

A situação da decisão bioética

Alvino Moser^{*}

Por que um estudo especial da decisão bioética, se toda decisão pode ser confinada nos quadros de teoria dos jogos?

Toda decisão é solitária implicando a responsabilidade. Contudo no caso da vida humana há um excesso da responsabilidade, (quando falamos em excesso de responsabilidade, entendemos que os sujeitos responsáveis por seu serviço não têm os recursos ou as competências para dominar as exigências de tal serviço de tal caso), querendo com isto dizer que essas decisões se revestem de uma amplitude antes desconhecida.

É comum seguir-se, nas decisões, os exemplos do passado. Entretanto, algo de novo surge quando se trata da responsabilidade pela vida, que mais do que nunca está a cargo do homem. Não há mais o referencial da divindade e do sagrado. Parece que determina os limites das decisões, nada impedindo ao homem o poder de reestruturar sua vida. As decisões sobre a vida trazem a cargo sobre o ser vivo e consciente que deseja permanecer, que não quer morrer. Decidir a vida de alguém, mesmo que se julgue que seja o melhor para quem sofre. Não significa que o doente aceite esse "melhor": Donde o "excesso" de responsabilidade.

No caso da biomedicina que é o mais comum, cotidiano, discussões se fazem em torno do preceito hipocrático, do princípio de beneficência: fazer o bem, evitar o mal. A autoridade médica não é mais indiscutível. E estudam-se e apontam-se os direitos do paciente, inaugurados por um gesto de confiança. Embora sua formação lhe confira a competência, o médico deve responder por seus atos tanto ao paciente, como a todos os que o

* Professor do Departamento de Filosofia, Universidade Federal do Paraná.

rodeiam: ninguém, em princípio vai contestá-lo, mas exige-se que dê explicações sobre suas decisões. Três fatores se entrecruzaram para formar o excesso de responsabilidade: a incerteza da beneficência, as dificuldades da autonomia e o problema da justiça.

A incerteza do princípio da beneficência

As decisões com o poder de suas intervenções podem gerar conflitos no que podem oferecer e no que se espera delas. As novas drogas medicinais e os recursos tecnológicos conferem uma força de intervenção que, às vezes, deverá fazer tremer aos que os aplicam. Se o homem, ministro da natureza, apenas pode conjugar e compor as suas forças, o curso da natureza se seguirá, mas a conjunção veio da ação humana e as seqüelas e os efeitos colaterais são imprevistos e imprevisíveis. Donde se segue que aquilo que parece bem ao médico, poderá não o ser para o paciente. Assim esta incerteza do bem esperado pode ser considerada em três aspectos.

O doente, ao qual se pede o consentimento para a intervenção, está em condições de extrema vulnerabilidade: situação também das pessoas de sua família, tanto pela especialidade do caso, como pela ignorância.

Mas a vulnerabilidade é provocada pela "crise do sofrimento", que derruba qualquer tentativa de objetivização dos serviços. O doente passa a ser egocêntrico; na defesa de sua integridade, é impossível para ele ver as coisas de modo realístico, (assim como para sua família), e o apelo vem do profundo de sua personalidade resultante de uma experiência global de quem vê bruscamente o seu-ser-no-mundo completamente transtornado. Do mesmo modo, é muito difícil ou quase impossível aos que prestam serviço ao doente tomarem distância e examinar o caso de modo neutro. Há um excesso do apelo que transborda o campo de objetividade, assim como a percepção do mesmo cria um excesso de subjetividade que torna difícil o atendimento do serviço e o objetiva realisticamente. Isso vai criar problemas éticos, pois a experiência do sofrimento deve estar presente na reflexão bioética.

A dificuldade para atender o juramento hipocrático *bonum facere* (beneficência fazer o bem) ainda pode ser vista do lado da reciprocidade que é exercida, no caso da doença e de dor, a partir de uma situação assimétrica. Pois a reciprocidade exige que "se faça ao outro o que se deseja para si mesmo", mas como isto é possível numa situação tão desigual? Nestas reflexões seguimos as idéias expressas por Paul Ricoeur: (*Soi même comme un autre*).¹

Há, primeiramente, assimetria entre o atendente, (enfermeiro, médico, assistente) e o paciente. Os atendentes superam o paciente em conhecimento e poder. Foram chamados a ajudar e isto lhes confere uma superioridade, acrescida pela desestabilização da doença. Pode ser reduzida, diz Ricoeur, pela solicitude do atendimento, pela sua empatia. Mas a redução da assimetria só se consegue plenamente quando o atendimento é gratuito, como no caso de congregações religiosas, e, conhecido de todos, da Irmã Tereza de Calcutá e da Irmã Dulce de Salvador. Com serviços pagos, há o perigo da "funcionarização" dos serviços.

