

Espaço CREMERS

Decisões clínicas eticamente orientadas *Clinical decisions ethically guided*

MARCO ANTÔNIO OLIVEIRA DE AZEVEDO

Médico e Doutor em Filosofia, Conselheiro do CREMERS e
Vice-Presidente da SORBI (Sociedade Rio-Grandense de Bioética)

SINOPSE

Em bioética, vários métodos de tomada de decisão em ética clínica já foram apresentados. Neste artigo, apresento um método que compatibiliza uma visão sobre a ética das decisões em medicina (o modelo conhecido como “casuístico” ou “baseado em casos”) com a tese de que a medicina comporta uma moralidade *interna* ou especial, embora constrangida *externamente* pelo respeito aos direitos dos pacientes. Minha proposta é uma alternativa a concepções, como a de Robert Veatch e, em alguma medida, Diego Gracia, que procuram compatibilizar outro modelo, o principialista, com a tese liberal que toma os princípios da autonomia e da justiça como preeminentes frente aos princípios hipocráticos da beneficência e da não-maleficência. Diego Gracia, por exemplo, considera que sistemas especiais de moralidade são ilegítimos e incompatíveis com o respeito à “autonomia” dos pacientes. Defenderei, ao contrário, que a ética médica, entendida como um sistema especial de moralidade, é legítima e compatível com o respeito à liberdade das pessoas.

UNITERMOS: Ética Clínica, Bioética Clínica, Relação Médico-Paciente.

ABSTRACT

In bioethics, several methods of decision making in clinical ethics have already been introduced. In this paper, I introduce a method that combines a conception of ethical decisions in medicine (“casuistry” or “case-based ethics”) with a conception that medicine has an internal or special morality, albeit externally constrained by patient’s rights. My theory is an alternative to conceptions, like Robert Veatch’s and, in some way, Diego Gracia’s, that combines another method, the principialist, with liberal theses that takes the principles of autonomy and justice as prior to the principles of beneficence and non-maleficence. Diego Gracia, for example, considers that special systems of morality are illegitimate and incompatible with respect of patient’s autonomy. I’ll defend otherwise that medical ethics, understood as a special system of morality, is legitimate and compatible with respect of people’s liberty.

UNITERMOS: *Clinical Ethics, Clinical Bioethics, Patient-Physician Relationship.*

RACIOCÍNIOS MÉDICOS COMO RACIOCÍNIOS PRÁTICOS

Decisões médicas são conclusões práticas de raciocínios médicos bem amparadas em sólidas evidências (1). Raciocínios médicos, assim vistos, são raciocínios do tipo que os filósofos costumam chamar de ‘raciocínios práticos’.ⁱ Isso não implica afirmar que todos os raciocínios em medicina são *práticos*. Há também raciocínios *teóricos* em medicina, isto é, raciocínios ou inferências cujas conclusões não são ações, e sim *crenças* candidatas ao *status* de conhecimento. Porém, uma peculiaridade dos raciocínios médicos é que essas crenças não servem a fins propriamente especulativos.ⁱⁱ O médico, ao concluir por um *diagnóstico* (uma crença sobre o estado de saúde de seu paciente), imediatamente elabora conclusões prognósticas e, de ambas, deriva conclusões práticas, isto é, recomendações terapêuticas.

Raciocínios médicos não são, porém, raciocínios comuns, e sim raciocínios *cientificamente* embasados. E além dos princípios que orientam a racionalidade científica em geral, incluindo os da lógica e os da estatística moderna, os raciocínios médicos guiam-se por uma propedêutica peculiar. Esses princípios propedêuticos, associados a um conjunto de conceitos e conhecimentos científicos, fazem da racionalidade médica um exemplo de racionalidade científica moderna e sofisticada (3).

Alguém poderia facilmente concluir que a racionalidade médica guiasse, portanto, essencialmente e apenas, por princípios e regras *instrumentais*, em outras palavras, regras puramente “técnicas”. E com isso estaria de algum modo corroborando a tese dos que tomam a medicina moderna como uma das expressões paradigmáticas da moderna racionalidade técnica descolada de qualquer “mundo vivido”,

isto é, de um “mundo” impregnado de princípios e valores morais tradicionais. Há quem veja nesse “descolamento” histórico um fato positivo: desse modo, deixou de caber aos praticantes de um ofício ou profissão a tarefa de conferir valores internos à sua própria atividade (em um mundo liberal, conferir valores é algo que caberia apenas e tão-somente aos cidadãos livres, logo, aos pacientes, e não aos médicos).ⁱⁱⁱ

O filósofo alemão Jürgen Habermas, por seu lado, vê o fenômeno histórico de autonomização do saber instrumental como um problema para a modernidade (8).^{iv} Com a autonomia do saber instrumental, deixaram de existir vínculos internos, entenda-se, essenciais, entre *técnica* e *tradição*. À racionalidade técnica, cabe apenas a escolha apropriada dos meios, e não dos fins. Mas a idéia de moralidade, assim pensa Habermas seguindo Kant, exige-nos razões ou princípios *categoricos*. A racionalidade instrumental moderna, todavia, nos exime e, de certo modo, nos distancia desses princípios, já que toma nossos raciocínios práticos como meras expressões da união entre nossas crenças e nossos desejos individuais. Tais desejos são, em última instância, fenômenos puramente subjetivos, expressões, com efeito, apenas de nossa vontade individual isolada. Ora, princípios de moralidade servem-nos justamente para *avaliar* nossos desejos. Nem todos os nossos desejos e interesses pessoais são moralmente aceitáveis.

