

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA**

Elisabete dos Santos Leite

**O PROBLEMA DA DISTANÁSIA À LUZ DA DISCUSSÃO BIOÉTICA
ATUAL**

Santa Maria, RS

2021

ELISABETE DOS SANTOS LEITE

O PROBLEMA DA DISTANÁSIA À LUZ DA BIOÉTICA ATUAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Filosofia**.

Orientador: Prof. Dr. Christian Viktor Hamm

Santa Maria, RS

2021

Leite, Elisabete dos Santos
O PROBLEMA DA DISTANÁSIA À LUZ DA DISCUSSÃO BIOÉTICA
ATUAL / Elisabete dos Santos Leite.- 2021.
80 p.; 30 cm

Orientador: Christian Viktor Hamm
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Filosofia, RS, 2021

1. Distanásia 2. Ética médica 3. Bioética atual I.
Hamm, Christian Viktor II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ELISABETE DOS SANTOS LEITE, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

ELISABETE DOS SANTOS LEITE

O PROBLEMA DA DISTANÁSIA À LUZ DA BIOÉTICA ATUAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Filosofia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Filosofia**.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2021

COMISSÃO EXAMINADORA:

Christian Viktor Hamm, Dr. (UFSM)
(Presidente /Orientador)

Flávio Williges, Dr. (UFSM)

Flávia Chagas, Dr^a. (UFPEL)

Dedico esse trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio e incentivo incondicional que sempre dedicaram a mim, em especial ao meu marido e minha filha Carolina.

Ao Professor Christian, meu orientador, pelo acompanhamento paciente e dedicado das minhas atividades acadêmicas que, mesmo diante das dificuldades pela pandemia, sempre me atendeu com muita disposição.

Ao Professor Flávio Williges, que desde sempre dedicou muita atenção e apoio com seu conhecimento e referência sobre a temática escolhida para esse trabalho.

Ao querido amigo e colega João Batista Sobroza Neto, que me acompanha de longa data em momentos bons e difíceis, que dedicou seu tempo para ler e me apoiar no meu trabalho de dissertação.

Ao meu amigo e colega de aula do mestrado UFSM, Tiago Azambuja, pelas discussões filosóficas e auxílio nas minhas pesquisas.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

“O excesso e a deficiência são uma marca do vício e a observância da mediania uma marca da virtude”.

Aristóteles

RESUMO

O PROBLEMA DA DISTANÁSIA À LUZ DA BIOÉTICA ATUAL

AUTORA: Elisabete dos Santos Leite
ORIENTADOR: Prof. Dr. Christian Viktor Hamm

A presente dissertação consiste numa apresentação introdutória sobre "o problema da distanásia à luz da discussão bioética atual", temática específica da ética biomédica. A análise inicia expondo o contexto da medicina que, devido aos significativos avanços científicos, a morte deixou de ser um desfecho natural e transformou-se em inimiga que deve ser vencida a qualquer custo. O objetivo central da pesquisa é esclarecer quais as possíveis soluções no caso de dilemas morais da distanásia. Teve como discussão mais importante a questão sobre: até que ponto o médico pode ficar apenas na base de uma moral deontológica para definição sobre a melhor escolha moral e qual o papel das emoções para uma ação propriamente moral? A exposição segue as seguintes etapas: como ponto referencial, analisa-se a perspectiva da velha ética deontológica em contraponto com a nova propedêutica bioética, a partir de uma contextualização histórica e conceitual das questões centrais da bioética, ética médica e ética hipocrática. Pretende-se mostrar os diversos sentidos ou perspectivas de uma série de questões sistemáticas que, à primeira vista, parecem sugerir ser uma discussão de questões práticas da *aplicação* de certas regras, mas não é assim tão fácil decidir quais os motivos e critérios que garantam uma determinada forma de *aplicação*, uma concreta prática médica de caráter *moral*. Em segundo lugar, analisa-se filosoficamente os paradigmas tecnocientífico, comercial-empresarial e humanitário como forma de melhor compreensão da distanásia. Em terceiro lugar, apresenta-se a perspectiva fundamental da bioética atual com exposição da nova ética biomédica e a relativização da moral hipocrática. Por fim, mesmo que ainda exista grande dificuldade em respostas definitivas nessa nova perspectiva da investigação bioética, conclui-se pela necessidade de respeito ao direito a autonomia do paciente, com ênfase nos aspectos substanciais ou valorativos em torno do engajamento empático na relação médico-paciente.

Palavras-Chave: Distanásia. Ética médica. Bioética atual.

ABSTRACT

THE DISTANCES PROBLEM IN THE LIGHT OF CURRENT BIOETHICAL DISCUSSION

AUTHOR: Elisabete dos Santos Leite
ADVISOR: Christian Viktor Hamm

This dissertation consists of an introductory presentation on "the problem of dysthanasia in the light of the current bioethical discussion", a specific theme of biomedical ethics. The analysis begins by exposing the context of medicine that, due to significant scientific advances, death is no longer a natural outcome and has become an enemy that must be overcome at any cost. The main objective of the research is to clarify what are the possible solutions in the case of moral dilemmas of dysthanasia. The most important discussion was the question about: to what extent can the doctor stay only on the basis of a deontological morality to define the best moral choice and what is the role of emotions for a truly moral action? The exhibition follows the following steps: As a point of reference, I analyze the perspective of the old deontological ethics in contrast to the new bioethical propedeutics, from a historical and conceptual contextualization of the central issues of bioethics, medical ethics and hypocratic ethics. I intend to show the different meanings or perspectives of a series of systematic questions that at first glance seems to suggest a discussion of practical questions of the *application* of certain rules, but it is not so easy to decide which reasons and criteria guarantee a certain form *application*, a concrete medical practice of a *moral* character. Second, I analyze philosophically the technoscientific, commercial-business and humanitarian paradigms as a way to better understand dysthanasia. Third, I present the fundamental perspective of current bioethics with an exposition of the new biomedical ethics and the relativization of hypocratic morals. Finally, even though there is still great difficulty in defining answers in this new perspective of bioethical investigation, I concluded by the need to respect the patient's right to autonomy, with emphasis on the substantial or evaluative aspects surrounding empathic engagement in the doctor-patient relationship.

Keywords: Dysthanasia. Medical ethics. Current bioethics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 BIOÉTICA, ÉTICA MÉDICA E DISTANÁSIA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL	13
1.1 SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA BIOÉTICA	13
1.2 TRADIÇÃO HIPOCRÁTICA: PERSPECTIVA DA VELHA PROPEDÊUTICA DEONTOLÓGICA EM CONTRAPONTO COM A NOVA PROPEDÊUTICA BIOÉTICA	16
1.3 ÉTICA E MORAL NO FIM DA VIDA: TRADIÇÃO E FUNDAMENTOS ÉTICOS HIPOCRÁTICOS APLICÁVEIS A TERMINALIDADE DA VIDA	19
1.3.1 Distanásia: Até quando prolongar a vida humana?	19
1.3.2 Morte digna e humana na hora certa - Distanásia: Morrer nos dias atuais	21
1.3.3 Código de Ética Médica: Abordagem da distanásia	22
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS: FORMAS DE RESOLVER PROBLEMAS BIOÉTICOS	26
2.1 TEORIAS ÉTICAS NO CONTEXTO DA ÉTICA BIOMÉDICA	27
2.1.1 Ética utilitarista / consequencialista	27
2.1.2 Ética deontológica	28
2.1.3 Ética do caráter – Ética da virtude	31
2.1.4 Ética do cuidar	33
2.1.5 Ética principialista	34
2.1.5.1 <i>O Princípio da Autonomia</i>	36
2.1.5.2 <i>Princípio da Não-Maleficência</i>	39
2.1.5.3 <i>Princípio da Beneficência</i>	40
2.1.5.4 <i>Princípio da Justiça</i>	43
2.2 ESTRUTURA PARA O JULGAMENTO MORAL E TOMADA DE DECISÃO MÉDICA - MÉTODOS, JUSTIFICAÇÃO E VERDADE	45
2.2.1 Uma teoria da justificação baseada na coerência	47
2.2.2 Especificando e ponderando princípios bioéticos	48
2.3 A IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO FILOSÓFICA NA PRÁTICA MÉDICA FRENTE AOS DILEMAS ÉTICOS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DAS NOVAS TECNOLOGIAS NO CONTEXTO DA DISTANÁSIA	49
2.3.1 Paradigma “tecnocientífico”: excessos médicos para prolongar a vida do paciente	50
2.3.2 Paradigma “comercial-empresarial”: predomínio do fator econômico interveniente na escolha do procedimento terapêutico a ser administrado	51
2.4 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA COMO LIMITE PARA O AVANÇO TECNOLÓGICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM ESTÁGIO TERMINAL	52
2.4.1 Paradigma da benignidade humanitária e solidária: valor fundamental na atuação do médico	53

3	DESAFIOS DA BIOÉTICA ATUAL FRENTE AOS DILEMAS DA DISTANÁSIA	55
3.1	ÉTICA HIPOCRÁTICA /DEONTOLÓGICA/ PRINCIPALISMO	56
3.2	A ÉTICA DAS VIRTUDES/ TEORIA DAS EMOÇÕES NO CONTEXTO DA ÉTICA BIOMÉDICA	57
3.2.1	Nova ética biomédica: relativização da moral hipocrática	60
3.3	RESPEITO À AUTONOMIA DO PACIENTE: DA NÃO INTERFERÊNCIA À EMPATIA MÉDICA	63
3.3.1	Empatia na relação médico-paciente: raciocínio emocional	65
3.3.2	Obrigação ética de respeitar a autonomia do paciente: além da não interferência	67
3.3.3	Teoria kantiana e obrigações positivas de compartilhar fins	68
3.3.4	Cultivando a empatia na prática médica	69
3.3.4.1	<i>Argumentos contrários ao atendimento médico empático e favoráveis ao distanciamento médico-paciente</i>	71
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	77

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste em uma investigação sobre o tratamento do problema da distanásia¹ à luz da investigação bioética atual, o qual levanta uma série de questões sistemáticas que não são fáceis de responder. Isto se deve, principalmente, ao fato de que a abordagem destas questões, em geral, vai muito além da discussão de meros problemas processuais ou preceitos e técnicas de tratamento médico. A atribuição do tema ao campo da bioética parece, à primeira vista, sugerir que se pode tratar apenas de uma discussão de questões práticas da *aplicação* de certas regras éticas ou morais, ou seja, de questões de uma mera *ética aplicada*. Porém, visto mais de perto, torna-se claro que não é assim tão fácil decidir quais os motivos e critérios que garantam uma determinada forma de *aplicação*, uma concreta prática médica de caráter *moral* ou, pelo menos, baseada em certas decisões éticas ou moralmente *corretas* e defensáveis. Caso a Ética ou a Filosofia Moral, como hoje em dia ela também é chamada, seja entendida na sua acepção mais abrangente, como a *ciência da conduta* em que se estuda as regras e normas sociais que permitem uma *vida boa*, ela também apresenta uma grande variedade de propostas de acesso àquele campo em que as figuras e elementos centrais das diversas concepções éticas são avaliados e sistematicamente comparados quanto a sua plausibilidade e sua possível validade universal.

Usando a terminologia da filosofia moral do século XX, como ela se tornou comum, sobretudo nas diversas correntes da chamada meta-ética, pode-se distinguir, a grosso modo, duas grandes vertentes teóricas: as éticas deontológicas ou do dever e as éticas teleológicas ou consequencialistas; as do primeiro grupo valorizam a moralidade *não* em termos de *fins* ou de *resultados*, mas na defesa da validade categórica de determinadas regras e *princípios morais* do agir; e as do segundo tipo, inversamente, na determinação e aceitação necessária de determinados *fins* ou *consequências extra-morais* do agir, como, por exemplo, felicidade, perfeição, utilidade e prazer. Entre a grande variedade de modelos históricos, é a ética kantiana que é considerada o exemplo típico (e ao mesmo tempo particularmente radical) de uma ética deontológica, uma vez que ela fundamenta qualquer agir moral única e

¹ A distanásia (diferente da ortotanásia e eutanásia) se refere ao aumento do tempo de vida associado com a dor e sofrimento do enfermo, ou seja, excessos médicos conhecidos como “futilidades médicas”.

exclusivamente na ideia do *dever, de cumprir o que*, ou seja, na nossa obrigação categórica de agir somente *por respeito à lei moral*. Exemplo típico (e mais discutido hoje em dia) de uma ética teleológica é a ética utilitarista, em que a moralidade é identificada com a necessidade da *promoção do bem-estar coletivo*, ou seja, de alcançar o maior grau de *felicidade* para o maior número possível de pessoas.

Num contexto histórico da ética médica, a doença era concebida como um castigo na antiguidade e muitos questionavam se poderia o médico opor-se a ela. Mas com o advento hipocrático, o diagnóstico realizado pelo médico deixava de ser visto como uma inspiração divina com o surgimento da medicina clínica e pelo fim da ideia de magia na medicina. Desse modo, a medicina hipocrática teve como mérito a separação entre a arte de curar e as superstições sobre os castigos divinos, sendo de grande contribuição para a medicina a explicação da natureza pela racionalidade. Assim, a enfermidade estava regida por leis (normas concretas) já preconcebidas e longe dos poderes sobrenaturais, com fundamento num postulado ético-moral de conteúdo dogmático que se prolongou durante muitos séculos.

Por conseguinte, a ideia que envolvia deveres e obrigações médicas foi incorporada apenas no século XV. A ética médica, ao se inserir dentro de uma perspectiva deontológica, supôs uma hierarquização normativa para as tomadas de decisões, tendo como princípio supremo a valor absoluto da vida, com a resolução dos conflitos morais pelas normas do código de ética médica. Porém, no século XX esta forma começou a entrar em crise, pois houve um esquecimento do sentido originário da arte médica ao transformar-se numa técnica, tendo como consequência um grande aumento das demandas judiciais contra os médicos e hospitais. Nos últimos trinta anos, a medicina enfrentou situações novas muito diferentes de antigamente, principalmente com o desenvolvimento de novos tratamentos, em que as fórmulas tradicionais para dirimir conflitos e dilemas éticos já não ofereciam mais a mesma segurança para a tomada de decisão médica.

Por isso, no atual contexto da prática médica há necessidade de mudanças de paradigma para um novo estilo de praticar a ciência médica. Devido aos significativos avanços médico-tecnológicos a morte deixou de ser um desfecho natural da vida e transformou-se em inimigo que deve ser vencido a qualquer custo, configurando o dilema ético da Distanásia. Mesmo que já exista a tentativa de solucionar a questão pelo Conselho Federal de Medicina que: “permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os

cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento” (Resolução n. 1.805/2006), é imprescindível a definição de novos limites éticos. Nesse sentido, a bioética oferece uma nova propedêutica, que primeiramente rompe com a deontologia tradicional, de forma que os conflitos morais não podem ser resolvidos apenas pela aplicação direta de normas legalmente estabelecidas e começa, desta forma, a discussão sobre o paternalismo médico.

