratória. E, assim, a própria evolução de cada paciente irá corroborando ou não a impressão médica de que os esforços intensivos deverão ou não ser paulatinamente cessados.

Reavaliar com objetividade as metas e propostas de limitação de terapêutica intensiva dia após dia, de acordo com a evolução de cada paciente, e manter o diálogo claro, preciso e solidário com os familiares são fundamentais nesse processo.

No caso em questão, apesar da tão avançada doença de base, a paciente recebeu os recursos disponíveis naquele CTI para a reversão da complicação aguda, o choque séptico. Encontrava-se sedada, não havia deixado suas preferências por escrito, e seus familiares, que desconheciam a doença de base, dificilmente pediriam algo diferente do “façam tudo para salvá-la”. Intensivamente tratada, teve seu primeiro choque séptico revertido, chegando a ventilar espontaneamente. Porém, dias depois, contraiu nova infecção, nosocomial, relacionada à ventilação mecânica.

A partir daí, a equipe médica tenderá a um consenso sobre a irreversibilidade do quadro, como ensina Piva e colaboradores¹³. Uma conversa clara com os familiares sobre o prognóstico nesse ponto é mandatória, pelo risco de se incorrer em excesso de terapêutica com finalidade curativa (potencialmente dolorosa e dispendiosa) para um caso aparentemente irreversível. Afinal, quantas infecções nosocomiais a paciente irá apresentar? Quanto tempo permanecerá dependente de suporte intensivo, com mínimas chances de retornar à comunidade? Quantas vezes será tratada com antibioticoterapia de amplo espectro, reduzindo a potência desses agentes e induzindo à seleção de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos disponíveis? Assim, com clareza e empatia, a equipe poderá propor a mudança da meta terapêutica de curativa para paliativa, ainda que gradualmente, como exemplificado acima, priorizando-se o conforto físico da paciente e o suporte multidisciplinar aos seus familiares.

Vale notar que esse “pacto” realizado entre o médico e o paciente deverá ser preferencialmente compatível com a legislação e o Código de Ética Médica locais. “La prudencia em reconocer si la máxima moral a aplicar ‘calza’ con las circunstancias imperantes y es sustentable em el clima moral imperante”¹⁴(p.161).

Embora ressaltemos que a busca pela ação mais correta possa ser provocativa:

En ocasiones es inevitable afrontar un riesgo jurídico cuando por encima de todo se opta por la ética profesional. En la decisión por el paciente, el medico no solo es fiel al paciente, sino también fiel a uno mismo⁶ (p.214).

Vale lembrar, nesse contexto de decidir de acordo com o “clima moral imperante”, que o papa João Paulo II, canonizado pela Igreja Católica, “ao perceber que sua vida chegava

ao momento final, diz não à proposta de voltar para o Hospital Gemelli, de Roma. Ele se recusa e simplesmente implora: “Deixem-me partir para o Senhor”¹⁵ (p.60).

Percebemos que, nos Centros de Terapia Intensiva, ocorre uma tangível luta entre o organismo doente e os recursos da medicina curativa, como num “cabo de guerra”. Nessa luta, há que se notar “para qual lado a corda está se dirigindo”, apesar da utilização dos recursos curativos. Se a doença estiver “vencendo”, talvez seja o momento de se “soltar paulatinamente a corda dos recursos da medicina curativa”, propondo um redirecionamento dos recursos para o conforto do paciente.

Nesse cenário, a palição costuma se resumir a manter bons níveis de sedação e analgesia, suspender procedimentos desnecessários e potencialmente dolorosos, como coletas de sangue, manutenção e até intensificação de medidas de higiene e cuidados com a integridade da pele, mas poderia também ser ampliada, como sugere a Organização Mundial de Saúde – “tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”¹⁶ (p.26)– com o oferecimento de suporte psicológico aos familiares e convite dos mesmos à transcendência, de acordo com seus valores.

CONCLUSÕES

O ser humano é chamado a decidir a todo custo. Optar entre um ou outro valor, um ou outro dever, constantemente. Nem sempre essas escolhas se fazem de forma consciente. Mas, frequentemente, estamos escolhendo e confrontando valores e deveres para realizar nossas escolhas. Não agir também é, na realidade, uma decisão da vontade. Uma escolha que emerge do confronto entre valores e/ou deveres.

A realidade da prática médica implica decisões habituais de maior ou menor dificuldade, mas que carregam grande relevância por influenciarem diretamente a vida e a saúde das pessoas.

Quando essa decisão se dá diante de situações extremas, como as tratadas neste artigo, o médico, detentor do saber científico sobre a doença e por isso mesmo também ciente de que tal saber é limitado, precisa esforçar-se por manter objetividade e empatia ao dialogar com o paciente ou seus familiares.

Precisa, portanto, aprender a detectar os princípios e valores que influenciam suas propostas e os que eventualmente motivam a recusa de seus interlocutores em aceitá-las. Na linguagem de Maliandi, precisa aprender a reconhecer a estrutura dos conflitos em que está envolvido profissionalmente.