Contudo, mesmo os críticos da autonomização do agir racional de meios e fins (como Habermas) são capazes de admitir que os padrões e princípios morais que nos permitem avaliar nossas condutas orientadas pela racionalidade técnica são externos e autônomos relativamente aos padrões e regras lógicas que orientam a racionalidade instrumental de qualquer atividade técnica especializada. A moralidade, assim pensam esses

filósofos, é universal, e não especial; logo, não pode haver autonomia da esfera específica do agir técnico em relação a essa esfera universal da racionalidade moral, a única que merece o título de *autônoma*. É fácil notar que tanto os que vêm com bons olhos a redução da atividade técnica à mera ação instrumental, como os que percebem nesse fenômeno um perigo, estão de acordo, porém, num ponto: princípios da moralidade são externos e independentes dos princípios que orientam uma certa prática no domínio puramente técnico. Mas há um outro modo de vislumbrar as relações entre a ética e a ação profissional.

AMEDICINA COMO PRÁTICA

O filósofo escocês Alasdair MacIntyre nos oferece uma visão diferente das relações entre os padrões normativos que orientam uma atividade humana e os interesses individuais e os externos aos valores e objetivos dessa atividade. Seu conceito central é o de *prática* (*practice*). Para resumir, a medicina é um exemplo, dentre muitos, de uma prática humana.^v Isso significa que todo médico, como membro dessa prática, guia-se em suas condutas profissionais por padrões de excelência tanto técnicos como morais, bem como orienta sua conduta por normas e princípios deontológicos específicos e visa, com sua ação, ao alcance de certos bens fundamentais, que definem e marcam o sentido humano dessa atividade. Segundo MacIntyre:

Entrar em uma prática é aceitar a autoridade desses padrões e a inadequação de minha própria performance assim julgada por eles. É sujeitar minhas próprias atitudes, escolhas, preferências e gostos aos padrões que correntemente e parcialmente definem a prática (10, p. 190).^{vi}

Práticas têm uma história peculiar e seus padrões não são obviamente imunes a críticas; todavia, não parece ser possível iniciar uma prática sem aceitar a autoridade dos melhores padrões seguidos até então. Ao entrar em uma prática, o agente integra-se à sua tradição, vinculando-se não apenas a seus partícipes contemporâneos, mas também àqueles que os precederam.

O LIBERALISMO DE DIEGO GRACIA

Vimos acima que o descolamento da racionalidade técnica relativamente aos princípios e valores inerente a práticas sociais e tradições particulares é vista por alguns bioeticistas como um fenômeno bem-vindo. Esses autores acreditam que a defesa de princípios e valores internos a uma prática social contraria os princípios e valores liberais da sociedade moderna. Um desses autores é Diego Gracia.^{vii}

Para Diego Gracia, o corporativismo e o autoritarismo dos médicos impediu durante séculos o processo de “autonomização” dos enfermos. Assim, o fim do paternalismo médico é uma das exigências de uma nova ética biomédica compatível com o pluralismo e com a democracia.

Ao tratar da relação entre médico e paciente, Diego Gracia lembra-nos, porém, que uma das visões sobre a mudança nas relações entre pacientes e médicos ao agrado de muitos médicos atualmente é a que busca um “meio-termo” entre o paternalismo extremo do modelo hipocrático, de um lado, e o “autonomismo”, igualmente radical, de outro. Referindo-se a Edmundo Pellegrino e Thomasma (12), Diego Gracia interpreta essa visão como a de que o médico deve, nos dias de hoje, aduzir à relação médico-paciente uma “pura beneficência”, isenta de paternalismo. E esclarece:

Eu mesmo defendi essa postura em trabalhos anteriores. Apesar disso, hoje

não a considero no todo correta. E isso por duas razões. Em primeiro lugar, porque a função do médico não é primariamente a de beneficência, senão que de não-maleficência. Afirmar que o médico tem obrigações de beneficência para com seus enfermos é exigir-lhe mais que o devido. Por outro lado, a autonomia exige mais do que na tese anterior se concede. O que o princípio de autonomia diz é que o paciente competente é o único com autoridade moral sobre seu próprio corpo, e que, portanto, ninguém tem em princípio direito a decidir por ele ou pôr limites à sua decisão. O enfermo é o único que pode decidir sobre questões relativas a seu corpo. É o único que pode decidir, “autonomamente”, o que lhe pode ser benéfico. O médico tampouco pode decidir isso. O que o médico unicamente pode fazer é contrariar o paciente quando este quer fazer algo que atente contra os princípios da “não-maleficência” e da “justiça”. (...) Porém, mesmo nesses casos, não é o médico quem tomará as decisões, e sim o juiz. (...) Deduz-se assim que, salvo nesses casos excepcionais, o médico não deve tomar decisões nunca; ou quem as toma é o paciente, ou o juiz (7, p. 57).