Essa dissertação consiste numa apresentação introdutória sobre "o problema da distanásia à luz da discussão bioética atual" como lugar central, tema específico da ética biomédica. Procurou-se demonstrar os seus contornos e suas relações no contexto médico da terminalidade da vida, bem como a possibilidade do médico auxiliar o enfermo no seu processo de vida e morte muito além da técnica. Esse estudo sobre os dilemas éticos de distanásia transitou por duas direções e domínios de investigação: a ética deontológica e a ética consequencialista. Teve como objetivo principal esclarecer quais as possíveis soluções para esses dilemas enfatizando as seguintes questões: até que ponto se pode ficar na base de uma moral deontológica para uma definição sobre a melhor escolha moral? Em que medida apenas o método de escolha racional do médico proporciona a melhor escolha possível e qual o papel das emoções para uma ação propriamente moral?

No primeiro capítulo, examinaram-se as questões centrais da bioética, ética médica e ética hipocrática pela contextualização histórica e conceitual, com ênfase na definição da distanásia no contexto bioético e sua abordagem na legislação médica. No segundo capítulo, revisaram-se as formas de resolver problemas bioéticos e referenciais teóricos aplicados ao contexto médico (métodos e estrutura para o julgamento moral e tomada de decisão), a partir da análise dos paradigmas tecnocientífico, comercial-empresarial e humanitário, com foco principal nos excessos médicos para prolongar a vida do paciente. No capítulo três, apresentou-se a perspectiva fundamental da bioética atual com exposição da nova abordagem da ética biomédica e a relativização da moral hipocrática, bem como analisou-se filosoficamente a necessidade de respeito ao direito a autonomia do paciente, com ênfase nos aspectos substanciais ou valorativos em torno do engajamento empático na relação médico-paciente.

1 BIOÉTICA, ÉTICA MÉDICA E DISTANÁSIA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL

Diante do problema da distanásia, no sentido da bioética atual, ainda existe uma grande dificuldade sobre a decisão na prática médica com relação aos motivos e critérios que possam garantir a aplicação de preceitos com fundamento moralmente defensáveis. É óbvio – e complica muito a discussão sobre as diversas figuras e categorias ético-morais – que, tanto na discussão dos meios que devem ser adotados para alcançar determinados fins como na discussão dos móveis e motivos de um determinado agir do homem, não é fácil, nem para o deontólogo nem para o consequencialista, manter sempre clara e univocamente definidos os seus termos centrais e rigorosamente separados os níveis da sua argumentação.

Nesta seção, far-se-á uma breve contextualização histórica e conceitual da bioética, ética médica e da distanásia. Descreve-se o surgimento da bioética, a fim de oferecer ao leitor a noção de seus problemas fundamentais. Também falar-se-á da ética médica, conceituando-a e descrevendo-a sumariamente, mostrando que o surgimento da bioética está intimamente ligado com sua existência. Nessa ocasião, apresenta-se a questão da distanásia com foco na abordagem na legislação médica, analisando a sua definição como problema bioético central para a relação da ética médica e a bioética sua questionadora. A seguir passa-se a essa tarefa.

1.1 SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA BIOÉTICA

As questões bioéticas surgem a partir da segunda guerra mundial. O surgimento de tais questões é animado pelo desenvolvimento da tecnologia e dos avanços da medicina atrelados, sobretudo, à questão da preservação e continuidade da vida, decorrentes desses mesmos avanços médicos científicos e tecnológicos. Como exemplo, tem-se a utilização de respiradores (criados inicialmente para uso circunstancial, em pacientes acometidos temporariamente) que, em “um curto período de tempo passaram a ser usados em pessoas em estados vegetativos persistentes, forçando os profissionais médicos a se perguntarem se esse era um uso apropriado da tecnologia” (STEINBOCK, 2007, p. 2).

Algo semelhante se aplicou às UTI's de cuidado neonatal: muitos pacientes que em períodos anteriores morreriam por complicações diversas, como condição de

prematuridade, passaram a ter oportunidade de viver e viver saudavelmente. No entanto, persistiram casos em que bebês enfrentavam severas deficiências e sérios problemas de saúde. Assim, a situação dos pacientes em quadros de saúde complexos e nas UTI's gerou as seguintes questões: "deve a vida ser preservada, independente da natureza ou qualidade dessa vida? E se houver muitas situações em que a vida não deve ser preservada, quem deve ser autorizado a tomar essas decisões?" (STEINBOCK, 2007, p. 3). Na década de 60, tais problemas se tornaram objeto da discussão e inquirição acadêmica, por meio de artigos e conferências, sendo que os primeiros institutos de pesquisa sobre bioética surgiram no fim desse mesmo período.

No que concerne aos problemas da bioética, propriamente ditos, em um primeiro momento as questões fundamentais com relação à bioética se referiam às pesquisas com seres humanos, transplante de órgãos, morte e condições terminais e à reprodução. Atualmente, as questões de bioética tocam a vida do planeta (SARLET, 2017, p. 193-194), os animais (a ética animal no sentido de Peter Singer, em *Libertação Animal*), as engenharias genéticas e outras engenharias e aplicações tecnológicas atuais e possíveis que tocam à condição humana (que estão entre os temas do transhumanismo). Entre os temas mais conhecidos e mais discutidos da bioética no ocidente, estão os temas do aborto e da eutanásia. Apesar de seu desenvolvimento histórico e seus problemas de fundo, o surgimento da bioética em sentido mais específico está atrelado à questão da ética médica. Dessa forma, estritamente falando, a bioética surge como alternativa e contraponto à ética médica.

Em termos exatos, a abordagem bioética questiona a autoridade estrita e privilegiada dos médicos no que diz respeito às tomadas de decisões (que tocam à relação médico-paciente), envolvendo os dilemas morais relativos ao tema da preservação da vida. Mas o que é a ética médica, afinal? Em certo sentido, a ética médica se refere aos deveres médicos e ao direito médico (código de ética profissional e princípios legais associados à práxis desses profissionais) e à investigação filosófica da ética médica, relativa aos princípios e fundamentos da moralidade médica, sobre o que é bom e mau, certo e errado no âmbito da prática médica (AZEVEDO, 2002, p. 22).

No sentido que interessa à esta investigação, a ética médica diz respeito ao modo como, no exercício da medicina, se estabelece e se define a forma como são tratados os dilemas morais de decisão no que toca à relação médico-paciente ora

mencionada. Este ponto é fundamental, pois remete à própria constituição da ética médica. De acordo com a ética médica tradicional (mais à frente será visto que ela está atrelada à tradição hipocrática), a relação médico-paciente é uma relação hierárquica. O médico, por sua competência e *expertise*, toma as decisões cruciais envolvendo a saúde e a vida do paciente, sendo dele a autonomia e a autoridade para este fim. Ele é a autoridade técnica e moral, sendo o princípio da beneficência – que determina a prerrogativa da saúde e bem-estar físico e psicológico dos pacientes – um dos princípios guia do código de ética médica (AZEVEDO, 2002, p. 33-37).

É justamente ao colocar em xeque a figura do médico como privilegiado para a tomada de decisão na relação médico-paciente que a bioética surge como um novo paradigma: “o surgimento da bioética marcou o declínio da típica figura dos médicos de família, que supostamente detinham, além da irrestrita confiança, um saber global e absoluto e se pautavam nos princípios morais da ética da confiança, ou seja, a ética da beira do leito” (SARLET, 2017, p. 188).

Por essa razão, há um conflito entre a ética biomédica e a ética médica tradicional. Esse conflito é exemplarmente apresentado, assim como historicamente situado, no caso da distanásia do célebre caso de Karen Ann Quinlan, em que o poder de decisão, antes estritamente do médico, passa a ser compartilhado com a família e outros indivíduos: Paciente Quinlan, 22 anos (1975) foi atendida na emergência do Hospital Newton Memorial Hospital de New Jersey (EUA), já em estado de coma e, após, foi transferida para outro hospital da mesma região. Diante do quadro irreversível, os pais da paciente solicitaram a retirada dos aparelhos que a mantinham com vida. No entanto, o médico assistente não aceitou o pedido da família, que posteriormente recorreu à justiça para obter a autorização para remoção do respirador. O juiz, em primeira instância, negou o pedido, mas a família recorreu para a Suprema Corte, que em 1976 permitiu o desligamento dos aparelhos, após parecer do Comitê de Ética do Hospital St. Clair sobre a irreversibilidade do quadro clínico da paciente. Após a retirada do respirador, Karen sobreviveu mais nove anos em coma, sem apresentar nenhuma melhora neurológica, mantida com medicamentos, hidratação e nutrição, com persistentes problemas respiratórios. Esse caso suscitou inúmeras questões de ordem moral e mobilizou a opinião pública americana na época (AZEVEDO, 2002, p.31-32).

Na querela de Quinlan, a questão tomou contornos amplos (esfera judicial e opinião pública) e foi instituído um comitê multiprofissional “deliberativo”; inclusive, a

partir desse caso, surgiram os comitês de bioética nos EUA. Assim, em termos específicos, a partir da distanásia, é posta em xeque a autoridade do médico para decidir a conduta correta a ser tomada e a autonomia dos pacientes e familiares, que evoca um dos princípios norteadores para a perspectiva bioética, o princípio do consentimento informado e esclarecido (AZEVEDO, 2002, p. 33).

Dessa forma, em linhas gerais, tem-se o seguinte quadro que constitui as duas perspectivas e seus antagonismos, segundo Azevedo (2002): na primeira, a ética médica, que se insere dentro de uma perspectiva deontológica e, assim, supõe uma hierarquização normativa para as tomadas de decisões, tendo como princípio supremo a valor absoluto da vida. Ao tentar resolver os conflitos morais, o médico se utiliza de normas do código de ética médica, que é classificada, em linhas gerais, pela ética hipocrática clássica. Já na segunda perspectiva, a bioética apresenta uma nova propedêutica, primeiramente rompendo com a deontologia tradicional. Os conflitos morais não são resolvidos pela aplicação direta de normas consensuais ou legalmente estabelecidas a fatos devidamente conhecidos. Não há a solução de conflitos morais a partir da aplicação de normas gerais a casos particulares. Recusa-se a autoridade estrita do médico e assere-se a tese do consentimento informado e do princípio da autonomia do paciente, abrindo espaço para a participação do paciente, da família e de comitês multidisciplinares.

Isso posto, na seção seguinte, antes de aprofundar o assunto da bioética, aborda-se com maiores detalhes a ética médica, seu surgimento na Grécia antiga, associada ao nome de Hipócrates e sua continuidade na modernidade, bem como apresentam-se as razões pelas quais (contemporaneamente) ela é definida como uma ética deontológica e possui uma tônica mais conservadora.

1.2 TRADIÇÃO HIPOCRÁTICA: PERSPECTIVA DA VELHA PROPEDÊUTICA DEONTOLÓGICA EM CONTRAPONTO COM A NOVA PROPEDÊUTICA BIOÉTICA

Historicamente, com o advento da ética hipocrática, também houve a modificação da concepção originária da medicina com relação à cultura que considerava a doença como um castigo a partir de questionamentos sobre a tentativa médica de oposição à enfermidade. Durante muito tempo, a medicina teve como parâmetro apenas a ética hipocrática, que possuía influência direta dos preceitos religiosos. Esse modelo tinha como base o *corpus hipocraticum*, em que as normas

morais tinham como referência a virtude e a prudência, as quais representavam as linhas mestras dessa concepção. Nesse contexto inicial, diante das situações complexas e desafiadoras que a prática médica exigia, o juramento hipocrático tinha como fundamento originário a prudência, que representava à época a virtude mais importante e deveria ser exaltada na relação médico-paciente. Mesmo assim, no decorrer dos séculos, ocorreu uma releitura desses parâmetros iniciais. A medicina, que possuía uma visão mais humanitária, sofreu transformações com o advento do desenvolvimento científico e passou a ser mais tecnicista, regida pelos preceitos dos códigos de ética médica, com viés deontológico para a resolução de conflitos éticos.

Por conseguinte, o diagnóstico médico passou a representar o surgimento da medicina clínica pela racionalidade médica; porém, somente no século XV a ideia de uma deontologia foi incorporada na prática médica. Assim, a obra literária *Corpus Hippocraticum* preconizou alguns valores específicos, como o sigilo profissional e o benefício e respeito à vida humana, com base na deontologia profissional, representando um marco na excelência ética, ao recomendar a ética dos deveres da profissão, os quais permaneceram ao longo de muitos séculos. Devido a isso, houve grande aumento das demandas judiciais contra os médicos e hospitais, evidenciando o início de uma crise no século XX com os novos conflitos éticos que surgiram, quando as fórmulas tradicionais de solução passaram a não trazer muita segurança para a tomada de decisão na prática médica (FRANÇA, 2013).

Na tentativa de solucionar ou pelo menos amenizar essa situação de conflitos, o estudo da ética no século XX trouxe uma redescoberta de Aristóteles com relação a uma teoria da ética pelo retorno reflexivo, com fundamento em valores morais e humanistas, aplicados no campo da bioética por Beauchamp e Childress, os quais elaboraram um sistema de quatro princípios bioéticos denominados respectivamente "autonomia", "beneficência", "não maleficência" e "justiça". Esses princípios não são absolutos, pois podem ser definidos na prática da bioética pelas circunstâncias concretas de cada caso, conforme os valores, por uma visão atual com base nos preceitos aristotélicos da deliberação e prudência. A relação médico-paciente foi estendida para além do sentido inicial, que era paternalista, para a perspectiva da autonomia, com participação coerente de todos os envolvidos na situação, como no exemplo dos Comitês de Ética em Pesquisa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Alguns autores, como Hélió Angotti Neto (2014, p. 1), referem que, ao se comparar o texto original do juramento hipocrático com aqueles que o código de ética médica expressa atualmente, se percebe grandes discrepâncias, pois houve uma reinvenção da ética hipocrática. Para o autor, a solução seria o resgate da cultura originária, conforme segue o juramento de Hipócrates original:

Juro por Apolo médico, Asclépio, Hígia, Panacéia e todos os deuses e deusas, fazendo-os testemunhas de que, conforme minha capacidade e discernimento, cumprirei este juramento e compromisso escrito: considerar aquele que me ensinou esta arte igual a meus pais, compartilhar com ele meus recursos e, se necessário, prover o que lhe faltar; considerar seus filhos meus irmãos e aos do sexo masculino ensinarei esta arte, se desejarem aprendê-la, sem remuneração ou compromisso escrito; compartilhar os preceitos, ensinamentos e todas as demais instruções com os meus filhos, os filhos daquele que me ensinou, os discípulos que assumiram compromisso por escrito e prestaram juramento conforme a lei médica, e com ninguém mais; utilizarei a dieta para benefício dos que sofrem, conforme minha capacidade e discernimento e, além disso, evitarei o mal e a injustiça; não darei a quem pedir nenhuma droga mortal e nem darei esse tipo de instrução; do mesmo modo, não darei a mulher alguma pessário para abortar; com pureza e santidade, conservarei minha vida e minha arte; não operarei ninguém que tenha a doença da pedra, e cederei o lugar aos homens que fazem isso; em quantas casas eu entrar, entrarei para benefício dos que sofrem, evitando toda injustiça voluntária ou outra forma de corrupção, e também atos libidinosos no corpo de mulheres e homens, livres ou escravos; o que vir e ouvir durante o tratamento sobre a vida dos homens, sem relação com o tratamento e que não for necessário divulgar, calarei, considerando tais coisas segredo. Se cumprir e não violar este juramento, que eu possa desfrutar minha vida e minha arte afamado junto a todos os homens, para sempre; mas se eu o transgredir e não cumprir, o contrário dessas coisas aconteça (RIBEIRO J., 1999 apud ANGOTTI NETO, 2014).