Em segundo lugar a assimetria se exerce pelo paciente sobre o atendimento. Como o afirma Cadore "o doente apela para a humanidade do médico, de tal modo que este não pode se subtrair à exigência de extrair os esforços das suas próprias reservas de generosidade".²

Não se trata apenas de vivência das situações de modo psicológico, como é estudado na empatia por Rogers.³ É uma vivência em que a dimensão moral dos que tratam da saúde é posta em questão. Não há apenas a exigência técnica ou social ou política, mas a dimensão moral do paciente e dos atendentes. Também os doentes, no mais extremo de sua fragilidade, poderão experienciar e vivenciar sua estrutura moral ou sua dimensão ética que exige uma tomada de decisão autônoma, assumindo-se neste novo modo de ser-no-mundo. E os atendentes deverão assumir o máximo de seu poder do saber racional, colocando-se no compasso da sintonia com o outro que é doente, mas que, *é ele, e não, um outro doente*.

Há, enfim, um outro aspecto que é a dimensão social e política do atendimento, sobretudo quando os recursos são escassos e quando o médico, e demais atendentes profissionais, precisam do apoio financeiro para o próprio sustento. (Exigindo recursos que os doentes não possuem). Há um excesso de responsabilidade pois não podem aplicar todos os recursos que o doente teria que receber. É uma responsabilidade ética que é excedida pela dimensão econômica e política. São considerações que tornam cada vez mais complexas as reflexões no campo da bioética. O atendente não escolhe a situação; é escolhido por esta, para decidir na confluência de tantas circunstâncias que vão além de sua responsabilidade e ultrapassam sua autonomia.

As dificuldades da autonomia

Trata-se aqui da decisão do médico ou do pesquisador em ciências biomédicas. Em geral, pensa-se que a atuação médica se dá num quadro de

uma "microdecisão": isto é, a decisão é tomada no processo de mútua confiança entre o médico e o paciente, numa situação perfeitamente limitada, especialmente definida.

No entanto, acontece que os processos das ciências e das técnicas da medicina não são dominadas nem pelo médico, nem pela equipe. Então, a decisão é baseada em argumentos que não cobrem todas as alternativas, nem todas as seqüelas de uma determinada conduta; está-se diante de uma macrodecisão. Como o afirmava Poincaré: ⁴ embora uma certa causa determine efeitos conhecidos, à medida em que os efeitos vão se sucedendo não há mais probabilidade de prever os efeitos após uma certa seqüência. E isto vale muito mais na interação tratamento médico e organismo.

Contudo, deverá haver uma decisão em que o médico fará a síntese das argumentações congruentes ou divergentes. Há assim uma dimensão ética. Não é necessário chegar até o leito do doente, para se dar conta desse fato. Basta considerar o que acontece na medicina preventiva, como, por exemplo, na campanha de prevenção da AIDS onde não há nenhuma segurança a respeito da moralidade daqueles a quem a campanha se dirige: se é preciso usar a camisinha nas relações eventuais e acidentais, a massa ignorante pode receber a mensagem como um estímulo a ter relações sexuais extemporâneas, desde que tome as precauções devidas. E as situações poderiam ser multiplicadas.

Assim, "o atendente médico, o que trata da saúde vai muitas vezes perceber como aquele que coloca o paciente em situações éticas impossíveis, descobrindo além do mais que não possui outros meios para indicar vias de resolução da dificuldade a não ser do que apelar para a autonomia das pessoas, muitas vezes impotentes em face da situação inédita".⁵

Considera-se, portanto, que a decisão bioética excede tanto a autonomia do médico, como autonomia do doente que deve dar seu consentimento informado. O excesso da responsabilidade biomédica ainda vai ser mostrado pelo excesso do referencial coletivo em que as ações se processam, o que traz à luz o problema da justiça.

A justiça no desafio

Embora a decisão é deixada ao médico, esperando que cumpra o seu dever profissional, contando com sua capacidade ética, eis que as decisões cada vez mais se recobrem de dimensão jurídica. Antes de mais nada, o médico ou profissional da saúde é um cidadão que tem deveres para com

os outros cidadãos e para com as diversas instituições. São questões que excedem o modo normal de considerar a responsabilidade.

Consideramos apenas três casos, que em geral, são vistos superficialmente.