Penso que Diego Gracia apanhou com lucidez certas implicações do fato de vivermos em uma época em que os direitos individuais são soberanos. Mas há alguns equívocos em sua análise. Primeiro, é verdade que a função do médico não é, em sentido próprio, a “beneficência”. Mas é falso dizer que a única função “negativa” da medicina é a “não-maleficência”. Ao médico não cabe propriamente buscar o “bem” (em termos genéricos, Gracia está correto; isso certamente seria um exagero!), mas cabe-lhe, por outro lado, oferecer ao paciente a possibilidade de *um* bem específico: obter saúde através da prevenção, controle e terapêutica das doenças.^{viii} Saúde, todavia, não é o único bem desejável na vida. Diversão, prazer, riqueza, cultura, amiza-

des, família, religiosidade, etc. são exemplos de bens desejáveis e que podem, eventualmente, conflitar entre si, inclusive com o bem “saúde”.^{ix} Segundo, é verdade que a “autonomia” exige mais do que simplesmente um “meio-termo” entre paternalismo e decisão do paciente. Porém, o termo ‘autonomia’ é enganoso. Com ele supõe-se que o paciente toma sua decisão de forma racional e independente, quando não é necessário que sua decisão seja estritamente “racional” para que seja *livre*, e não é necessário igualmente que seja “independente” (no sentido de “não influenciada”). Na relação médico-paciente há uma inegável influência do saber e opinião do médico nas decisões do enfermo. Assim, penso que o que o chamado ‘princípio de autonomia’ de fato expressa é o *direito* do paciente a *recusar* prescrições médicas, bem como o direito a que suas preferências sejam consideradas. Porém, é ilusório pensar que é o paciente quem *conclui* o que será a ele *prescrito*. Essa “conclusão”, entendida como a conclusão adequada de um raciocínio prático médico, é tomada preliminarmente pelo médico, e, em certo sentido, *exclusivamente* pelo médico (muito embora o que essa *decisão* médica expresse não seja propriamente uma ordem, e sim uma *recomendação*). Logo, reserva-se ao paciente o direito de questioná-la e mesmo de recusá-la, exceto em situações de emergência ou incapacidade mental.^x

Na medida em que é o médico que tem esse privilégio de avaliar, julgar e concluir o que será ou não recomendado ao paciente (como se trata de um conhecimento específico e técnico, não poderia razoavelmente deixar de sê-lo), parece razoável que esse raciocínio seja preliminarmente orientado não apenas por cânones técnicos, mas também por valores e princípios morais. A confiança do paciente no médico depende fundamentalmente disso.

A VISÃO DE EDMUND PELLEGRINO

Edmund Pellegrino é hoje a principal referência em bioética da concepção que toma a medicina como uma prática profissional tradicional e moralmente orientada. Para Pellegrino, há padrões morais que orientam internamente a atividade médica.^{xi} Daí sua resistência em aceitar a tese de que a atividade médica deva orientar-se apenas por princípios de moralidade externos, nesse sentido, autônomos relativamente à própria medicina, e derivados de uma suposta “moralidade comum”, o que faria dos cânones da racionalidade médica princípios puramente esquemáticos, em um certo sentido, “frios” e desumanizados, já que desarraigados de qualquer noção de virtude ou tradição.^{xii}

Pellegrino sustenta que a relação profissional médico-paciente deve ser entendida como uma relação de *confiança mútua* (um *relacionamento fiduciário*, diz ele). Penso que o que Pellegrino sustenta é que os modelos propostos pelos que não consideram a medicina como comportando uma moralidade interna ou especial são incapazes de explicar esse tipo de relação humana peculiar que envolve médicos e pacientes, reduzindo-a, equivocadamente, ao modelo de um contrato civil entre partes supostamente iguais, à semelhança do que serve satisfatoriamente para explicar as relações comerciais, nas quais o cidadão é tomado como um consumidor de serviços e produtos (note-se, porém, que, nesse modelo, a medicina é tida não como uma profissão, e sim como uma *commoditie*).^{xiii}

Porém, como vimos, há um aspecto salientado pelos críticos aos vínculos internos entre a medicina e a tradição hipocrática que não pode ser obviado. No modelo tradicional hipocrático, a autoridade repousava apenas e tão-somente no médico. Num sociedade marcada pela proteção dos di-

reitos individuais e que preza sobretudo a liberdade, é certamente inaceitável que qualquer um esteja obrigado a submeter-se a práticas *paternalistas*. O antigo médico hipocrático, com autoridade para decidir os destinos da vida de seu paciente em praticamente todos os aspectos, não é mais aceitável em uma sociedade baseada na democracia e na liberdade.