Ressaltamos que o médico, um profissional que, pelas exigências da profissão, está habituado a detectar e resolver problemas, deverá se policiar para não sobrepujar a autonomia do paciente. Essa atitude somente se justifica como exceção,

como nas urgências, quando não há tempo para a construção de consensos e, portanto, aquele que tem a primazia técnica deve decidir com respaldo da literatura médica atual, de acordo com os próprios valores e, preferencialmente, com o Código de Ética profissional e a legislação local.

Devemos, cada vez mais, compreender que tanto a Beneficência quanto o respeito pela Autonomia visam aos melhores interesses do paciente.

Frisamos, portanto, que o médico precisa estar atento para identificar os valores e princípios que estão em conflito em cada situação desse tipo, em vez de optar unilateralmente pela Realização ou Beneficência, numa atitude de “paternalismo médico”, que, na terapia intensiva, poderá direcioná-lo a uma “obstinação terapêutica” ou, no outro extremo, imbuir-se da Autonomia ou da Individualidade que não cabe a ele, mas, sim, ao paciente (quando opta, também unilateralmente, por alguma limitação de terapêutica intensiva).

Ressaltamos aqui o esforço que a equipe médica deve fazer para, racionalmente, minimizar conflitos. Ela é quem tem o domínio técnico da situação.

Sendo assim, sublinhamos a necessidade da análise técnica minuciosa de cada caso quanto ao seu prognóstico e o estabelecimento do consenso dentro da equipe médica, passando pela compreensão da estrutura conflitiva em questão, antes de levar qualquer dilema para os pacientes ou suas famílias. Entendemos que o médico, aprimorando a compreensão tanto do prognóstico quanto da estrutura conflitiva, deverá protagonizar esse diálogo. Médico e paciente/família em diálogo franco e honesto, visando à beneficência que o paciente deseja para si.

Sabemos que muito se alcançou em melhorias para a saúde com o desenvolvimento de novas tecnologias. Mas essa mesma tecnologia, se utilizada sem uma adequada reflexão ética, poderá ser fonte de dor e sofrimento.

Entendemos que somente com essa reflexão e a ampliação desta discussão alcançaremos um uso mais racional e moral dos sempre escassos recursos disponíveis para a Saúde, promovendo cada vez mais a genuína beneficência médica, aquela que leva em consideração os valores e preferências dos pacientes, sem com isto ignorar o valor da autonomia do médico.

E percebemos que a proposta Bioética de Maliandi e Thüer será muito útil para o aprofundamento desta discussão e a formulação de caminhos de solução para os conflitos do cotidiano médico. Esperamos que esta publicação ajude a difundi-la.

REFERÊNCIAS

1. Noblat R. Oscar Niemeyer: de 1937 a 1952. O Globo [online]. 2012.[capturado 22 jul.2014]. Disponível em: <http://>

- oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2012/12/04/ oscar-niemeyer-de-1937-1952-477612.asp
2. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice-hall; 1971.
 3. Merhy EE, Aciole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro- Posições*2003;14(1):40-63.
 4. Maluf F, Garrafa V. O core curriculum da Unesco como base para formação em bioética. *RevBrasEducMed* [online]. 2015. 39(3)[capturado 15 set. 2016]; 456-462. Disponível em <http://scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0456.pdf>
 5. Maliandi R. Ética discursiva y ética aplicada: reflexiones sobre la formación de profesionales. *Revista Iberoamericana de Educación* [online].2002.29 [capturado 11 mar.2016]. Disponível em: <http://rieoei.org/rie29a05.htm>
 6. Maliandi R, Thüer O. Teoría y praxis de los principios bioéticos. *Remedios de Escalada*: UNLa; 2008.
 7. Misseri LE. Senderos divergentes: una crítica a la convergética de Maliandi. *Eikasia Revista de Filosofía* 2015;205-215.
 8. Maliandi R. Ética y biotecnología: cuestión de principios. In: Fernández G, Cecchetto S. *Transgénicos en América Latina: el retorno de Hernán Cortés*. Mar del Plata: Suárez; 2003.p.17-51.
 9. Thuler FP, Farones NM, Ferrari AP. Neoplasia avançada de esôfago- diagnóstico ainda muito tardio. *Arq Gastroenterol* [online]. 2006. 43 (3) [capturado 3 mar. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032006000300010>
 10. Hartmann N. Ethik, 1962. In: Maliandi R, Thüer O. Teoría y praxis de los principios bioéticos. *Remedios de Escalada*: UNLa, 2008. p.115.
 11. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica- abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica*. Porto Alegre: AMGH; 2012.
 12. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive Care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann IntensiveCare* 2011;1 (5).
 13. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *RevBras Ter Intensiva* 2011; 23 (1):78-86.
 14. Kottow MH. *Introducción a la Bioética*, 1995. In: Maliandi R, Thüer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Remedios de Escalada: UNLa, 2008. p.161.
 15. Pessini, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev Bioet*2016; 24(1):54-63.
 16. Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. São Paulo: ANCP; 2012.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nalita Maria Hall Brum de Barros Mugayar: concepção e delineamento do estudo, revisão bibliográfica, redação do artigo.
José Carlos Carraro-Eduardo: concepção e delineamento do estudo, indicação de literatura relevante, revisão crítica.
Renato Augusto Moreira de Sá: revisão crítica

CONFLITO DE INTERESSES

Não há

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Sete de Setembro, 204/1308- Icaraí- Niterói- RJ- 24230-252