O conflito entre a ética biomédica e a ética médica tradicional é exemplarmente apresentado e historicamente situado no caso da distanásia (quando o médico prolonga a vida de um enfermo incurável através de meios artificiais). Assim, em termos específicos, a partir da distanásia houve um conflito entre a autoridade do médico para decidir a conduta correta a ser tomada e a autonomia dos pacientes e familiares, que evoca um dos princípios norteadores para a perspectiva bioética, o princípio do consentimento informado e esclarecido. Dessa forma, em linhas gerais, tem-se o seguinte quadro que constitui as duas perspectivas e seus antagonismos: a perspectiva da velha ética deontológica em contraponto com a nova propedêutica bioética.

1.3 ÉTICA E MORAL NO FIM DA VIDA: TRADIÇÃO E FUNDAMENTOS ÉTICOS HIPOCRÁTICOS APLICÁVEIS A TERMINALIDADE DA VIDA

A distanásia é caracterizada pela atitude médica que submete o paciente a excessos de tratamento com o objetivo de salvar a vida em estágio terminal, causando grande sofrimento ao paciente. Léo Pessini (1995) refere que na Europa a descrevem como "obstinação terapêutica" e nos Estados Unidos de "futilidade médica", questionando: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "morta-viva" interessa a quem? Diante disso, com o progresso tecnológico e científico, houve grandes mudanças no estilo da prática médica no Brasil, com o surgimento de muitos casos que configuram a distanásia pelo excesso de procedimentos na tentativa de vencer a morte a qualquer custo. Na visão de Leonard Martin (1998, p.172), destacam-se três paradigmas nesse contexto da distanásia: "o paradigma tecnocientífico, o paradigma comercial-empresarial e o paradigma da benignidade humanitária e solidária, cada qual com suas prioridades e estratégias diante do doente terminal e da problemática do seu sofrimento", os quais serão analisados no segundo capítulo.

1.3.1 Distanásia: Até quando prolongar a vida humana?

No contexto da Grécia antiga, a medicina ocidental fez a transição do pensamento mítico para a prática médica com fundamento na racionalidade, pela observação da natureza, em que a enfermidade e o enfermo eram considerados como partes constitutivas desta. Tudo isso deveria ser orientado por normas preconcebidas (leis universais) sem uso de pensamentos irracionais para sua superação. Porém, a racionalidade técnica que domina a medicina atualmente se distanciou da medicina hipocrática, como nos casos que a manutenção da vida em pacientes terminais é feita a qualquer custo sem respeitar a dignidade humana. Por isso, verifica-se que, nesse contexto da distanásia, a ética hipocrática tem maior viabilidade de ser aplicada para que haja respeito à pessoa humana, juntamente com a capacidade técnica do médico, como originariamente era concebida (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p. 449).

Durante muito tempo, a medicina teve como parâmetro apenas a ética hipocrática, que possuía influência direta dos preceitos religiosos. Era um modelo com base no *corpus hipocraticum*, em que as normas morais tinham como referência a

virtude e a prudência, que representavam as linhas mestras dessa concepção. Diante das situações complexas e desafiadoras que a prática médica exigia, o juramento hipocrático evidenciava que a prudência era a virtude mais importante e deveria ser exaltada. Por conseguinte, a medicina racional e científica está diretamente vinculada ao nome de Hipócrates (460 a.C.), que entendia que algumas enfermidades faziam parte de uma ordem natural, com pouca participação da arte médica, pois quando o homem estivesse acometido por certa enfermidade que poderia levá-lo à morte, deveria aceitá-la por ser apenas aparente desordem da natureza. Para tanto, o médico hipocrático tinha o dever moral e intelectual de possuir discernimento necessário para perceber na enfermidade o que é uma necessidade da natureza e aquilo que representa uma desordem que está sujeita à intervenção do médico para correção técnica (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p. 450).

Por isso, essa mentalidade naturalista dos pensadores gregos é de que aquilo que pode alterar a ordem da natureza pode ser considerado como impedimento a evolução natural e ser considerado ruim, com evidência aos conceitos de *arkhē* (princípio gerador e organizador) e de *télos* (fim). Desse modo, o que rege a moralidade na ética naturalista está vinculado à ordem da natureza, que seria um fim intrínseco (natureza teleológica); logo, é considerada imoral qualquer intervenção a esse processo natural que tem um fim. Os gregos consideravam que as doenças alteravam a ordem natural, impedindo o homem de ter um fim natural (*eudaimonía*). Por fim, tal enfermidade seria um desvio da natureza, tornando-se um empecilho para um fim moral que é a obtenção de felicidade. Em consequência disso, quando essa finalidade não poderia ser alcançada, era concebida como uma obrigação moral a terminalidade da vida humana pela busca de uma morte honrada, mas condenava o suicídio e a eutanásia porque a vida não poderia ser extinta antes de seu termo espontâneo (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p.452).

Portanto, com base nos preceitos hipocráticos originários, pode-se perceber que o médico, muito além da prevenção de doenças e de buscar a restauração da saúde do enfermo, deve, por uma razão moral, não abandonar o paciente que se encontra em processo terminal ao auxiliar o bem morrer. A medicina tem como função oferecer o bem-estar ao paciente, mas quando não for possível, quando não pode evitar a morte, quando isto for uma necessidade da natureza, não tentar a cura do paciente em estágio terminal de vida, a fim de não causar mais dor e sofrimento.

1.3.2 Morte digna e humana na hora certa - Distanásia: Morrer nos dias atuais

No contexto atual, como já evidenciado, com os avanços da ciência médica, os pacientes em estágio terminal são submetidos à manutenção artificial de vida em um quadro de grande debilitação, em que a morte não é mais considerada como um processo natural. Muitas vezes, ocorre uma espécie de obstinação terapêutica, ou seja, tentativas de vencer a morte a qualquer custo e com maior preocupação com a cura da enfermidade. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao perceber a necessidade de mudança, estabeleceu um novo conceito de saúde. O que era definido como ausência de doença passou a ser mais abrangente ao definir saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Isso teve reflexo direto na mudança de concepção para o tratamento médico no final da vida do paciente, que não poderia ser tão dependente apenas da evolução científica da medicina (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p.452).

O questionamento técnico, sob esse aspecto, é: como prolongar a vida de uma pessoa em fase adiantada de sua doença, que se considera paciente terminal e sem possibilidades terapêuticas de recuperação? O questionamento ético é: até quando se deve investir nesse procedimento? Qual é o sentido de manter-se a pessoa viva artificialmente? O doente crônico e terminal tem o direito de saber e decidir, de não ser abandonado pelos familiares em grandes hospitais, que manterão artificialmente sua vida, desumanizando o atendimento em sua etapa final de existência, de um tratamento paliativo para amenizar o sofrimento e a dor e também de não ser tratado como mero objeto, cuja vida será prolongada ou encurtada conforme o que convém à família ou à equipe médica (MAGALHÃES. NUNES, p.453, 2013).

Durante muitos séculos, a filosofia teve a compreensão que o ser humano era um ser para a morte e que morrer era uma consequência de viver. Porém, a intervenção direta do progresso científico com o uso indiscriminado de meios terapêuticos obstinados proporcionou, muitas vezes, prolongar esse sofrimento ao adiar o dia da morte. Surgiram outras formas de cuidados com o paciente terminal, como ocorre na Inglaterra, e, que muitos enfermos escolhem uma morte em outro ambiente, que são clínicas especializadas para acompanhamento de pacientes em estágio terminal de vida pelos cuidados paliativos. Essa forma de cuidados médicos proporciona um tratamento mais humanizado da medicina para o paciente terminal, reduzindo o sofrimento do final da vida: “O saber médico não consiste apenas na aplicação de uma série de conhecimentos científicos [...] É preciso abordar o ser

humano, sua subjetividade, seu sofrimento e seu entorno” (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p.453).

1.3.3 Código de Ética Médica: Abordagem da distanásia

Desde a época de Hipócrates até hoje, houve grandes transformações na medicina, com o surgimento de maiores diversidades de desafios éticos na relação médico-paciente. Por isso, os médicos devem atuar conforme a ética contemporânea numa estrutura atualizada que possibilite o julgamento moral e a tomada de decisões conforme esses desenvolvimentos. Nesse contexto, a evolução das reflexões sobre os problemas na ética médica ocorreu principalmente pelos Códigos de Ética médica que apelaram a normas gerais por uma declaração articulada sobre o papel moral do médico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 17-21).

Por conseguinte, há necessidade de um desenvolvimento no pensamento científico complexo, para que ocorra uma reflexão sobre os problemas éticos que surgem pelo desenvolvimento tecnológico descontrolado, pois a prática da medicina com ética pressupõe-se que o profissional observe de forma rigorosa os preceitos do Código de Ética médica, como define o artigo 4º: “Ao médico, cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002, p. 21) evidenciam que “os problemas da ética profissional usualmente têm a sua origem em conflitos de valores – às vezes em conflitos no interior da profissão (...) e os compromissos das pessoas de fora da profissão”. Para tanto, esse código profissional deve representar uma declaração do papel moral dos integrantes da profissão, sendo que nesse ponto os padrões profissionais diferenciam-se dos padrões impostos por instituições externas, como o governo e outras.

Todavia, os médicos acreditam erroneamente que apenas respeitar as normas do seu código de ética é o suficiente para uma deliberação moral e isso ocorre em grande parte da prática médica. Mesmo assim, desde a época hipocrática os códigos de ética eram formulados sem muita aceitação pelos pacientes pela tendência paternalista e por raramente se valerem de autoridade moral externa ao julgamento médico. Seguidamente, existiam alguns conflitos entre regras morais gerais e esses códigos de ética particulares da medicina, como no dilema da interrupção das terapias de suporte de vida, em que os pacientes podem ficar em estado vegetativo por longo

tempo, o que exige grande reflexão ética acerca da manutenção da vida artificialmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002 p. 22-24).

Com relação a essa abordagem da distanásia do código de ética médico, pode-se fazer uma reflexão sobre as situações que envolvem conflitos éticos, os quais devem ir muito além do reducionismo ético nos casos que configuram as “futilidades médicas”. Mesmo que o termo distanásia seja pouco conhecido e discutido com a sociedade, ocorre mais frequentemente na prática médica em unidades de terapia intensiva que seu antônimo, a “eutanasia”, que geralmente é mais evidenciada na mídia. Esses dilemas morais surgem de princípios e regras morais em conflito com a vida moral e por isso deveria haver uma ponderação sobre o que poderia ser feito para sua resolução: “Em algumas situações, o conflito produz um dilema moral sem qualquer princípio supremo que determine um dever preponderante” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.28).

No Brasil, o Código de Ética Médica expressa a preocupação com a mudança de ênfase do conceito de saúde para o bem-estar global da pessoa, não apenas com a ausência de doença, mas estabelecendo princípios fundamentais, como no inciso XXII: “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. No final de 2006, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal, conforme segue:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (...). CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente; CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil; CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”; CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes; CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo

paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta; CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal; CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006, RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (BRASIL, CFM, 2006).

O novo Código de ética Médica também regulamenta a relação do médico com familiares e pacientes quando veda, ao médico, no artigo 31: “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Dessa maneira, expressamente determina que é necessário respeitar a autonomia do paciente.

[...] ele tem o direito de saber e o direito de decidir; direito de não ser abandonado; direito a tratamento paliativo para amenizar seu sofrimento e dor; direito de não ser tratado como mero objeto cuja vida pode ser encurtada ou prolongada segundo as conveniências da família ou da equipe médica são todas exigências éticas que procuram promover o bem-estar global do doente terminal e, conseqüentemente, sua saúde enquanto não morre (MARTIN, 1998, p.191).

Claramente, o Código de Ética Médica proíbe excessos na prática da medicina, conforme o artigo 41: “abreviar a vida do paciente [...] Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas [...]”. Para Martin (1998, p. 191), “o ideal é realizar a integração do conhecimento científico, habilidade técnica e sensibilidade ética numa única abordagem. Quando se entende que a ciência, a técnica e a economia têm sua razão de ser no serviço à pessoa”.

Então o componente ético deve estar presente em toda situação de tratamento, pois é tão relevante quanto o técnico.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada de sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos. A questão ética é: até quando se deve investir neste empreendimento? Que sentido este investimento tem? (MARTIN, 1998, p. 187).

Desse modo, a prática de distanásia no cenário das unidades da terapia intensiva com uso de sofisticados aparatos tecnológicos, tornou recorrente o surgimento de conflitos éticos no momento de decisão médica, pela complexidade de fatores que surgem e o problema na aceitação do fim da vida pelos familiares. Por isso, pode-se falar em crise ética porque o paciente em estágio terminal deveria ser avaliado de forma integral, levando em conta toda a complexidade de aspectos que circundam a situação. Tudo isto a partir do respeito à dignidade e autonomia do enfermo para decidir sobre o momento final de sua vida, como também da imprescindível utilização dos cuidados paliativos para que ocorra a humanização da saúde, nos casos de doenças sem possibilidade de cura. Essa discussão e reflexão sobre os desafios éticos que envolvem a situação de distanásia podem amenizar e, algumas vezes, evitar o sofrimento de pacientes, porque em grande parte essas práticas ocorrem por receio de infração às normativas legais, por falta de conhecimento do médico, que tem medo de cometer omissão de socorro ou eutanásia passiva.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS: FORMAS DE RESOLVER PROBLEMAS BIOÉTICOS

A ética representa um termo genérico para entendimento e análise da vida moral. A teoria ética e a filosofia moral são termos utilizados para se referir a uma reflexão filosófica sobre a função e a natureza da moralidade, que podem ser um ponto de partida para a teoria ética; nesse sentido, existem três abordagens: normativas, as quais se apresentam como padrões de ações que podem ser boas ou más; descritivas, que descrevem aquilo que as pessoas acreditam e agem como tal, através da investigação fatural de suas crenças e comportamento moral; e a outra é a meta-ética, que analisa e fundamenta conceito e método de raciocínio ético, como o sentido de termos como *obrigação*, *princípios*, *dever*, entre outros (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 18-19).