Pellegrino, porém, está de acordo com essa crítica; no entanto, sustenta que o que vivenciamos não é propriamente o fim do hipocratismo, e sim uma mudança louvável no cerne da própria tradição. No contexto atual de uma sociedade baseada em direitos individuais, não se pode mais admitir que os médicos tenham qualquer privilégio unilateral para decidir sem o consentimento do paciente sobre o que consideram necessário ou desnecessário em seu tratamento. Essa *nova* ética médica, renovada, deve reconhecer que o domínio legítimo da atividade médica diz respeito à avaliação da eficácia clínica, da estimativa dos efeitos prováveis sobre modos alternativos de tratamento e à discussão dessas informações e recomendações com o paciente (19). Como já foi dito, exceto em emergências, a liberdade do médico para realizar uma intervenção deriva-se *sempre* do consentimento do paciente (ou de seu representante).^{xiv}

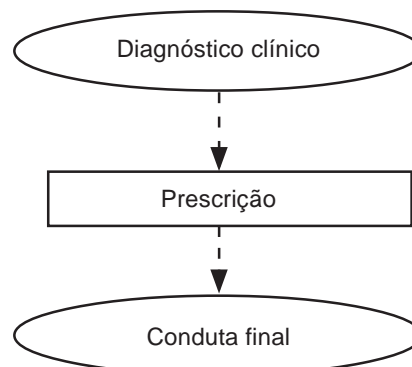
A profissão médica orienta-se, portanto, por compromissos não apenas técnicos, mas sobretudo morais de evitar danos aos pacientes, e de ajudá-los a promover, manter ou recuperar sua saúde. O reconhecimento disso levou os médicos a aprimorarem sua visão sobre o que devem ou não propor a seus pacientes. Atualmente, já há um consenso de que os clínicos e cirurgiões têm a obrigação de não propor tratamentos que não tenham sido provados ou que são contra-indicados. Em contrapartida, o reconhecimento de que há valores técnicos e morais internos à medicina, e que merecem ser preservados, conduz à conclusão de que os médicos não podem

ser compelidos a violar suas próprias convicções. Por essa razão, uma demanda de um paciente por um cuidado não provado ou contra-indicado, mas que o paciente, por sua vez, julgue desejável, não é suficiente para impor obrigações sobre os médicos. Os pacientes, portanto, não têm o direito de impor seus desejos e decisões aos médicos.

UM MODELO DE PROTOCOLO PARA A TOMADA DE DECISÕES CLÍNICAS TÉCNICA E ETICAMENTE ORIENTADAS

Coerente com essas idéias, quero propor um esquema capaz de orientar o processo de tomada de decisões pelos médicos nos dias de hoje. Voltando ao início, decisões médicas são conclusões práticas de raciocínios bem amparados em sólidas evidências científicas, bem como em valores e princípios morais inerentes à atividade médica, respeitados os direitos dos pacientes. Nosso objetivo, portanto, é clarear que tipo de considerações deve o médico ter em mente ao tomar uma decisão clínica orientada tanto técnica como moralmente, isto é, dentro de certos padrões técnicos e éticos de correção.

Esquemáticamente, pode-se dizer que o raciocínio prático médico tem origem em um problema clínico, que o médico, de forma perita, prudente e diligente, interpreta e traduz em termos de um *diagnóstico*:



Cabe ao médico, diante do diagnóstico, oferecer ao paciente recomendações clínicas. Como já vimos, dado que as relações entre as pessoas acham-se moralmente constrangidas externamente pelo respeito a seus direitos, a relação médico-paciente só pode ser entendida como implicando a concessão tácita, do paciente ao médico, de uma liberdade ou privilégio. Ao solicitar seus cuidados, o paciente tacitamente concede ao médico o *privilégio* de examiná-lo e assisti-lo.

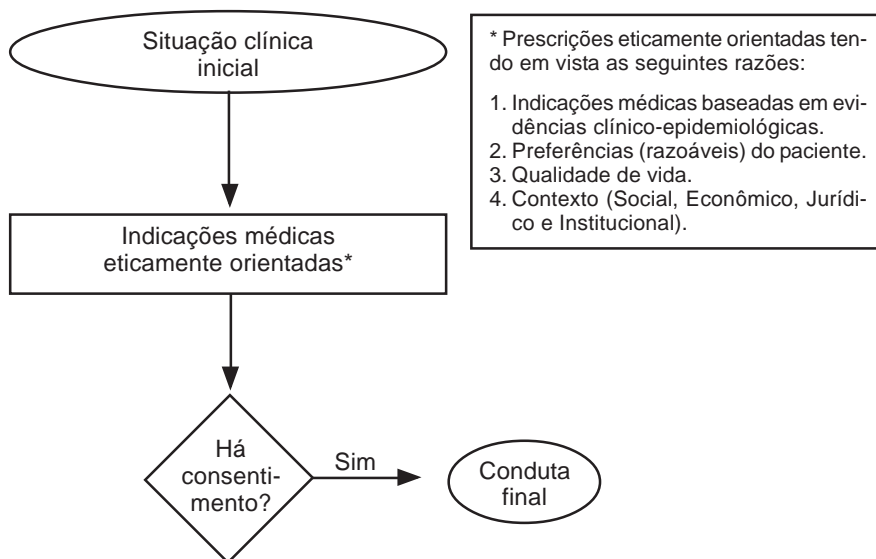
Essa liberdade, porém, é fundamental. Sem ela o médico não teria como investigar racionalmente o problema clínico apresentado pelo doente. Ao ouvi-lo e ao examiná-lo, o médico raciocina clinicamente, buscando explicações diagnósticas plausíveis e prováveis, que não possam ser refutadas e que possam ser confirmadas pelas informações colhidas durante a observação clínica, ou por dados posteriormente obtidos de exames subsidiários.^{xv} Seu objetivo é, alcançado o diagnóstico, recomendar um curso específico de tratamento.