- a) As declarações ou certificados de saúde, base para as licenças. Em geral, o médico baseia-se no seu direito de segredo profissional, é o que se denomina confidencialidade. Embora, o paciente escolha um médico de sua confiança, este certificado sai da confidencialidade, pois o médico é obrigado a especificar o código internacional das doenças (CID) quando não é chamado para explicações ulteriores pelas equipes de firmas ou de instituições. Ora o doente tem “direito a que se respeite sua privacidade, conforme o tipo de doença, haja vista o caso da AIDS, de certas microcirurgias e outros. Mas a confidencialidade se estende e o caso torna-se público. Por outro lado, o médico deveria portar-se de acordo com seus deveres e responder perante a lei, pois o certificado pode causar prejuízos até ao Estado, (considerem-se as fraudes contra o INSS). A justiça que exige bases legais confronta-se com a ética. O que fazer então? Tudo seria mais fácil se não houvesse os desvios de médicos já acontecidos.
- b) O segundo exemplo é o caso dos médicos que prestam serviços seja para convênios, seja para órgãos públicos. Há um descaso pois apenas encaminham os doentes e acontecem erros médicos em que a responsabilidade se dilui. É o que Bruno Cadore⁶ chama de conjunção de responsabilidade.
- c) E nesse caso há a pressa em atender ao horário, passando 20 ou mais pacientes em 40 ou 60 minutos. São casos que ferem a justiça mais comestível.

Não nos referimos à participação no estabelecimento de uma política de saúde que no nosso país, é simplesmente desastrosa. Tão fácil estabelecer um cupão básico para cada cidadão... Há países que empregam mais de 600 dólares por ano para cada habitante. No Brasil não chega a 40 dólares ano/habitante. Milagres seriam feitos se o governo aplica-se 300 dólares por ano para cada pessoa, o que daria uma soma de 45 bilhões de dólares que nem é 10% do PIB do Brasil. O problema seria a fiscalização difícil; a máquina institucional deveria ser enxugada. Se a soma parecer importante, observamos que o país é feito por seus cidadãos que pagam os impostos e a saúde é um direito de todos.

Não fazemos referências às mutações humanas provocadas pela engenharia genética nem à possibilidade de programar cidadãos futuros, que trazem grandes problemas ético-jurídicos.

"Diante destas dimensões excessivas de responsabilidade, é necessário um esforço para definir do melhor modo possível os campos da responsabilidade (logo da decisão, o grifo é nosso). Isto exige que sejam da claramente designada as conjunções da relação dos cuidados da saúde. Com efeito, se pode dizer que, do ponto de vista ético, que é por causa de sua capacidade de responsabilidade que o homem se torna sujeito de direito. O comprometimento das pessoas-sempre irrecusável, não é no entanto convocado a ser perfeito e deve, na reflexão que fazemos, levar em conta uma certa 'capacidade' de relação impessoal. Objetivar as tecituras da relação de cuidado permite designar esta distância que revela o 'sempre' em vir-a-ser" do sujeito moral, mas também o desaliena de uma ilusão de perfeição pondo-o sob sua livre responsabilidade (Cadoré, p.109).⁷

A dimensão ética na relação médico/paciente

A relação médico/paciente, em geral não suscitava tradicionalmente nenhuma consideração especial por parte dos médicos e muito menos dos que trata da deontologia médica. Considerava-se apenas o caso do ponto de vista da competência médica e das relações humanas, nada envolvendo além dos deveres morais considerados normais. Mas, hoje em dia, esta relação complica-se cada vez mais, como veremos, pelas novas exigências vindas do apelo em favor da unidade da pessoa, da medicina em mutação e do futuro.

Sujeito-Unidade-Holismo

O doente se dirige ao médico pede que seja tratado como ele é, isto é, uma unidade global, e não apenas um corpo doente. No entanto, o médico por sua profissionalização encontra dificuldades para essa amplidão de ponto de vista. Como tratar cada um como um sujeito específico? Não possui condições seja de tempo, seja psicológicas para isso. O homem não é um organismo doente, como "apenas não é uma boca aberta" (confirma Vitorio Bonacin em sua dissertação).⁸

Não existem todas as condições, nem o médico pode saber até que ponto há uma somatização, mas a exigência existe e requer, portanto, mais cuidados éticos nas decisões. A medida em que o médico trata do pa-

ciente criam-se mais relações, ou melhor, aprofundam-se as relações: O que nos leva a sublinhar que, embora se torne cada vez mais forte, é preciso que o médico não esqueça que o primeiro serviço, que deve oferecer aos seus clientes/pacientes é a competência de suas intervenções.

Exigências da Medicina em Mutação

A exigência do sujeito em ser tratado como unidade holística, a saber, como corpo, realidade biopsicosócioeconômica e cultural haja vista, política, coloca o médico diante de exigências inéditas que dificultam até para definir o que seja a saúde. Por exemplo, uma pessoa pode apresentar sintomas físicos e, de fato, isto apenas pode ser um modo pelo qual se manifesta seu desequilíbrio na sociedade, pela rejeição que sofre.

Para Engelhardt há a possibilidade de reprogramação da natureza e da criação de novas formas de vida, tanto como no modo de viver. Pode-se "curar" a dor da rejeição por meio de drogas. Ora, se é isso possível, poderá ser feito? Disso surge a necessidade de uma interdisciplinaridade para as tomadas de decisão.