Dessa forma, a ética normativa representa um estudo que busca respostas para os questionamentos, segundo Beauchamp e Childress (2002, p.18): “quais normas gerais para orientação e a avaliação da conduta devem ser moralmente aceitas e por que razões? É uma ética normativa geral”. Mesmo sendo satisfatória, essa teoria, muitas vezes, na prática médica, haverá casos em que não existirá as respostas que a situação exige. Por isso, como uma tentativa de descobrir as implicações de teorias gerais em situações específicas de julgamento moral, surge a ética prática. Esse termo prático refere-se ao uso da teoria para a análise de problemas morais como práticas em alguma área, como a profissional. Todavia, em certos casos específicos, existem dificuldades na prática de utilizar princípios gerais, ainda que venha auxiliar na avaliação da conduta moral.

Em síntese, a ética descritiva representa a investigação de comportamentos e crenças morais através de técnicas científicas que estudam o modo de agir e raciocinar das pessoas, como no caso dos códigos de prática profissional. Já a meta-ética envolve uma análise de linguagem, conceitos e métodos de raciocínio ético, também incluindo o estudo da epistemologia moral, lógica e padrões de raciocínio e justificação moral. Tanto a ética descritiva como a meta-ética se preocupam com o estabelecimento da situação conceitual e não no estabelecimento ético de qual deveria ser a situação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 19).

2.1 TEORIAS ÉTICAS NO CONTEXTO DA ÉTICA BIOMÉDICA

Nesse contexto bioético, os referenciais teóricos constituem um conjunto de normas que auxiliam os agentes morais na tomada de decisões sobre juízos morais com o auxílio de suas ferramentas teóricas, como o utilitarismo, o deontologismo, a ética da virtude, a ética do cuidar, a ética principialista, entre outras. Desse modo, passa-se a elencar algumas perspectivas teóricas disponíveis para resolver o problema da distanásia (KOTTOW, 1995).

2.1.1 Ética utilitarista / consequencialista

Esse referencial teórico é muito utilizado dentro da prática médica, em que as teorias consequencialistas definem quais ações são certas ou erradas a partir de uma ponderação de suas conseqüências serem más ou boas. É atribuído igual peso a cada uma das partes envolvidas, para verificar qual seria mais correta aquela situação que produzir o melhor resultado global. O utilitarismo é a principal teoria fundada nas conseqüências, que tem como princípio básico da ética a utilidade. Teve origem com Jeremy Bentham (1748-1832) e de John Stuart Mill (1860-1873). Esses autores utilitaristas têm uma concepção de utilidade baseada nos termos de felicidade e no prazer. Outros mais recentes vão considerar outros valores como intrínsecos, além da felicidade.

Assim, o princípio da utilidade é concebido como um critério que determina o certo e errado, mas tem controvérsias sobre poder ser aplicado em casos particulares ou apenas às regras gerais que venham definir os atos como certos ou errados. Desse modo, existe o utilitarismo das regras que considera as conseqüências de adotar as regras, como também o utilitarismo das ações que considera as conseqüências de cada ação em particular. Um exemplo sobre o utilitarismo das ações foi o comentário de um ex-governador do Colorado, Richard Lamm, conforme segue:

[...] certa vez observou que, em vista dos custos crescentes da assistência médica, o doente terminal tinha 'o dever de morrer e liberar caminho com todas as nossas máquinas e corações artificiais e tudo o mais'. Esta declaração entra claramente em conflito com a moralidade comum, e houve um protesto indignado e escandalizado com o fato de um funcionário público pusesse de lado regras morais ponderadas que protegem nossos direitos. Lamm escolheu uma palavra infeliz ao declarar que o doente terminal tem o 'dever' de morrer. No contexto, porém, ele estava dando a resposta do

utilitarismo das ações para aquilo a que ele se referia corretamente como uma questão ética. Seu argumento é que não podemos manter o financiamento público para as tecnologias médicas sem avaliar os custos e as contrapartidas, mesmo que posteriormente tenhamos que revisar nossas concepções tradicionais e deixar que algumas pessoas morram pelo fato de que alguma tecnologia não é financiada. O partidário do utilitarismo das ações acredita que muitas outras questões suscitadas pelo desenvolvimento tecnológico também não podem ser tratadas com as regras morais tradicionais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 67-68).

Para essa perspectiva utilitarista, apenas o princípio da utilidade é absoluto; porém, nenhuma regra derivada pode ser absoluta como também nenhuma regra é definitiva. Consideram que mesmo a regra da medicina que proíbe o médico de tirar a vida do seu paciente pode ser revisada de forma substancial, como no exemplo em que o paciente em estágio terminal de vida pede ao médico para tirar a sua própria vida. Para os utilitaristas das regras nessa situação, “devemos apoiar regras que permitem matar [...] se essas regras produzirem as consequências mais favoráveis. [...] deve haver regras contra matar [...] se essas regras maximizarem as consequências boas” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.68).

2.1.2 Ética deontológica

Essa teoria é baseada na obrigação, chamada de deontológica, que nega muito as concepções utilitaristas por entender que as ações certas ou erradas devem ser analisadas com fundamento nas características das ações, longe da análise de suas consequências. A teoria deontológica teve como base o pensamento ético de Immanuel Kant (1724-1804), pois suas formulações foram moldadas por essa concepção de dever como lugar central de seu discurso:

O valor moral da ação não reside, portanto, no efeito que dela se espera; também não reside em qualquer princípio da ação que precise de pedir o seu móbil a este efeito esperado (KANT FMC. BA 16) .

A representação de um princípio objetivo, enquanto obrigante para uma vontade, chama-se um mandamento (da razão), e a fórmula do mandamento chama-se *Imperativo*. Todos os imperativos se exprimem pelo verbo dever (sollen) e mostram assim a relação de uma lei objetiva da razão para uma vontade que, segundo a sua constituição subjetiva, não é por ela necessariamente determinada (uma obrigação). Eles dizem que seria bom praticar ou deixar de praticar qualquer coisa, mas dizem-no a uma vontade que nem sempre faz qualquer coisa só porque lhe é representado que seria bom fazê-la. Praticamente *bom* é porém aquilo que determina a vontade por meio de representações da razão, por conseguinte, não por causas subjetivas, mas objetivamente, quer dizer, por princípios que são válidos para

todo o ser racional como tal (KANT FMC. BA 37/38).

Por isso, qualquer exemplo que mais tarde Kant tenha utilizado na casuística não seria para ele fundamentação, mas apenas fazer regras para serem aplicadas na vida moral. Assim, quando se tratar de decisões dilemáticas morais num confronto do conjunto de normas, estar-se-ia no nível da pragmática e não mais na fundamentação da ética. Na verdade, Kant quer que o problema da fundamentação assuma uma dimensão filosófica, porém não nega que essa entrada da filosofia moral popular seja válida. O conceito chave de Kant é o *dever*, que o homem possui ao utilizar a razão. Esse dever surge por sermos autônomos e contém em si o de boa vontade naturalmente limitada. No primeiro argumento, as ações devem ser por dever e não conforme o dever; no segundo argumento, o valor moral não está no propósito, mas na máxima que a determina; o terceiro argumento é uma consequência dos dois anteriores, em que dever é a necessidade de uma ação por respeito à lei. Então, o valor moral da ação não está no efeito que dela se espera, nem em outros princípios particulares, além do princípio moral em si. Portanto, o âmbito moral para Kant é o da realização da autonomia humana, da realização da humanidade, pois entende que a Autonomia da Vontade é o Princípio Supremo da Moralidade: “Autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer)” (KANT, FMC. BA 87/88).

O dever agir em nome da obrigação é operado pelos imperativos da moralidade, pois o motivo da ação vem do reconhecimento do que é moralmente exigido. Esta máxima é chamada de imperativo categórico e exige a conformidade das ações para todos os seres racionais. Em sua principal formulação, Kant estabelece a seguinte máxima: “age somente de acordo com a máxima que possas ao mesmo tempo querer que se transforme em lei universal” (KANT FMC BA 53). Kant afirma que todos os imperativos particulares da obrigação (todas as asserções do tipo “devo” moralmente obrigatórias) são justificados por este único princípio. Também afirma que os imperativos são apenas fórmulas para exprimir a relação entre leis objetivas do querer em geral e a questão subjetiva para o ser racional dentro da vontade humana, em que todos os imperativos ordenam hipoteticamente (representam a necessidade prática de uma ação possível como meio de alcançar qualquer outra coisa que se queira e que é possível que se queira) ou categoricamente (aquele que representa

uma ação objetivamente e sem relação com qualquer outra finalidade).

Então o imperativo que, sem se basear em qualquer outra intenção, ordena imediatamente esse comportamento, é o imperativo categórico que não pergunta o que, para que e quando? Não se relaciona com a matéria da ação e com o que dela deve resultar, mas com a forma e o princípio de que ela mesma deriva, *faça só isso*.

Assim, não pensa nas consequências, tem que fazer e é um dever, pois o que é necessariamente bom reside na disposição, não importa o resultado. Tem-se a convicção que o que faz é algo que é por respeito à lei, que pode chamar de imperativo da moralidade categórico, não sendo limitados por nenhuma condição e sendo propriamente mandamentos absolutamente necessários, pois só a lei traz consigo o conceito de necessidade incondicionada, objetiva e de validade universal (KANT FMC. BA 40/44).

Para Kant, nunca se tem certeza de que uma ação praticada é de fato uma ação moral, na medida em que ela foi realizada por dever e não somente conforme o dever. Parece que o imperativo da moralidade às vezes pode ser camuflado e, na verdade, continua sendo da prudência ou da destreza. Todos que parecem categóricos podem ao final disfarçadamente ser hipotéticos. Nesse caso, o pretense imperativo moral que, como tal, aparece categórico, não passaria de uma prescrição pragmática, de como é bom fazer isso, que chama a atenção para as nossas vantagens e levá-las em consideração. Segundo a teoria kantiana, deve-se buscar totalmente *a priori* e fazer uma grande exclusão da empiria para a consideração da fundamentação moral (KANT FMC. BA 9/16).

Alguns autores da ética contemporânea aceitaram e desenvolveram essa construção kantiana, como fez Alan Donagan em *The Theory of Morality*, no qual se apóia na teoria das pessoas como um fim em si (imperativo que se baseia no dever de tratar a humanidade como fim e nunca somente como meio). Beauchamp e Childress apresentam também outra teoria com base kantiana, que foi a de John Rawls, fundamentada no “equilíbrio reflexivo”, que desafia as teorias utilitaristas, evidencia os direitos individuais (auto-respeito e autonomia). Diante disso, no entendimento kantiano, a autonomia da vontade é o poder agir intencionalmente de acordo com os princípios morais universalmente válidos que venham atender os requisitos do imperativo categórico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 75).

2.1.3 Ética do caráter – Ética da virtude

É uma teoria que tem como base a virtude, no qual os agentes que fazem as suas escolhas morais com seus fundamentos seguem a tradição de Platão e Aristóteles. Enquanto as teorias utilitaristas e algumas teorias kantianas evidenciam os direitos e obrigações, a ética do caráter (ética da virtude) atribui maior valor ao caráter virtuoso, com maior atenção para o agente moral com o uso adequado da racionalidade prudencial. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002, p. 80) conceituam virtude: “uma virtude é um traço de caráter socialmente valorizado, e uma virtude moral é um traço moralmente valorizado. O fato de que a coragem [...] seja um traço socialmente valorizado não faz com que a coragem seja uma virtude moral”. Portanto, a identificação de uma virtude moral necessariamente deve ser vinculada em razões morais, o que torna um equívoco a conclusão de que a virtude moral seja aquilo que é socialmente aprovado.

Aristóteles apresentou uma importante diferença entre a ação correta e a motivação apropriada, ao analisar nos termos da distinção entre a realização externa e a disposição de espírito que pode ser correta, porém sem ser virtuosa. Nessa concepção, tanto a ação correta como a motivação correta devem estar presentes numa ação virtuosa:

O agente deve (...) estar com a disposição certa quando pratica as ações. Em primeiro lugar, deve ter a ciência de que está realizando ações virtuosas; em segundo lugar, se deve decidir por elas em razão delas mesmas; e em terceiro lugar, ele deve também executá-las com base numa disposição firme e imutável, incluindo a disposição certa das emoções e dos desejos. A pessoa justa e moderada não é aquela que meramente pratica as ações, mas aquela que também as pratica da forma como as pessoas justas e moderadas praticam (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.81-82).

À luz das orientações aristotélicas, vê-se que, muito além da motivação para a ação, para que uma pessoa seja virtuosa, necessariamente, deve “experimentar os sentimentos apropriados, tais como a simpatia e a pena - mesmo que os sentimentos não sejam motivos e que a ação possa não resultar dos sentimentos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 82). Porém, nem sempre as virtudes possuem uma ligação clara com os motivos, nem com os sentimentos, como, por exemplo, o discernimento e a integridade moral, com evidência para o comportamento e as propriedades psicológicas. Desse modo, existem autores da ética do caráter que afirmam “que a

linguagem da obrigação é derivada de circunstâncias morais nas quais as pessoas demonstram uma carência de virtude ao não realizar determinadas ações” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.82).

Essa posição enfatiza uma maior importância para os motivos e o caráter correto do que apenas com a conformidade de seus atos com as regras, concluindo que a pessoa que possui a disposição de caráter para ter os motivos e os desejos certos é o modelo básico da pessoa moral. Além disso, as emoções necessariamente estão relacionadas a prazeres ou dores, que acompanham o homem desde sempre, pois é difícil conter essas paixões que estão enraizadas na vida humana. Assim, essa *contenção* se faz necessária à virtude; por conseguinte, a mediania quanto às emoções deve ser própria à virtude. Nessa teoria, não existe um afastamento das emoções, mas sim dar a elas uma justa medida, em que a virtude moral consiste justamente em encontrar uma medida para as emoções em situações que se produzem as ações (ZINGANO, 2007, p. 144).

Aristóteles entendia a virtude moral com certa dependência da boa medida em relação às emoções. Para Zingano (2007, p. 144), “não se trata de extirpar as emoções, mas de lhes dar uma justa medida, vivê-las metriôs, e a virtude moral consiste justamente em encontrar sua medida em função e no meio das circunstâncias em que se produzem as ações”. Portanto, isso significa que a virtude é uma disposição ligada à escolha deliberada, que um meio termo quanto às ações e às emoções implica determinar aquilo que as circunstâncias relevantes ao nosso redor em seu conjunto indicam para o fim buscado pelo agente.

Dentro da perspectiva da ética biomédica, alguns autores afirmam que as tentativas de teorias baseadas nas obrigações, que substituem os julgamentos virtuosos por regras e códigos, não terão como resultado as melhores ações. Nessa visão, o caráter do agente é mais importante que a conformidade com as regras, pois as virtudes devem ser cultivadas a partir dos modelos educacionais, ao “criar uma atmosfera na qual os profissionais da área da saúde desejem não abusar de seus pacientes [...] proporciona uma razão significativa para incorporar as virtudes na ética biomédica e no ensino da medicina” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.83).