Muitos modelos já foram apresentados em bioética sobre que considerações e princípios deve o médico levar em conta em sua decisão. Penso, porém, que a melhor sugestão existente na literatura é a de Albert Jonsen, William Winslade e Mark Siegler, apresentada no livro *Clinical Ethics* (22). Segundo esse modelo (intitulado de “casuístico” ou “baseado em casos”, em alternativa ao modelo mais conhecido como “principalista” ou “baseado em princípios”), o médico deve levar em consideração na sua decisão:

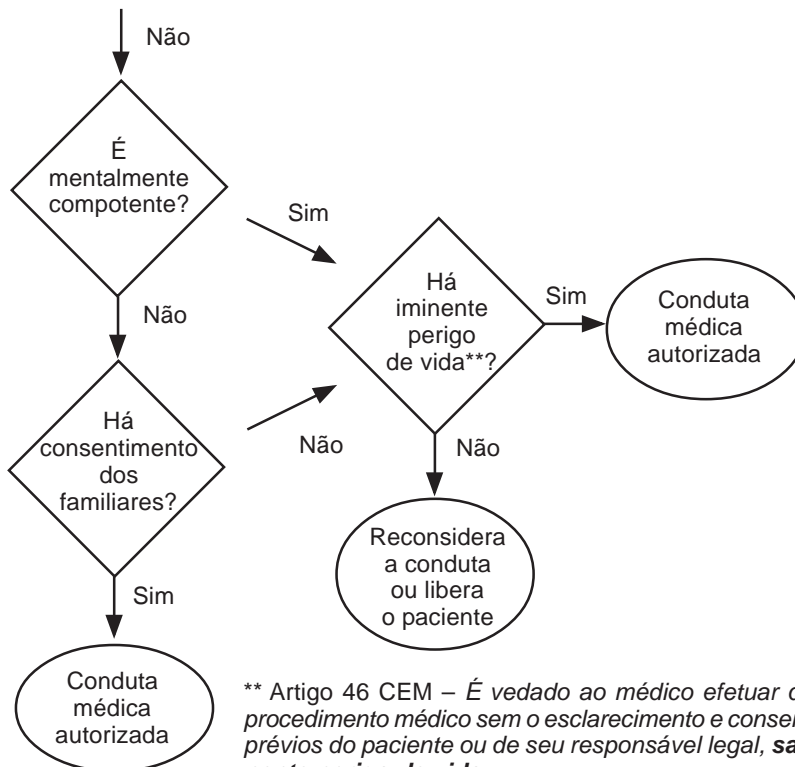
- A) As melhores indicações médicas baseadas em evidências clínico-epidemiológicas adequadas.
- B) As preferências do paciente (buscando compatibilizá-las em alguma medida razoável com as indicações clínicas).
- C) O impacto dessas indicações e decisões na qualidade de vida do doente.

D) O contexto (em especial, o contexto social, econômico, jurídico e institucional).

Mas essa decisão médica não representa ainda o passo final, pois a passagem da prescrição médica (em sentido interno, eticamente orientada) à sua efetivação exige ainda o consentimento *informado* do paciente:



E se houver recusa? Nesse caso, ainda temos os seguintes passos:



** Artigo 46 CEM – É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, **salvo iminente perigo de vida.**

CONCLUSÃO

Os objetivos da medicina são: a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e a conseqüente prevenção, tratamento e, quando possível, cura das doenças; o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento físico e psíquico; a prevenção da morte prematura; e, por fim, o esclarecimento ao paciente de sua condição clínica, de seu prognóstico e das alternativas de tratamento disponíveis.^{xvi} A busca desses objetivos é feita por meio de *ações médicas*. Essas ações, sendo racionais, técnica e moralmente embasadas, seguem-se de raciocínios que respeitam, porém, certos padrões metodológicos peculiares.