"Deste ponto de vista, é necessário salientar que, se a bioética é uma atividade interdisciplinar, ela convida ao mesmo tempo a pensar interdisciplinaridade atuante quando se estabelece um serviço de saúde. Tomar teoricamente um recuo em relação a uma medicalização excessiva da cultura não poderia ser satisfeita se deixassem no final das contas, os atores biomédicos responderem unicamente eles às exigências que lhe são feitas, sob o pretexto da saúde. (...) hoje o exercício da medicina exige a colaboração de mais atores sociais e exige a justa repartição das competências sócio-políticas específicas" (Cadoré, p.112).⁹

As Pressões do Futuro

O século XXI será ético, ou não existirá afirma Jaques Testard,¹⁰ indicando que o futuro será regido pela dimensão ética como constituinte fundamental da existência humana. Esta dimensão é a reciprocidade, pois torna-se cada vez mais fácil o desaparecimento do homem. Há cada vez mais pessoas com dificuldades psicossociais e compete ao médico um papel pedagógico. Ora, pergunta-se como pode ele ser formado para isso, diante da enorme soma de conhecimentos que lhe são exigidos, assim como na experiência da prática diária é cada vez mais solicitado.

Há dois casos a considerar. a) a medicina nos países desenvolvidos que programam pesquisas e novos tratamentos. As pessoas vivem mais tempo o que põe novas exigências para a gerontomedicina. b) a medicina no Terceiro Mundo onde as exigências básicas podem ser esquecidas pelas pesquisas de ponta.

Tudo isto cria dificuldades para que se possa elaborar um discurso mais crítico conforme à dimensão humana. A pesquisa médica e científica enfrentam o problema de uma exigência moral de coerência entre as necessidades dos pacientes em sua realidade e o atendimento que lhes é realmente oferecido.

A essas exigências a medicina pode responder com três mediações, de acordo com Bruno Cadoré.¹¹

É preciso que o médico consiga que as pessoas se tratem por si mesmas o que pode suscitar pressões éticas em três direções.

1ª- o tratamento é, sem dúvida, uma relação humana entre médico e paciente, mas é também uma relação técnica. Então é preciso que não se diminuam as pessoas às expensas da técnica.

2ª- Por causa de sua competência o médico não pode sobrepor-se aos direitos da pessoa. Pode aconselhar diante das técnicas, mas ao paciente compete certas decisões, como no caso do controle da natalidade.

Por outro lado, os pacientes podem desejar uma saúde irracional, injustificável em suas condições. Então, o médico precisa exercer sua função pedagógica de esclarecimento, o que é um novo aspecto da exigência ética.

3ª- Enfim, a decisão médica esbarra sempre na questão da justiça social da qual já se tratou. No caso dos pacientes pobres surge a pergunta: não se pode ter uma medicina menos tecnológica e tão eficiente como a outra? Isto é questionado porque na Inglaterra os gastos com a saúde pessoa/ano são de aproximadamente de 800 dólares e nos Estados Unidos gastam-se por volta de 1600 dólares: no entanto não significa que a medicina norte-americana, mais sofisticada, consiga melhores resultados do que a medicina inglesa, mais pedagógica.

Numa palavra, poderíamos resumir o que se tem feito até aqui da situação da decisão em Bioética, dizendo que a medicina reveste novas dimensões éticas porque cada vez mais é questão de pedagogia e de justiça social.

Diante disso é preciso examinar melhor os fundamentos de uma argumentação ética que se baseia na discussão. Ultimamente, a argumentação bioética deverá considerar os argumentos de Hans Jonas, (heurística

do medo) e a ética da discussão de Appel e Habermas, temas que poderão ser tratados em outros textos.

NOTAS DE REFERÊNCIA

- ¹ RICOEUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1993
- ² CADORE, Bruno: *L'expérience de la responsabilité*. Lille: Catalyse, 1993
- ³ ROGERS, Carl *et. al.* outro. *A pessoa como centro*. São Paulo: Cultrix, 1974
- ⁴ POINCARÉ, Henri. *Ciência e Hipótese*. Brasília: UnB, 1978
- ⁵ CADORÈ, *op.cit*, p.105
- ⁶ *ibidem*, p.1070
- ⁷ *ibidem*, p.109
- ⁸ BONACIN, Vitorio. *Relacionamento profissional paciente: subsídio para o currículo de odontologia*. Monografia de Mestrado. Curitiba: UFPR, 1994
- ⁹ CADORÈ, *op.cit*, p.112
- ¹⁰ TESTARD, Jaques *Les Morts morts du genre humain*. Revue De Morale et Metaphysique.
- ¹¹ CADORÈ, *op. cit*, p. 118