Porém, mesmo que as virtudes possuam uma posição especial na vida moral, não teriam como se afastar totalmente das teorias baseadas na obrigação, pois ambas são compatíveis e mutuamente reforçadoras. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002, p. 85) entendem:

Esses julgamentos são baseados em normas gerais, não somente nas virtudes. Isto sugere que as virtudes requerem princípios e regras para regulá-las e suplementá-las. Como sugere Aristóteles, **a ética envolve julgamentos tais como aqueles da medicina: os princípios orientam para as ações, mas ainda precisamos avaliar uma situação e formular uma reação apropriada, e essa avaliação e essa reação provêm tanto do caráter e do treino como dos princípios.**

Defender a compatibilidade das virtudes e dos princípios não é defender uma correspondência completa. Em outras palavras, não é preciso argumentar que **todas as virtudes morais tem um princípio moral de obrigação correspondente.** (g.n.)

No entanto, a teoria da virtude possui alguma limitação, como no caso da moralidade nas relações entre estranhos, como no exemplo de um médico que encontra o paciente pela primeira vez e trata de estipular a sua conduta de atendimento em conformidade com as regras ou princípios que podem ser essenciais para a relação médico-paciente. Então, apenas a virtude não seria suficiente, havendo necessidade de combinar princípios e regras para orientação de uma conduta médica, ou seja, deve existir uma compatibilidade entre princípios e virtudes morais.

2.1.4 Ética do cuidar

A ética do cuidar possui algumas premissas em comum com a ética comunitarista, com ênfase em traços valorizados nos relacionamentos pessoais íntimos, como a simpatia, fidelidade, compaixão, discernimento e o amor. Nessa concepção, o cuidar significa gostar, ter compromisso emocional e ter disposição para agir em benefício com aquelas pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo. Os médicos, na relação com o seu paciente, em algumas situações, encontram vários conflitos diante de pedidos incomuns que, na perspectiva da ética do cuidar, devem ter a sensibilidade de escolher sua decisão de forma que não venha ferir o princípio da confiabilidade e qualidade de atendimento, que são elementos morais essenciais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 106).

A ética do cuidar teve origem principalmente nos escritos feministas, com Carol Gilligan e a filósofa Annette Baier. Gilligan declarou ter descoberto “a voz do cuidar”, para ela uma voz “reflexiva e filosófica”, por meio da pesquisa empírica envolvendo entrevistas com meninas e mulheres. No seu entendimento, as mulheres enxergam a moralidade nos termos das responsabilidades do cuidar, que são derivadas dos vínculos com os outros; já os homens veem a moralidade nos termos de direitos e de

justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 107).

A tese de Baier não sustenta que se tenha que descartar as categorias de obrigações, mas que se deve ter um espaço para uma ética da confiança e amor. Dessa forma, rejeitou o modelo kantiano com ênfase na justiça, direitos e lei, além de observar a importância das condições de cooperação social, especialmente nas famílias e nas decisões comunitárias, que tem como temas centrais à ética do cuidar (a interdependência mútua e a reação emocional):

A ética do cuidar sustenta que muitos relacionamentos humanos – por exemplo, na assistência e na pesquisa médica – envolvem pessoas que estão vulneráveis, dependentes, doentes e frágeis, e que a reação emocional desejável é a preocupação atenciosa com as necessidades e não o respeito distante pelos direitos. Compadecer-se e identificar-se com a outra pessoa constituem facetas vitais do relacionamento moral.[...] Um papel a ser desempenhado pelas emoções. Desde o fim do século XVIII, a teoria ética exibiu uma tendência cognitivista; ou seja, ela concebeu a teoria e o julgamento moral como questões da razão e não da emoção [...]. A ética do cuidar corrige essa propensão cognitivista dando às emoções um papel moral a desempenhar. Ter determinada atitude emocional e expressar a emoção apropriada ao agir são fatores moralmente relevantes, assim como é moralmente relevante ter um motivo apropriado para uma ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.110).

Dessa forma, a compreensão das necessidades do outro, bem como a consideração atenciosa da sua situação, como a dor e sofrimento do paciente, provêm muito mais da emoção que da razão. Todavia, essa ênfase para a dimensão emocional da vida moral não reduz a reação moral a uma reação emocional, porque o cuidar também possui uma dimensão cognitiva por envolver a compreensão e o discernimento a fim de perceber melhor o outro. Portanto, as emoções nos oferecem a capacidade e a motivação sobre o caráter de alguém; já o entendimento orienta sobre a escolha de uma forma de agir (ação).

2.1.5 Ética principialista

Conforme Beauchamp e Childress (2002, p. 123), essas teorias baseadas em princípios podem ser monistas, pois utilizam princípios únicos e absolutos, como ocorre nas teorias utilitaristas e kantianas, que possuem o princípio da obrigação como único apoio de suas diretrizes de ação. Porém, as teorias baseadas na moralidade comum são pluralistas, pois utilizam dois ou mais princípios que não são absolutos ou *prima facie*, como é a concepção da Ética Principialista de Beauchamp e Childress,

que no campo da ética médica foi concebida por quatro princípios morais: Princípios da Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça, expressos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

No ano de 1974, o governo norte-americano, para controlar as condutas e conter os abusos relacionados às pesquisas científicas, criou uma comissão para identificar princípios éticos que fossem básicos para a proteção da área biomédica. Assim, surgiu a Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos na pesquisa biomédica e comportamental. Também o Congresso americano solicitou que essa Comissão elaborasse um relatório sobre as pesquisas realizadas com fetos humanos, conhecido como Relatório *Belmont*, que identificou três princípios éticos como parâmetro ético: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça, sem deixar de reconhecer outros princípios que poderiam ser relevantes. Posteriormente, Tom L. Beauchamp e James F. Childress, os pais do Princípioalismo, publicaram a obra “Princípios de Ética Biomédica”, na qual fizeram a distinção entre os princípios da beneficência e não-maleficência, que antes não existia. Inaugurou-se uma nova forma de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na ética biomédica, que tem como fundamento a moralidade comum partilhada diretamente da moralidade formada pelos membros de uma sociedade. A proposta desses autores consiste em unir a ética baseada em princípios e ética baseada na moralidade comum como modelo de justificação baseado na coerência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 39).

Quando se diz, por exemplo, que uma pessoa age geralmente segundo uma *ética de princípios*, quer dizer: quando se usa o termo de *princípio* para caracterizar uma das qualidades intrínsecas de um determinado tipo ou de certo conjunto de regras *morais*, não fica muito claro imediatamente nem o grau de obrigação (força obrigante) nem a origem ou o motivo último de tais princípios. Pode-se tratar apenas de certas regras ou diretrizes úteis de comportamento social, mas podem se originar também de normas e preceitos fixos (convenções religiosas ou culturais) ou até resultar de ponderações sobre possíveis efeitos e conseqüências desejáveis ou não desejáveis de determinadas formas de agir. Quanto a este ponto, é interessante citar, como exemplo, um pequeno trecho de uma entrevista que um dos teóricos utilitaristas mais conhecidos – e mais discutidos – da contemporaneidade, o australiano Peter Singer, que deu à *Folha de São Paulo* (30/10/2002) e em que o entrevistador aponta para a aparente contradição no discurso dele sobre a questão da eutanásia:

Folha: O sr. disse que a legalização da eutanásia voluntária segue os princípios éticos de Immanuel Kant (1724-1804), ainda que o próprio Kant achasse que os princípios levavam à conclusão de que o suicídio é errado. Como assim?

recebendo a seguinte resposta:

Singer: Kant não foi influenciado pelos princípios da própria filosofia moral. Ele foi obviamente influenciado pela moral cristã convencional de seu tempo. A argumentação dele sobre suicídio é realmente muito ruim. Quer dizer, quando alguém se mata, contradiz uma lei da natureza, porque se todo ser que tivesse o desejo de se matar o fizesse, a natureza não teria continuado; portanto, o desejo de viver é algo básico na natureza. Se alguém tem câncer terminal e quer se matar, isso não diz nada sobre a sobrevivência das espécies. Mas o que eu realmente quero citar quando me refiro a Kant é o seu princípio da autonomia, de que devemos respeitar a autonomia de cada indivíduo. **E respeitar a autonomia de indivíduos que querem morrer significa dar a eles a assistência de que eles precisam para morrer e não forçá-los a continuar vivos, quando eles mesmos podem julgar a própria qualidade de vida. Não é ético.** (g.n.)

Então, para Singer a argumentação de Kant é insatisfatória, principalmente em abordagens éticas que defendem a vida a qualquer custo por questões de princípios. São muitas vezes situações desse tipo que caracterizam e complicam, ao mesmo tempo, a discussão de grande parte das propostas e concepções éticas atuais – e que pretende-se esclarecer e/ou evitar, na medida do possível, pelas reflexões sobre as possibilidades de concepções éticas em decisões da prática médica no contexto dos excessos de tratamento médico em pacientes em estágio terminal, a partir do questionamento: até quando prolongar a vida humana?

A seguir, passa-se a expor os princípios bioéticos e suas implicações diretas na tomada de decisão na prática médica que podem ser consideradas boas ou certas do ponto de vista moral.

2.1.5.1 O Princípio da Autonomia

No que se refere ao respeito à autonomia, Beauchamp e Childress (2002, p.137) afirmam que: “o respeito pelas escolhas autônomas das outras pessoas está profundamente inserido na moralidade comum quanto qualquer outro princípio, mas há pouco consenso acerca de sua força”. Alguns filósofos entendem que a moralidade deve pressupor agentes autônomos; todavia, enfatizam que existem diferentes temas em associação com a autonomia. Dessa forma, devido a essas divergências, deve-se entender o conceito de autonomia para melhor especificar o princípio da autonomia.

Os autores supracitados elaboraram o conceito de autonomia com abordagem

específica para examinar a tomada de decisão no cuidado da saúde. Sua concepção é adequada para identificar aquilo que é protegido pelas regras de consentimento informado, recusa informada, veracidade e confidencialidade: “A palavra autonomia deriva dos termos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei) e foi empregada como referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados independentes gregas”. Contudo, esse termo adquiriu outros sentidos como “de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, motor do próprio comportamento e pertencimento a si mesmo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.137).

Há necessidade, assim como outros conceitos filosóficos, de que a autonomia adquira um sentido mais específico dentro do contexto de uma teoria. Há a autonomia como o governo pessoal do eu, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção. Um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, mas caso essa pessoa tenha sua autonomia reduzida, torna-se incapaz de deliberar com fundamento nos seus próprios desejos e vir a ser controlada por outras pessoas, como portadores de deficiências mentais, entre outras situações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

Quase a totalidade das teorias da autonomia consideram duas condições essenciais: a) liberdade (independência de influências controladoras); e b) qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente). Contudo, destacam divergências quanto ao significado destas duas condições e a necessidade de alguma outra condição. Então, ter autonomia é reconhecer o direito da pessoa de ter uma opinião, fazer suas escolhas e agir com base em seus valores e crenças. Desse modo, o respeito deve envolver uma ação respeitosa e não apenas uma atitude respeitosa. Necessariamente, vai muito além do que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois devem existir obrigações que venham sustentar as capacidades da outra pessoa, de forma a auxiliar para a escolha autonomamente. Ou seja, as pessoas devem ser acompanhadas e auxiliadas a fim de que possam agir autonomamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

Por isso, conforme os autores Beauchamp e Childress, o princípio do respeito à autonomia pode ser estabelecido em sua forma negativa, de maneira que as ações autônomas não devem ser sujeitadas a pressões controladoras de outros. Devido a grande importância dessa temática, a autonomia será tratada no capítulo terceiro de

forma mais aprofundada e analisada com uma abordagem positiva no contexto da prática médica, na qual o médico tem o dever de auxiliar o seu paciente em estágio terminal, possibilitando a melhor escolha no final da vida. Na concepção kantiana, a exigência de que os outros sejam tratados como fim requer que as pessoas sejam assistidas com a finalidade de alcançarem seus fins e que sejam encorajadas suas capacidades como agentes e não que se evitem tratá-las inteiramente como meios para os fins de outros.

Surge, assim, a necessidade de especificação em contextos particulares para se tornar um guia prático a fim de melhorar a conduta na prática médica. Parte desse processo de especificação aparece nos direitos e obrigações relativos à liberdade, privacidade, confidencialidade, veracidade e ao consentimento. Pode-se, no atual contexto da saúde mundial, com a pandemia do *coronavírus*, nesse ano de 2020, ver a questão da judicialização sobre a obrigatoriedade da vacinação para imunização da COVID 19. Nessa situação, preliminarmente já existem decisões que relativizaram o direito à autonomia ao restringir o exercício de uma escolha individual sobre a obrigatoriedade da vacina. Em grande parte, a argumentação jurídica está sob o fundamento que a decisão pessoal de não se vacinar pode ameaçar a saúde pública e potencialmente prejudicar inocentes e, por isso, relativizando o princípio da autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.145).

Existem relatos muito cruéis, desde o julgamento de Nuremberg, com experiências médicas nos campos de concentração, fatos que desencadearam a necessidade de serem reguladas as situações de pesquisas com seres humanos através do consentimento informado, que surgiu uma década após esse julgamento com grandes discussões da ética biomédica. Conforme Beauchamp e Childress (2002, p.161-162), há bem pouco tempo “o enfoque dessa análise se transferiu da obrigação do médico ou do pesquisador de revelar a informação para a qualidade do entendimento e do consentimento por parte do paciente ou do sujeito da pesquisa”.

Desse modo, o consentimento informado deve ser analisado em duas concepções diferentes. Na primeira concepção, o consentimento informado diz respeito a uma autorização autônoma que é dada por indivíduos para intervenção médica ou participação na pesquisa, em que deve fazer mais do que expressar concordância, pois deve autorizar algo por meio de ato de consentimento informado. Na segunda concepção, o consentimento informado é analisado com base nas regras sociais de consentimento pelas instituições que devem obter consentimento

legalmente válido para pacientes. Com isso, um sujeito de pesquisa pode autorizar autonomamente uma intervenção e dar um consentimento informado na primeira concepção, mas não autorizar essa intervenção no segundo aspecto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 163-164).

2.1.5.2 Princípio da Não-Maleficência

O princípio da não-maleficência, no entendimento de Beauchamp e Childress (2002, p. 209), “determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, esse princípio esteve associado à máxima *primum non nocere*: acima de tudo (ou antes de tudo) não causar dano”. Mesmo com origens não muito claras, essa máxima é frequentemente utilizada pelos profissionais da área da saúde. Na verdade, isso representa uma tradução distorcida de uma passagem isolada na obra de Hipócrates, que estabelece no juramento uma obrigação de não-maleficência e uma obrigação de beneficência: “usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com minha habilidade e com meu julgamento, mas jamais o usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo”.

Por isso, na base da estrutura proposta por Beauchamp e Childress (2002, p. 209-279) está a interpretação do princípio de não-maleficência, que evidencia que a questão dos julgamentos sobre a qualidade de vida foi suprimida, em grande parte, no contexto histórico da ética biomédica. Porém, é de grande importância porque permite que, em determinadas condições, os pacientes e médicos aceitem ou recusem tratamentos depois de ponderar os custos e benefícios como, por exemplo: olhar para a qualidade de vida nos casos de prolongamento da vida artificialmente.