Decisões médicas corretas, com efeito, são decisões práticas criteriosamente embasadas nas informações clínicas que fornecem as melhores provas ou evidências a seu favor, e que igualmente atendem a certos requisitos morais, a saber, o respeito às preferências do paciente, a proteção à sua qualidade de vida, evitando também com isso o dano iatrogênico

É possível, entretanto, que o médico chegue à convicção definitiva de que uma certa conclusão é a que melhor atende a esses requisitos, mas que o paciente, ainda assim, a recuse.^{xvii} Seus direitos à liberdade (incluindo o direito à não interferência), o direito à não agressão à sua integridade física, e o conseqüente direito a recusar um certo tratamento (independentemente de quais sejam suas razões pessoais) constroem *externamente* a conduta do médico. Mas isso ainda não implica a tese de que a medicina deixou de ter valores e princípios morais *internos* legítimos. Ao contrário, continua sendo verdadeiro que a medicina comporta uma moralidade especial que lhe fornece sentido e finalidade. Sociedades democráticas e multiculturais são compatíveis com sistemas de moralidade especial (24). De fato, é justamente a proteção da liberdade civil o que garante a coe-

xistência de múltiplas culturas, em que possam conjuntamente vicejar, e de um modo politicamente compatível, sistemas particulares de moralidade, dentre os quais os que subjazem às práticas de natureza profissional. A conseqüência é justamente o pluralismo, uma condição que torna inevitável a circunstância de que, eventualmente, as ações em consonância com certos sistemas de racionalidade se choquem com as decisões livremente tomadas pelos indivíduos, já que há valores diversos além daqueles buscados por cada um desses sistemas. Em medicina há exemplos paradigmáticos desse “choque de valores” (um exemplo clássico é o do paciente que recusa a orientação médica de não fumar, e prossegue em seu hábito; outro exemplo é o do paciente que opta por não se submeter a um tratamento por razões religiosas; há inúmeros outros exemplos que contrastam a visão médica sobre o que é melhor para seus pacientes e as diferentes visões destes sobre que valores devem orientar suas vidas, sem falar na multiplicidade de visões conflitantes sobre que tipo de escolhas conduzem a uma vida com “qualidade”^{xviii}). Reduzir a medicina a um ofício ou ocupação comum sem princípios ou valores internos ou especiais é torná-la um mero serviço ou produto subordinado aos múltiplos interesses em jogo nas relações de mercado. Ora, isso implicaria extinguir da medicina aquilo que há de melhor em sua herança hipocrática: seu *humanismo*.

NOTAS

- i Acredita-se que a distinção entre *raciocínios práticos* e *raciocínios teóricos* tenha sua origem em Aristóteles. Sobre as relações entre raciocínios teóricos e práticos, veja-se Harman (2).
- ii Ao contrário do cientista, cuja principal preocupação é *teórica*, e do filósofo, cuja preocupação teórica é marcadamente especulativa, o médico é um profissional ocupado em dar soluções *práticas* a problemas clínicos (isto é, problemas inter-

pretados à luz de certos conhecimentos científicos sobre o estado de saúde de uma pessoa e de certos sinais e sintomas apresentados ostensivamente durante o exame clínico, o exame feito pelo médico “à beira do leito”, ou seja, *à frente* do paciente). Não é à toa que o conhecimento médico pode ser objeto de profissionais não médicos (Pasteur, por exemplo, não era médico, porém suas investigações contribuíram imensamente para o progresso não apenas da ciência, mas também da prática da medicina); entretanto, o conhecimento particular que se deriva da observação clínica (da anamnese e do exame clínico), isto é, o diagnóstico médico, bem como as conclusões terapêuticas que daí se derivam, são objetos ou preocupações práticas *apenas* de profissionais envolvidos em algum tipo de relação direta, pessoal, com pacientes (4).

iii Esta é a tese, dentre outros, de Robert Veatch (5, 6), da Georgetown University, e, veremos, em alguma medida também a de Diego Gracia Guilhém (7).

iv Habermas foi quem sustentou a tese de que, na modernidade, a racionalidade instrumental comporta vários subsistemas de racionalidade autonomizados (a medicina seria apenas um deles), isto é, desarraigados dos princípios e valores morais que conformam o que, seguindo Husserl, Habermas chamou de “mundo vivido”: “Os plexos de interação autonomizados na forma de subsistemas e que transcendem o horizonte do mundo vivido se coagulam constituindo uma segunda natureza, uma forma social vazia de conteúdo normativo” (p. 414).

v Para ser mais preciso, a medicina é uma prática de natureza *profissional*; em outras palavras, é uma *thecné* empregada e desenvolvida historicamente por uma comunidade de praticantes, que constituíram ao longo do tempo uma tradição. Seus padrões internos de avaliação recíproca, porém, não se restringem apenas aos padrões da racionalidade instrumental, já que compreendem igualmente princípios e valores morais. Profissões são ocupações, porém nem toda ocupação é uma profissão. Ocupações são práticas que envolvem conhecimentos técnicos que visam à ação laboral. Profissões, todavia, são ocupações empregadas por seus praticantes não apenas como um meio de (ganhar a) vida, mas sobretudo como um *modo de conduzir a vida* (um *modus vivendi*). Profissões também se distinguem das meras ocupações por sua organização e autonomia, ou seja, pela autoridade obtida das elites dirigentes, ou, se quisermos, do Es-

tado, para definir, organizar e implementar sua atividade segundo seus próprios padrões (9). Profissões, portanto, num sentido moderno, são ocupações que obtiveram do Estado um *direito* especial (um privilégio, permissão ou liberdade exclusiva), isto é: o monopólio a um certo âmbito de ação técnica, que os membros da profissão valorizam e protegem.

vi MacIntyre é o grande representante da crítica “comunitarista”, ancorada no pensamento de Aristóteles e Tomás de Aquino, ao liberalismo.

vii Em bioética, há várias versões (não equivalentes) dessa tese liberal, dentre as quais a de Tristram Engelhardt Jr (11).

viii Diego Gracia parece concordar com isso (penso, porém, que paradoxalmente) em outro capítulo de seu livro (teria sido ele escrito em tempos diferentes?), ao afirmar que segue sendo verdadeiro que a medicina é uma profissão que detém um grande poder, daí porque ainda se peça ao médico que não somente cumpra o mínimo exigido pela lei, evitando a maleficência, mas que seja beneficente, diligente, o que na tradição clássica se entendia como um “ideal de excelência” (*areté*). Esse ideal, diz Gracia, “não perdeu nenhum ápice de sua vigência”. O que mudou, conclui Gracia, não é esse ideal, e sim o modo de alcançá-lo (p. 77). Concordo plenamente. Todavia, penso que isso contradiz a tese de Gracia de que não há mais espaço para moralidade especiais. O que se diz aqui é que tais ideais e valores especiais encontram-se, todavia, moralmente contrangidos externamente pelos direitos (e, por consequência, valores) dos pacientes.

ix Sobre a tese de que há múltiplos bens desejáveis, porém potencialmente conflitantes, recomendo a leitura dos ensaios de Isaiah Berlin, dentre os quais: “Dois conceitos de liberdade”, “Herder e o iluminismo” e o “O ouriço e a raposa”, presentes na coleção organizada por Henry Hardy (13).

x É plausível que o chamando “princípio da autonomia” pressuponha que o paciente possua não somente tais direitos “negativos”, mas também *poderes*, como o poder de conceder ao médico permissões ou privilégios especiais, como o de examiná-lo e de atuar na intimidade de seu corpo, bem como de prescrever-lhe medidas preventivas e terapêuticas. *Poderes*, a propósito, são relações de direito nas quais alguém detém uma certa capacidade de alterar os direitos de outrem (se uma pessoa não pode ser afetada pelos poderes de outrem dizemos que ela possui uma *imunidade*). *Permissões* (ou privilégios) são, por sua vez, relações de

direito nas quais alguém *não* se encontra sob o dever de *não* fazer alguma coisa (negar uma permissão equivale a declarar uma *proibição*). Estar, por sua vez, sob a obrigação de fazer algo equivale a ter um *dever* correlato ao *direito* de outrem. Penso que o que o princípio de autonomia declara é que os médicos não têm poderes (nesse sentido, se quisermos, *jurídico*) sobre seus pacientes (isto é, que o médico não se torna, por força da relação médico-paciente, capaz de alterar os direitos do doente). As exceções talvez sejam as situações de emergência (ou de risco de vida), mas é plausível supor que, nesses casos, estejamos diante apenas de um privilégio ou permissão, e não de um poder. Infelizmente, não há espaço aqui para clarear ainda mais esses conceitos. Remeto o leitor ao livro de Judith Jarvis Thomson (14), seguramente a melhor obra existente sobre o conceito de *direito*.

xi A influência do pensamento neo-aristotélico de MacIntyre na obra de Pellegrino é marcante e explícita.

xii O alvo principal de Pellegrino é a tese de que a moralidade médica contemporânea deve afastar-se dos padrões tradicionais hipocráticos (tidos como “paternalistas” e ultrapassados), orientando-se pelos mesmos princípios de uma suposta moralidade comum, que orientaria, por sua vez, todas as demais atividades ou ações na área biomédica. Essa visão, defendida por Tom Beauchamp e James Childress (15), e conhecida como “princípio moral” em bioética, sustenta a existência de quatro grandes princípios “bioéticos”: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Avaliei criticamente e de forma extensa a teoria principialista no primeiro capítulo de meu livro *Bioética Fundamental* (16).

xiii Em “A profissão sob risco” (4), defendi que a transformação de medicina, de uma profissão tradicional em um mero ofício ou ocupação, é a principal tendência dos tempos atuais. Alguns autores, estudando esse fenômeno, concluíram que o distanciamento entre a expectativa dos médicos de serem profissionais autônomos, liberais, e a realidade que os torna de fato “proletários”, servidores públicos, empregados ou prestadores de serviços, é uma das causas da insatisfação e infelicidade dos que praticam a medicina nos dias de hoje (17, 18).

xiv Vale ressaltar que, nos atos clínicos que não implicam invasão à integridade do corpo do paciente, esse consentimento pode dar-se de modo tácito. Atualmente, razões de defesa profissional e precauções jurídicas em defesa dos direitos

do cidadão justificam, por prudência, que em procedimentos invasivos o consentimento do paciente seja feito de forma explícita e escrita. Sobre esses e outros aspectos, principalmente em casos de atendimento a urgências, recomendo o artigos de Luiz Augusto Pereira, “Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência”, publicado no vol. 48 desta Revista (20), e “Bioética e Perícia” (21). Ricardo Xavier define bem o raciocínio clínico, ou *cognição clínica*, como “uma seqüência de eventos mentais utilizados pelos médicos durante a consulta médica. Inclui a percepção das características da situação, o rápido acesso a hipóteses relevantes, a checagem por sinais e/ou sintomas que confirmem ou descartem hipóteses competitivas e a mobilização de conhecimentos relacionados para guiar a investigação e o tratamento” (22, p. 51).