Várias teorias éticas, como as utilitaristas e não utilitaristas, reconheceram o princípio de não-maleficência, mas alguns filósofos unem a não-maleficência e a beneficência como único princípio. Os autores da ética principialista referem que a abordagem de William Frankena faz uma decomposição do princípio da beneficência em quatro obrigações gerais (a primeira delas é tratada como obrigação de não-maleficência; as demais como obrigações de beneficência):

Não devemos infligir males ou danos (o que é nocivo); devemos impedir que ocorram males ou danos; devemos eliminar males ou danos; devemos fazer ou promover o bem.

Frankena organiza estes elementos hierarquicamente, de modo que – sendo os outros fatores equivalentes, numa circunstância de conflito – o primeiro

elemento tem precedência sobre o segundo, o segundo sobre o terceiro e o terceiro sobre o quarto. Frankena reconhece que os quatro elementos têm de ser defendidos e qualificados na categoria de uma afirmação de obrigação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 210).

Como há uma diversidade de danos, o princípio da não-maleficência abarca muitas regras morais específicas (embora ocasionalmente, outros princípios devem ser invocados para ajudar a justificar essas regras). São exemplos do princípio da não-maleficência: não matar, não causar dor ou sofrimento a outros, não causar incapacitação a outros, não ofender a outros e despojar outros dos prazeres da vida. Nestas regras morais, tanto o princípio como suas especificações são *prima facie* ou não absolutos. As obrigações de não-maleficência são obrigações de não prejudicar ou impor riscos de dano. Uma pessoa pode prejudicar outra ou expô-la a risco sem uma intenção maldosa e o agente causador do dano pode ser ou não moral ou legalmente responsável por ele. Em alguns casos, os agentes são causalmente responsáveis por um dano que não tinham a intenção de produzir ou que até mesmo nem tinham conhecimento.

2.1.5.3 Princípio da Beneficência

No entendimento de Beauchamp e Childress (2002, p.281), “a moralidade requer não apenas as pessoas como autônomas e que haja a abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribuamos para seu bem-estar”. Estes autores ressaltam que o princípio da beneficência exige mais que o princípio da não-maleficência, pelo fato que nesse os agentes devem tomar atitudes positivas a fim de ajudar os outros, não meramente se abster de realizar atos nocivos. Destacam dois princípios da beneficência: a beneficência positiva (requer com que seja propiciado algum benefício) e a beneficência da utilidade (requer que sejam ponderados os benefícios e desvantagens).

Esse termo beneficência pode significar atos de compaixão, bondade e caridade na linguagem comum. Beauchamp e Childress (2002, p. 282) consideram a ação beneficente num sentido ainda mais amplo, pois incluem todas as formas de ação que tenham o propósito de beneficiar outras pessoas: “a beneficência refere-se a uma ação realizada em benefícios de outros; a benevolência refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefícios de outros”. Para os

autores, o princípio da utilidade é uma extensão essencial do princípio da beneficência positiva. Todavia, o princípio da utilidade não corresponde ao princípio utilitarista clássico de utilidade, porque o proposto por eles não deve ser entendido como o único princípio da ética ou que tenha primazia sobre outros princípios. Esse princípio se limita ao balanço dos riscos e benefícios, sendo seguidamente criticado porque parece permitir que os interesses da sociedade sejam sobrepostos aos direitos individuais.

Muitos críticos têm reservas quanto a essa afirmação sobre as pessoas possuírem essas obrigações positivas, com o argumento que a beneficência seria apenas um ideal virtuoso e, caso as pessoas que não hajam de modo beneficente, não teriam estas falhas morais. Nesse sentido, os principialistas se propuseram a esclarecer e especificar a beneficência, tomando o cuidado ao definir os limites de obrigações e as condições em que a beneficência se torna opcional em vez de obrigatória, conforme segue:

Em função dos vários tipos de benefício, o princípio de beneficência positiva fundamenta uma série de regras morais mais específicas – incluindo algumas já mencionadas mas não referidas como regras. Exemplo dessas regras de beneficência, são: 1. Proteger e defender os direitos dos outros; 2. Evitar que outros sofram danos; 3. Eliminar as condições que causarão danos a outros; 4. Ajudar pessoas inaptas; 5. Socorrer pessoas que estão em perigo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 284)

Necessariamente, deve-se fazer a distinção dos princípios e das regras de beneficência com relação aos princípios e regras da não-maleficência de várias formas:

As regras da não-maleficência (i) são proibições negativas de ações que (ii) devem ser obedecidas de modo imparcial e que (iii) servem de base a proibições legais de certas formas de conduta. Em contraposição, as regras de beneficência (i) apresentam exigências positivas de ação, sendo que (ii) nem sempre precisam ser obedecidas de modo imparcial e (iii) raramente ou nunca servem de base a punições legais contra quem deixa de aderir a elas. A segunda condição, a obediência imparcial, é especialmente importante e por isso mereceu maior atenção (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 284).

Agir de modo não maleficente para com todos é regra geral, pois essas obrigações da não-maleficência devem ser cumpridas de modo imparcial; todavia quando forem obrigações da beneficência não há essa mesma exigência. Normalmente, os julgamentos sobre os tratamentos médicos mais adequados são baseados nos benefícios e danos prováveis, analisando se os riscos que recaem

sobre as pessoas suplantam o benefício provável. Esses riscos podem ser classificados de várias maneiras, como físicos, psicológicos, financeiros, legais, entre outros. Assim, as relações entre riscos e benefícios devem ser concebidas em termos de uma relação entre a probabilidade e a magnitude de um benefício previsto e a probabilidade e a magnitude de um dano previsto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.285).

Beauchamp e Childress (2002, p. 295) referem que esse princípio da beneficência pode ser visto como uma das principais obrigações na assistência à saúde desde a antiguidade, com expressão na obra hipocrática: “em casos de enfermidade, faça de duas coisas um hábito: ajudar ou, ao menos, não causar dano”. Contudo, nos últimos trinta anos os pacientes cada vez mais buscam a sua autonomia, reduzindo muito paternalismo médico, ou seja, a decisão sobre tratamentos não pode ser apenas do médico, pois o paciente também participa. Logo, essa situação que envolve o respeito à autonomia dos pacientes, que deveria ter prioridade com relação ao princípio da beneficência, tornou-se uma problemática central na ética biomédica. Essa questão do paternalismo na prática médica se mostra evidenciado nos tratamentos que caracterizam a “futilidade médica”, como:

(1) o procedimento não pode ser realizado em virtude de uma condição biológica do paciente; (2) o procedimento não pode produzir o efeito fisiológico pretendido; (3) não se pode esperar que o procedimento produza o benefício buscado; (4) os benefícios previstos do procedimento serão suplantados pelos danos, ônus e custos [...]

As alegações de futilidade médica são frequentemente apresentadas como objetivas e isentas de valorações, quando, na verdade, são subjetivas e carregadas de valores. Alguns médicos, por exemplo, insistem que um tratamento só é fútil caso não tenha nenhuma chance de ser eficaz, enquanto outros classificam um tratamento como fútil caso tenha uma chance de sucesso de ter treze por cento ou menos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 315). (g.n.)

Muitas vezes, ao se analisar a “futilidade médica”, percebe-se muita subjetividade. Por isso, é necessário uma verificação sobre a probabilidade de resultados. Para isso, seria apropriado realizar uma especificação sobre os objetivos com relação ao que seja visto como fútil como por exemplo, os casos de reanimação cardiorrespiratória (manutenção da vida de forma artificial). Nessa situação, a reanimação pode ser considerada fútil caso o paciente não sobreviva para sair do hospital, bem como não ser fútil pela abordagem da família, que pode ficar um tempo

a mais com o enfermo. Por isso, não poderia ser apenas o julgamento do médico, seria uma abordagem não-paternalista.

2.1.5.4 Princípio da Justiça

Muitos dos princípios de justiça que foram propostos não são distintos de outros princípios, nem independentes, como o princípio da beneficência e a não-maleficência. Para Beauchamp e Childress (2002, p.352), “os termos equidade, merecimento (o que é merecido) e prerrogativa (aquilo a que alguém tem direito) foram empregados por vários filósofos para explicar o que é justiça”. Geralmente, essas concepções interpretam a justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado que é devido às pessoas. Dessa forma, toda vez que as pessoas tenham benefício com razão de suas circunstâncias particulares como, por exemplo, o fator idade, configura-se uma situação de justiça. Do contrário, seria uma injustiça a distribuição dos recursos da saúde de forma não equitativa, pela negativa às pessoas de um benefício ao qual tenham direito. Assim, justiça distributiva é uma expressão que está diretamente associada a uma distribuição justa e equitativa no interior da sociedade, a partir de determinações normativas impostas com base na cooperação social que repartem benefícios e encargos.

O princípio da justiça na concepção formal, conforme Beauchamp e Childress (2002, p. 354), “é comum às teorias da justiça, uma exigência mínima que tradicionalmente foi atribuída por Aristóteles: iguais devem ser tratados de modo igual, não-iguais devem ser tratados de modo não-igual”. Esse modelo de princípio da justiça formal, muitas vezes, é chamado de princípio da igualdade formal, por não estabelecer quais as circunstâncias específicas nas quais os iguais devam ser tratados de modo igual, sem fornecer critérios para sua determinação. Já os princípios da justiça no sentido material especificam as características que são relevantes com a determinação de critérios para a distribuição dos recursos. Alguns princípios foram definidos por diferentes autores como princípios materiais válidos de justiça distributiva, conforme segue:

1. A todas as pessoas uma parte igual; 2. A cada um de acordo com sua necessidade; 3. A cada um de acordo com o seu esforço; 4. A cada um de acordo com sua contribuição; 5. A cada um de acordo com o seu merecimento; 6. A cada um de acordo com as trocas do livre mercado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 355-356).

Em grande parte, as políticas públicas das sociedades recorrem a muitos desses princípios materiais a fim de formular critérios materiais para que o princípio de justiça, em sua concepção material, seja efetivado. Mesmo assim, alguns problemas de justiça foram ilustrados com no exemplo de Willowbrook:

Numa instituição estadual para crianças portadoras de retardo mental crianças foram envolvidas numa pesquisa que tinha como propósito o desenvolvimento de um agente profilático contra as variedades de hepatite prevalentes na instituição. A pesquisa envolvia expor as crianças intencionalmente às variedades de hepatite em questão. Os estudos eram realizados numa unidade especial que deixava as crianças isoladas e as protegia contra outras doenças infecciosas. Se é permissível envolver membros de cada uma destas três classes, então é também permissível envolver pessoas que pertencem às três classes - crianças portadoras de retardamento internadas em instituições. Se isso é permissível, sob que condições essas pessoas podem participar em pesquisas? (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 363).

A partir do relato sobre esses casos, pode-se demonstrar como os princípios abstratos de justiça fornecem apenas vagas diretrizes para decisões, pois na verdade é preciso formular políticas específicas com mais argumentos morais, incluindo a especificação dos princípios e a ponderação de proposições oponentes, para determinar que aspectos específicos de uma situação são moralmente relevantes e decisivos para se produzir um julgamento fundamentado na moral. Desse modo, provavelmente seria difícil chegar a um consenso e, por isso, alguns filósofos concluíram que os princípios distributivos materiais abstratos não são certos para resolver problemas sociais de justiça.

Assim, as teorias da justiça distributiva foram desenvolvidas para especificar e tornar coerentes diferentes princípios, regras e julgamentos. Muitas teorias, como as utilitaristas, ressaltam sobre situações que misturam os critérios a fim de maximizar a utilidade pública; as liberais trouxeram o direito à liberdade social e econômica ao invocar procedimentos justos, além dos resultados substantivos; as comunitaristas evidenciaram as práticas e os princípios de justiça. Todavia, tudo depende da argumentação moral para justificar porque a prioridade de algum princípio sobre outros (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 360).

2.2 ESTRUTURA PARA O JULGAMENTO MORAL E TOMADA DE DECISÃO MÉDICA - MÉTODOS, JUSTIFICAÇÃO E VERDADE

O ponto de partida para a ética biomédica foi Hipócrates com notável continuidade ao longo dos séculos. Porém, diante das mudanças nos cuidados da saúde frente aos novos desafios que surgiram com o avanço da ciência médica, as tradições da prática médica passaram a ser suplementadas, proporcionando diferentes interpretações para a ética hipocrática. Por isso, nesse contexto médico, Beauchamp e Childress (2002, p.17) evidenciam a necessidade de existir uma boa estrutura (métodos, justificação e verdade) para juízos morais nas tomadas de decisão médico-paciente.

Mais precisamente, justificar consiste em demonstrar que está correto a partir da apresentação de motivos adequados a fim de comparar a veracidade, ou seja, a justificação deve ser adequada e bem sucedida. Para tanto, existem três modelos de justificação, conforme Beauchamp e Childress (2002, p. 29-42): o *dedutivismo* (a justificação é feita numa perspectiva que salienta as normas gerais e a teoria ética como fundamentação apropriada para buscar bons argumentos morais), o *indutivismo* (faz a justificação a partir da experiência e o julgamento com base tanto nas normas gerais como também pela teoria) e o *coerentismo* (rejeita atribuir prioridade a ambas).

O modelo *dedutivista* sustenta que julgamentos morais com justificação seriam deduzidos por uma organização teórica de preceitos normativos pré-existentes. Em caso específico, aplica-se uma regra/princípio a fim de buscar um julgamento correto/justificado. Mas o grande problema dessa ética prática é escolher qual a melhor teoria ética a ser aplicada em um modelo que tem atenção para julgamentos particulares para outro geral (princípios) e para o nível da teoria ética. Deve haver uma especificação e ponderação de normas para os casos particulares, não uma mera subordinação a uma regra/princípio geral. Nesse processo, em vários casos também vão ser consideradas as consequências, crenças e outros fatores que trazem maior peso a regras/princípios e teorias.

O *dedutivismo* tem outro problema que é o fato de causar uma regressão potencialmente infinita da justificação, pois nessa justificação cada preceito usado para justificação fica ele mesmo sem justificação até que haja um preceito de abrangência diferenciada. Por fim, a busca de uma teoria “modelo princípio de abrangência” pode sugerir que apenas uma teoria seja a correta, mesmo que muitas

outras teorias fossem defendidas. Nesse sentido, as regras/princípios preconizadas nessas teorias são viáveis a julgamentos pelas próprias teorias; no entanto, Beauchamp e Childress (2002, p. 32-33) defendem que deve haver uma complementação por outros modelos que abarque maior complexidade de raciocínio para melhor justificação moral.