xv Segundo Jonsen, Siegler e Winslade (23), “o médico usa sua perícia técnica para responder às necessidades de ajuda de seu paciente. Essa necessidade é usualmente expressa por uma solicitação do paciente de entendimento do significado dos sinais e sintomas que perturbam seu bem-estar, de ter tais sinais e sintomas aliviados e a doença subjacente a eles curada. O médico beneficia o paciente ao interpretar as queixas que seu paciente apresenta à luz dos sinais e sintomas, da história clínica, dos dados laboratoriais relevantes e outros estudos. O médico então faz um diagnóstico e recomenda um curso de ação. Esse curso de ação tem ao menos alguns ou todos os seguintes objetivos: 1. promoção da saúde e prevenção da doença; 2. alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento; 3. cura da doença; 4. prevenção da morte prematura; 5. melhora ou manutenção do *status* funcional comprometido; 6. educação e aconselhamento dos pacientes com respeito a sua condição e prognóstico; 7. evitar o dano ao paciente no curso do cuidado” (p. 16). Reagrupei acima esses objetivos de uma forma que me pareceu mais sistemática e clara.

xvii Nessas circunstâncias, ainda é preservado ao médico o privilégio de procurar, por meios racionais, persuadir o paciente de sua conclusão (respeitado o direito que o paciente tem relativamente ao médico à obtenção de informações claras e corretas).

xviii Os pacientes hoje não apenas demandam dos médicos mais “qualidade de vida”; eles também demandam menos sofrimento durante sua morte, e, para tanto, são capazes de recusar certas pres-

crições médicas, como cirurgias, hospitalização, medidas extraordinárias, etc. Os valores que orientam suas preferências não precisam coincidir necessariamente com objetivos médicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRIEDLAND, DJ; GO, AS; DAVOREN, JB et al. Evidence-based medicine: a framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998.
2. HARMAN, G. Practical Aspects of Theoretical Reasoning. In: MELE, Al & RAWLING, P (Eds.). The Oxford Handbook of Rationality. Oxford: Oxford University Press, 2004; HARMAN, G. Change in view: principles of reasoning. Cambridge, Massachusetts: Bradford Books/MIT Press, 1986.
3. GOTCHALL, CAM. Do mito ao pensamento científico. Porto Alegre: Atheneu, 2004.
4. AZEVEDO, MAO. A profissão sob risco. In: BORDIN, R; DE AGOSTO, F & PEIXOTO, R. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Dacasa, 1996.
5. VEATCH, R. Disrupted Dialogue: Medical Ethics and the Collapse of Physician/Humanist Connection. New York: Oxford University Press, 2005.
6. VEATCH, R. Medical Ethics. Boston, MA: Jones and Bartlett, 1989.
7. GRACIA, D. Biética clínica. Santa Fé de Bogotá: El Buho, 1988.
8. HABERMAS, J. El discurso filosófico de la modernidad. Madrid: Taurus, 1989.
9. FREIDSON, E. Profession of medicine. University of Chicago, 1988.
10. MACINTYRE, A. After Virtue. Duckworth, 1980.
11. ENGELHARDT JR, T. The foundations of bioethics. Oxford, 1986.
12. PELLEGRINO, E & THOMASMA DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford, 1988.
13. BERLIN, I. Estudos sobre a humanidade. São Paulo: Companhia das letras, 2002.
14. THOMSON, JJ. The realm of rights. Harvard U. Press, 1990.
15. BEAUCHAMP, T & CHILDRESS, J. Principles of biomedical ethics. 5ª ed., Oxford Press, 2004.
16. AZEVEDO, MAO. Bioética Fundamental. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.
17. SCHRAIBER, LB. O médico e seu trabalho. Hucitec, 1993.
18. NARDI, HC & TITTONI, J. Saúde, medicina e trabalho. In: BORDIN, R; DE AGOSTO, F & PEIXOTO, R. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Dacasa, 1996.
19. SHARPE, VA & FADEN, A. Medical harm: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. Cambridge Press, 1988.
20. PEREIRA, LA. Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência. Revista AMRIGS 2004, Porto Alegre, 48 (3): 190-194.
21. PEREIRA, LA. Bioética e Perícia. In: URBAN, CA. Bioética clínica. Revinter, 2003.
22. XAVIER, RM. Raciocínio clínico aplicado ao diagnóstico. In: BARROS, E; ALBUQUERQUE, GC; PINHEIRO, CTS & CZEPIELEWSKI, MA (orgs.). Exame clínico: consulta rápida (2ª edição). Porto Alegre: Artmed, 2004.
23. JONSEN, A; SIEGLER, M & WINSLADE, W. Clinical ethics. McGraw-Hill, 1998.
24. AZEVEDO, MAO. Liberalismo, razões particulares e a globalização dos direitos humanos. Conferência proferida na II Semana Filosófica da FAFIMC (PUCRS/Viamão), 2004 (inédito).