Com relação ao modelo *indutivista*, pode-se dizer que o ponto de partida é particular (consensos da prática social) a fim de generalizar até as normas (princípios/regras), o que torna as regras morais provisórias e dependentes de uma matriz cultural de diretriz. Na área médica, o dilema da manutenção de tratamento de suporte de vida desafiou a ética médica e os tribunais ao desenvolvimento de parâmetros referenciais sobre a autonomia de decisão, moldando o conteúdo de princípios/regras por essa problemática, em que pese o fato de alguns entenderem que podem ser usados elementos do dedutivismo ao utilizarem normas preexistentes mesmo que por analogia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 33-34).

Na terceira concepção, o *coerentismo*, que é diferente das duas formas anteriores, não se move nem de baixo para cima e nem de cima para baixo, mas para ambas as direções. Nesse sentido, John Rawls apresentou o termo “equilíbrio reflexivo”, que é a meta dessa justificação, na qual a aceitação de uma teoria ética deve iniciar com nossos “juízos ponderados”, em que existe maior probabilidade de não ocorrer distorções às nossas capacidades morais. Assim, um juízo ponderado que deveria prevalecer na medicina é aquele que: “um médico não deve explorar seus pacientes para seu próprio lucro porque o interesse do paciente vem em primeiro lugar” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 37).

Desse modo, mesmo os juízos ponderados provisoriamente como pontos pacíficos podem sofrer revisões a fim de que esse equilíbrio reflexivo proporcione ajustes e se tornem coerentes com as premissas das teorias. Esse ajuste dialético tem como objetivo dar continuidade ao equilíbrio reflexivo, pois o início ocorre com juízos paradigmáticos sobre o certo e o errado, com a construção de uma teoria mais geral coerente com esses juízos, operando-se com possíveis incoerências que venham a ser detectadas e que podem ser abandonadas e/ou ajustadas, sem assumir um equilíbrio estável e completo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 36-37).

Um exemplo disso é quando a regra coloca o interesse do paciente como primordial, que busca na ética biomédica alguma forma de torná-la o mais coerente possível com o uso de outros juízos ponderados, como a responsabilidade dos

ensinamentos clínicos. Em que pese a tentativa de tornar os sistemas morais mais coerentes, não se pode eliminar vários conflitos que existem entre princípios/regras. Por isso, o modelo mais relevante seria aquele que se aproxima dessa coerência, sendo que a justificação não é apenas *dedutiva* nem puramente *indutiva*, mas se apoia em uma busca da unidade coerente porque teorias éticas jamais serão suficientemente completas e aplicáveis, pois elas devem ser adequadas e testadas por suas implicações práticas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, 37-39).

2.2.1 Uma teoria da justificação baseada na coerência

A tese desenvolvida por Beauchamp e Childress (2002, p.39-41), num primeiro momento, descreve “a relação entre a experiência moral e as teorias morais, como a dialética”. Nesse sentido, as teorias são desenvolvidas para iluminar a experiência, bem como para determinação do que deve ser feito, com utilização da experiência para testá-las e, se necessário, revisá-las, a partir de uma estratégia dialética como forma de buscar mais coerência em julgamentos particulares e gerais. Porém, muitos filósofos julgaram a coerência uma base fraca e insuficiente para que haja justificação, caso ela seja o único critério de avaliação. Assim, alguns entendem que, por existir uma série de sistemas alternativos todos legitimados, deve ser utilizado algum critério que seja independente da coerência, para não ocorrer um círculo vicioso de justificação.

Dessa forma, o importante seria partir de juízos ponderados confiáveis e depois torná-los mais consistentes, especificando e revisando essas convicções. Mas para que não seja gerada uma regressão infinita de justificação, a saída seria aceitar que alguns juízos são justificados sem precisar recorrer a outros juízos, os quais seriam o ponto de partida. Como no contexto da ética biomédica o ponto de partida seria a tradição hipocrática (juramento original), que representou uma base limitada e precária, o qual inicialmente eram apenas premissas confiáveis, por isso os códigos que provêm delas não necessariamente são altamente confiáveis.

Portanto, esse problema pode ser superado a partir de uma teoria da coerência que recorre a um corpo de experiência maior para reunir pontos de convergência pela utilização de uma analogia. Isso ocorre na teoria moral quando o número de relatos que estabelecem convergências aumentam também a coerência em que as crenças são justificadas e são aceitas. Nesse entendimento, existem graus de justificação

moral, mas não seria apenas essa condição, pois também devem ser aceitas ressalvas para a reconstrução de conceitos, além de aceitar normas morais conforme o modelo de coerência. A universalidade é muito aceita por salvaguardar os princípios que devem ser organizados de forma universal a fim de proteger a moralidade a inclinações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 41-42).

2.2.2 Especificando e ponderando princípios bioéticos

Esse método de especificação e de ponderação é constituído de modelos da coerência que fornecem estratégias para a solução de conflitos morais. A grande crítica à teoria ética dos princípios foi a existência de certas indeterminações que necessariamente devem ser reduzidas; por isso, o seu conteúdo deve ser reduzido ao ser especificado para além do abstracionismo, para que possam indicar os casos em que podem ser aplicados. Então, os princípios, para serem aplicados na prática médica, devem ser desenvolvidos conceitualmente e moldados, como no caso do princípio da não-maleficiência, que representa apenas um ponto de partida. A viabilidade da formulação ética com base nos princípios depende em parte da possibilidade dos mesmos serem especificados e de possuírem condições de justificação dessas especificações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 44-45).

No entanto, a especificação possui problemas como: não se deve superestimar a oposição entre modelo e especificação, da ponderação e aplicação de normas; o método de especificação deve ser usado somente em contextos em que haja maior aceitação; mesmo que as normas sejam especificadas, não impedem o uso de concepções arbitrárias. Caso se consiga uma especificação adequada, aumentará a coerência já presente na própria teoria. Com a especificação, se faz um ideal de repetidos testes de coerência e modificação de um princípio/regra até que se tenha sucesso no conflito.

Além dessa especificação, os princípios devem ser ponderados, porque eles apenas fornecem orientações para certos comportamentos, mas por si mesmos não resolvem. Enquanto a especificação apresenta um desenvolvimento substantivo da sua significação, a ponderação (importante em casos individuais) delibera e formula juízos relativos a normas. Nesse sentido, para responder a críticas quanto ao modelo de ponderação ser muito intuitivo e vago, Beauchamp e Childress (2002, p.52) arrolam certas condições mínimas para redução do grau dessa intuição:

1. Podem ser oferecidas razões melhores para agir de acordo com a norma prioritária do que com a norma que está sendo infringida [...]
2. O objetivo moral de justificar a infração possui uma expectativa realista de ser alcançado.
3. Não se pode substituir o ato por nenhuma alternativa moralmente preferível.
4. A forma de infração escolhida é a menor possível, comparada com a obtenção do objetivo primordial da ação.
5. O agente procura minimizar os efeitos negativos da infração.

No entanto, mesmo que essas condições pareçam não controversas, em alguns casos como na utilização de novas tecnologias em pacientes em estágio terminal, como o suporte de vida artificial, parece negligenciar a condição número dois, que se apóia em situações que, na perspectiva médica, não possuem objetivo realista a ser atingido. Isso se identifica com o que na prática médica é conhecido por “futilidades médicas”, que muitas vezes os profissionais tornam essa prática rotineira por entenderem ser uma exigência legal. Diante disso, mesmo que Beauchamp e Childress tenham descrito sua teoria baseada nos quatro princípios, não entendem que possam defender um único tipo de teoria, apenas fundamentados nos princípios, nas virtudes ou em outros.

2.3 A IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO FILOSÓFICA NA PRÁTICA MÉDICA FRENTE AOS DILEMAS ÉTICOS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DAS NOVAS TECNOLOGIAS NO CONTEXTO DA DISTANÁSIA

A prática médica sofreu grandes mudanças, principalmente diante das inúmeras possibilidades de tratamento, que geraram incertezas e dilemas éticos quanto ao prolongamento da vida (auxílio de suportes artificiais). Por isso, é imprescindível uma reflexão filosófica no sentido de proporcionar esclarecimentos éticos para a relação médico-paciente nas situações em que o enfermo se encontra em estágio terminal, ou seja, não existe mais a possibilidade de cura, pois é o momento em que o médico toma decisões específicas que, muitas vezes, podem gerar mais sofrimento. Nessa situação, evidenciam-se paradigmas médicos para a tomada de decisão: paradigma tecnocientífico, paradigma comercial-empresarial e o paradigma da benignidade humanitária e solidária. A seguir, estes serão analisados

por terem influência direta nas decisões médicas sobre até quando prolongar a vida do paciente.

2.3.1 Paradigma “tecnocientífico”: excessos médicos para prolongar a vida do paciente

O paradigma denominado “tecnocientífico” configura-se com a nova abordagem médica frente ao paciente em estágio terminal quando a modernização e os grandes avanços obtidos na medicina transformam a prática médica em excesso, na tentativa de prolongar a vida ao máximo e combater a morte como se fosse um grande inimigo a ser vencido a qualquer custo. Dessa forma, no entendimento de Martin (1998, p.173): “dentro da perspectiva do paradigma tecnocientífico, a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana”. Nesse sentido, Léo Pessini (1995) entende que cada vez mais a ciência e tecnologia intervém de forma efetiva no prolongamento da vida do paciente, cometendo alguns excessos no tratamento, entendendo que necessariamente deve existir um mecanismo regulador a fim de evitar isso.

A principal questão ética é se a sociedade, por meio de um mecanismo regulador que reflita vários estágios da análise risco-benefício, deverá controlar o acesso a novas drogas que empresas querem oferecer, que os profissionais querem prescrever e que os pacientes querem usar, e também o modo como a sociedade deveria controlar esse acesso. Segundo nossa concepção do balanço entre a beneficência social e a autonomia do paciente, o acesso expandido a drogas experimentais é justificado em resposta a condições médicas sérias e, particularmente, que ofereçam risco de morte quando não há outros tratamentos eficazes disponíveis. Nessas circunstâncias, conceder uma considerável amplitude aos valores dos pacientes referentes a riscos e benefícios é inteiramente apropriado. Contudo, é importante não subverter o importante papel da regulamentação das novas drogas para a proteção do público (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 331).

Portanto, todo esse mecanismo regulatório para controlar os excessos é muito válido para que o paciente esteja, de certa forma, mais protegido. Isso pode ser feito pela análise de custos e benefícios e requer, ainda, análises sociais do impacto dessas novas tecnologias, a fim de atribuir maior respeito e valor para a qualidade da vida humana.

2.3.2 Paradigma “comercial-empresarial”: predomínio do fator econômico interveniente na escolha do procedimento terapêutico a ser administrado

O segundo paradigma da modernidade é o “comercial-empresarial”, que também está ligado ao desenvolvimento tecnológico e científico, mas o fator econômico é predominante. Mesmo que o saber médico seja importante, quem define qual procedimento terapêutico a ser administrado, como novos fármacos e equipamentos sofisticados, é a capacidade financeira do paciente terminal:

Dentro da ótica do paradigma comercial-empresarial da medicina, a obstinação terapêutica segue outra racionalidade. Aqui, ela tem sentido na medida em que gera lucro para a empresa hospitalar e os profissionais nela envolvidos. Havendo um plano de saúde ou uma família ou instituição dispostos a investir neste procedimento, os tratamentos continuam enquanto o paciente não morrer ou os recursos não acabarem. Dentro de um sistema de valores capitalistas, onde o lucro é o valor primordial, esta exploração da fragilidade do doente terminal e dos seus amigos e familiares tem sua própria lógica. Uma lógica sedutora porque, além de garantir lucro para a empresa, parece defender um dos grandes valores da ética humanitária, o valor da vida humana. Porém, a precariedade do compromisso com o valor da vida humana, nesta perspectiva, se manifesta logo que comecem a faltar recursos para pagar as contas. Uma tecnologia de ponta que parecia tão desejável de repente é retirada e tratamentos mais em conta, do ponto de vista financeiro, são sugeridos (MARTIN, 1998, p.174).

Nesse sentido, geralmente as concepções sobre futilidade médica são independentes do custo financeiro, mas muito do interesse nesses excessos médicos é alimentada pela necessidade de controle dos gastos com o tratamento do paciente. Por isso, é necessária uma análise formal dos custos e benefícios, a fim de que seja mais justa e aceitável a distribuição dos serviços de saúde. Assim, os custos representam os recursos que serão necessários para o que benefício seja concedido, custos expressos em termos monetários nessa abordagem materialista da distanásia. Muitas vezes, no atual cenário, principalmente na saúde pública, que possui escassos recursos financeiros, verificam-se grandes restrições nos tratamentos e assistência médica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.317).

Dentro dessa perspectiva, questiona-se: como atribuir valor a vida? Isso é extremamente controverso, o fato de ser atribuído um valor monetário para a vida humana através de políticas públicas que estabelecem os benefícios e avaliam custos para gestão de recursos financeiros, os quais são disponíveis no sistema de saúde. A controvérsia ocorre quando, em dois contextos diferentes, se determinam valores

distintos sobre o valor da vida humana, problemática referida por Beauchamp e Childress (2002, p. 335): “uma sociedade pode gastar uma quantia X para salvar uma vida [...] em um contexto específico, mas gasta apenas Y para salvar uma vida em outro contexto”.

2.4 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA COMO LIMITE PARA O AVANÇO TECNOLÓGICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM ESTÁGIO TERMINAL

O grande orientador das normas jurídicas é o Princípio da Dignidade Humana, que é uma proteção importante para o paciente, pela dimensão ética que participa da vida política, social e filosófica a partir do século XVII. Com essa preocupação, desde que Thomas Hobbes considerou o homem um ser predatório, agressivo e consumidor, definido no modelo contratualista, há essa necessidade de controle para não deixar ao seu livre arbítrio, sob pena de não conseguir viver em sociedade de forma pacífica. A proposta de Hobbes foi entregar ao Estado – o Leviatã -, o domínio sobre a violência em troca da proteção à integridade física e patrimonial dos seus cidadãos. Mais tarde, John S. Mill reiterou a necessidade de proteção formulada por Hobbes ao assinalar que o Estado deve assegurar aos cidadãos direitos básicos (KOTTOW, 2005, p.29-44).

Além disso, diante das barbaridades que foram praticadas pelos médicos nazistas no século XX, nas pesquisas científicas contra prisioneiros de guerra, tornou-se imprescindível, no século XXI, o resgate dos princípios éticos e a necessidade de cumprir declarações de diretrizes éticas no contexto biomédico. Surgiu ainda com Hobbes essa preocupação com os perigos da banalização da vida humana e o quanto isso deveria ser refletido e normatizado. Para tanto, o direito moderno pelas atribuições do Estado se posicionou com relação a valores morais e ideais de justiça, como declarado expressamente na Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde humana como direito fundamental e indispensável à dignidade humana (DALLARI, 1988, p.57-63).

Portanto, a dignidade humana como valor supremo expresso constitucionalmente, deve ser sobreposta a qualquer legislação infra-constitucional, como ficou estabelecido nos princípios éticos que informam a Resolução 196/96 (aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos). Assim, a compreensão da autonomia, beneficência, não-maleficência e

justiça deveriam ser aplicados de forma efetiva na prática médica, a fim de atender ao Princípio Ético e Jurídico da Dignidade Humana, conforme o paradigma da benignidade humanitária e solidária na prática médica.

2.4.1 Paradigma da benignidade humanitária e solidária: valor fundamental na atuação do médico

O paradigma da medicina que deveria sempre estar presente é o da “benignidade humanitária e solidária”, que coloca o ser humano no centro e prima pela dignidade humana como valor fundamental na atuação do médico. Nessa perspectiva médica, procura-se resistir aos excessos dos dois primeiros paradigmas através do entendimento sobre “a morte digna e humana na hora certa”:

O paradigma médico da benignidade solidária e humanitária e a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar em excesso ou deixar de tratar o suficiente o doente terminal. Procuram mostrar que **atribuir grande valor à vida humana não significa uma opção por uma frieza cruel diante do sofrimento e da dor do paciente terminal** (MARTIN, 1998, p.188). (g.n.)

Nesse sentido, no entendimento de Martin (1998, p.188), existem dois extremos na medicina tecnocientífica²: de um lado, através da prática da eutanásia, o médico pode abreviar a vida de paciente em estágio terminal; de outro, a distanásia pode cometer excessos e transformar o tratamento em obstinação terapêutica. Todavia, a ortotanásia na medicina representa uma prática médica conforme o paradigma da “benignidade humanitária e solidária”. Nessa abordagem, o médico faz melhor a distinção entre curar e o cuidar, pois em sua prática mantém a vida do seu paciente com o procedimento correto sem excessos, pelo meio termo e a justa medida ao não prolongar e nem abreviar a vida do paciente.

Porém, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, reinterpretando a como sendo um estado de bem-estar, descobrimos formas de discurso nas quais existe sentido em se falar da saúde do doente crônico ou terminal, já que nos referimos a seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não há mínima perspectiva

² Na prática médica, quando o paciente se encontrar em estágio terminal, surge a figura da eutanásia, que se preocupa com a qualidade da vida remanescente. Já a distanásia busca prolongar a vida ao máximo, com investimento de todos os possíveis recursos, caracterizada pelo “encarniçamento terapêutico ou obstinação ou futilidade terapêutica; é uma postura ligada especialmente aos paradigmas tecnocientífico e comercial-empresarial da medicina” (MARTIN, 1998, p.187).

de cura, e isto faz sentido (...). A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato, que a cultura ocidental moderna tende a esconder e a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida – quando isto for o procedimento correto – e permitir que a pessoa morra – quando sua hora chegou (MARTIN, 1998, p.191).

A ortotanásia é uma figura de grande importância por possuir uma visão com predominância humanitária, que tem como objetivo amenizar os excessos da eutanásia e da distanásia; porém, esta concepção exige uma mudança de paradigma sobre o que significa “saúde”. Portanto, o ideal seria a prática médica ter maior preocupação com o paciente de forma integral, com o bem-estar físico, psicológico e social, não apenas nas possibilidades de tratamentos, mas conforme o paradigma humanitário e solidário.

3 DESAFIOS DA BIOÉTICA ATUAL FRENTE AOS DILEMAS DA DISTANÁSIA

No contexto da ética biomédica, observam-se duas abordagens: uma que envolve princípios morais gerais de acordo com os quais o médico, ao atender o paciente, deve buscar uma conduta conforme princípios universalizantes e, outra, particularista, sem regras gerais, por meio da qual o médico trata o paciente e pensa no modo como ele deve agir com base na ética das virtudes. A antiga tradição hipocrática pautada por princípios é criticada, porque ela deu origem a dilemas morais difíceis de serem solucionados. Um exemplo é o caso clássico de Karen Quinlan, já mencionado no primeiro capítulo, sobre a decisão de interromper o suporte de vida de um indivíduo que possui danos neurológicos irreversíveis - distanásia. Mesmo que o médico acredite que é seu dever manter o paciente vivo com respiração assistida, os familiares do paciente podem entender que não é correto o prolongamento artificial de vida. Surge assim um conflito entre a ética médica tradicional e a ética biomédica atual com o seguinte questionamento: qual a motivação adequada para a ação essencialmente moral nos casos de distanásia? Em que medida a melhor escolha possível pode ter como fundamento moral uma ética deontológica?

No presente capítulo, pretende-se apresentar os problemas que uma abordagem exclusivamente deontológica da ética médica gera e mostrar que a ética das virtudes e, em especial, a teoria das emoções a ela relacionada, contribuem para o processo de decisão com a superação de dificuldades, defendendo um modelo novo para trabalhar. Deseja-se mostrar que o modelo afetivo da moralidade é melhor que o principialismo para solucionar problemas em ética biomédica, isso porque a ética das virtudes apresenta diferenças significativas com relação à deontologia. Nesse sentido, alguns autores como Azevedo (2002), Portocarrero (2013) e Williges (2016) tem defendido que a ética das virtudes pode preencher lacunas relacionadas à existência desses dilemas. Além disso, como argumentação positiva para o médico cultivar e se utilizar na sua prática das emoções ao invés de se distanciar, apresenta-se a tese de Jodi Halpern (2001), que recomenda um tipo de “raciocínio emocional”, bem como evidencia que o uso da empatia com relação ao paciente pode trazer respostas mais adequadas ao tratamento médico, principalmente quando não existe mais possibilidades de cura (fase terminal). Diante disso, vale notar que existem críticas às teorias das emoções, com o argumento principal de que não seria bom ao médico ter um vínculo afetivo com o seu paciente, porque isso, de certa forma, os aproxima muito

e pode ocorrer uma espécie de cegueira, com prejuízo ao atendimento (tema que será tratado na última seção deste capítulo).

Com isso, sugere-se uma reflexão sobre o tema a partir de uma filosofia hermenêutica aliada a uma teoria emocional de teor interpretativo com respeito à situação singular, sustentada no caráter virtuoso do agente moral. Na seção 3.1 apresentam-se as dificuldades do principlismo, o qual tem muitos problemas e é menos compatível com certos fatos acerca das emoções. Na seção 3.2 analisa-se a relação entre virtudes e emoções, evidenciando que a ética das virtudes é mais próxima das emoções. Argumenta-se que as emoções contribuem para a ética biomédica em sentido epistêmico porque ajudam o médico a capturar saliências morais e são necessárias e suficientes para boa deliberação. Na seção 3.3, em busca do novo modelo com fundamento na empatia, analisa-se a necessidade de ser respeitada a autonomia do paciente (da não interferência à empatia médica), no sentido de que proporciona maior eficiência e comunicação emocional para um diagnóstico seguro.

3.1 ÉTICA HIPOCRÁTICA /DEONTOLÓGICA/ PRINCIPIALISMO

No contexto da bioética, o Relatório Belmont (1978) foi o marco inicial da abordagem principlista, o qual tratava apenas de questões éticas na pesquisa em seres humanos, deixando de fora a prática clínica e assistencial. Este relatório apresentou três princípios éticos: o princípio da autonomia/respeito pela pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Além dos três princípios anteriores, Beauchamp e Childress (1979) abordaram também o princípio da não-maleficência como uma teoria dirigida à ética biomédica, ou seja, aplicando-os na área clínico-assistencial. Essa teoria principlista consiste na união de princípios concebidos como deontológicos, que são a base para a ética hipocrática, na qual os problemas de decisão moral são solúveis a partir da simples aplicação de normas gerais a casos particulares, conforme preceitos estabelecidos no código de ética médica. Nessa abordagem, os princípios possuem caráter *prima facie*, considerados de forma igual, num primeiro momento, sem hierarquia, sendo a circunstância que definirá qual princípio será aplicado – exigindo, portanto, uma operacionalização.

Mesmo que o principlismo seja a teoria predominante na bioética médica, esse modelo foi criticado por ser muito intuitivo e vago; em resposta, os autores

Beauchamp e Childress optam por uma perspectiva consequencialista que defende a escolha que maximiza o bem. A partir da perspectiva desses autores, criou-se um procedimento metodológico de especificação e ponderação que serve como instrumento para a solução de conflitos, os quais já foram examinados no capítulo anterior. Como visto, tais estratégias constituem um modelo chamado de coerência, no qual a análise de casos ocorre a partir de princípios gerais que devem ter sua indeterminação restringida por meio de especificações e comparados para que se possa decidir a preponderância de um sobre o outro. No entanto, em situações complexas os conflitos continuam a existir, não sendo os referidos procedimentos suficientes para a tomada de decisão (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 44).

3.2 A ÉTICA DAS VIRTUDES/ TEORIA DAS EMOÇÕES NO CONTEXTO DA ÉTICA BIOMÉDICA

Em que pese o princípalismo seja predominante na resolução de conflitos na relação médico-paciente, existem argumentos fortes a favor da ética das virtudes, que sustenta que o caráter virtuoso do agente moral como fundamento para a moralidade das ações: a compaixão é um sentimento de consideração pelo bem estar do outro³; o discernimento deve ser base para uma ação decisiva na prática médica, pela visão sensível que garante a escolha de forma apropriada; a confiabilidade como virtude representa a crença na habilidade; a integridade tem papel central na ética de assistência à saúde, proporciona mais coerência da pessoa e suas emoções por meio de valores morais. Nesse sentido, o mais importante é ser um agente virtuoso, sendo que a própria aplicação de um princípio depende de virtudes: “o que mais conta na vida moral não é a adesão consistente aos princípios e regras, mas um caráter confiável, um bom senso moral e uma responsividade emocional” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001, p. 26).

Beauchamp e Childress propõem um compatibilismo por entenderem que existem regras que dependem do médico ter virtudes para enxergar qual princípio é mais apropriado para uma boa deliberação. Nessa mesma análise, a teoria moral

³Nesse sentido, Williges (2016, p. 332) afirma que a ação beneficente com conteúdo puramente técnico ou mecânico é o protótipo de uma ação beneficente em que algo importante está ausente. [...] Esses pacientes, portanto, não enxergam seus médicos como meros instrumentos, [...] para livrá-los do câncer. Eles querem que seus médicos se preocupem e se envolvam com eles como pessoas[...].

mínima de Rachels (2013) é mais radical do que a dos autores principialistas, porque ajuda a descobrir a coisa certa a fazer por meio de um modelo que oferece um princípio de escolha essencial para a ação moral apenas pelo racionalismo, demonstrando somente as melhores razões para deliberação. No caso descrito por Rachels, das gêmeas siamesas Jodie e Mary, o que preponderou foi o princípio da beneficência, porque os médicos, após parecer judicial, realizaram a separação dos bebês e salvaram a vida de uma criança, pois do contrário as duas não iriam sobreviver.

Outrossim, há problemas quando se busca promover os interesses de todos igualmente, o que pode ser falho nas situações em que os motivos que parecem ser morais podem, de alguma forma, eliminar a vida humana, como no exemplo das gêmeas, em que uma delas não sobreviveria após a cirurgia de separação. Nele, surge a necessidade de se pensar em “quem deveria tomar a decisão” e “qual decisão deveria ser tomada”? Ouvir os pais que não queriam a separação das meninas por suas convicções (princípio da autonomia), o que certamente causaria a morte de ambas, ou a decisão médica de separá-las e apenas uma sobreviver (princípio da beneficência)?

Diante disso, ao analisar algumas críticas às teorias morais tradicionais, verifica-se que uma teoria satisfatória deveria, em primeiro lugar, ser sensível a alguns fatos sobre os seres humanos como as emoções. Nesse sentido, Williges (2016) destaca dois papéis para as emoções: o primeiro papel das emoções é o epistêmico, pois elas possibilitam um conhecimento da situação, tornando acessíveis ao agente moral informações relevantes para a tomada de decisão e para fazer a escolha certa, fundamento para uma ação essencialmente moral. O segundo papel das emoções é o motivacional, componente em que a emoção possibilita ao sujeito ter uma motivação certa, como a compaixão. Então, em ações que envolvem ajudar/cuidar (ações beneficentes) a escolha racional entre alternativas garante apenas que o ato “X” é a coisa certa a fazer. Mas a motivação com que “X” é realizada é essencial para que “X” seja uma ação essencialmente moral.

Ainda, Williges (2016) observa que as informações obtidas no contexto da beneficência dependem de emoções altruístas e, por isso, a teoria da decisão racional de Rachels não asseguraria o sentido moral pleno, que depende de o agente ter um sentimento de moralidade vívido e com emoção (compaixão, empatia e benevolência). Mesmo que a presença da motivação altruísta seja essencial para a moralidade,

existem teorias sobre ação moral que poucas vezes tratam da importância das emoções, mas apenas analisam as melhores razões para as escolhas, como fez Rachels,⁴ que trouxe um procedimento “simples e intuitivo” a ser seguido pelo agente moral para decidir o que fazer.

Desse modo, do ponto de vista epistêmico a tese de Rachels é verdadeira apenas de forma parcial, porque para que as decisões morais sejam corretas, devem ter uma configuração emocional mais apropriada. Do mesmo modo, para que o método de escolha racional possa garantir a melhor escolha entre ações possíveis, parece ser necessária a existência de “emoções corretas”. Assim, entende-se que a tese de Williges (2016) pode ser aproveitada de forma satisfatória no contexto da ética biomédica, porque uma ação benéfica que não tenha motivação benevolente será moralmente deficiente, como o conflito moral entre os pais e a equipe médica, que deveria ter uma resposta por uma emoção altruísta. Entende-se assim porque é necessário que os agentes da saúde tenham sensibilidade afetiva apropriada, mostrando um conhecimento mais profundo sobre o sofrimento, sendo moralmente relevante com maior engajamento afetivo. Na perspectiva tradicional, entretanto, as emoções seriam essenciais e capazes de responder apropriadamente somente após o veredito moral, porque elas influenciariam negativamente nas deliberações, sendo consideradas distrações, porque o melhor juízo seria o distanciamento.

Nesse sentido, Margaret Little (1995) afirma que a perspectiva epistêmica a ser adotada é de que as emoções são disposições que ajudam o agente a reconhecer as características e detalhes moralmente salientes e importantes numa situação para ter vereditos morais confiáveis. Refere, ainda, que se deve partir da articulação entre as funções epistêmicas da emoção e do desejo, a fim de obter o conhecimento moral para uma boa deliberação. Entende-se que essa tese também se adequa ao contexto da ética biomédica de forma efetiva, na qual o médico deve ser uma pessoa moral capaz de se importar com seus pacientes, pois não tem como fazer bom juízo e agir bem do ponto de vista moral caso não tenha compromisso, ou seja, que não ligue para nada e ninguém. Não se pode aceitar somente a busca da melhor técnica e tratamento, mas uma forma de se importar com o que está acontecendo. Então, o

⁴ Nesse sentido, Williges (2016) considerou mais hábil o entendimento de Beauchamp, que defende “a relação dos princípios morais com fatores como o discernimento e a sensibilidade moral”, porque um agente vai possuir maiores condições de identificar situações e circunstâncias mais sensíveis do ser humano e o reagir emocionalmente vai ser decisivo para uma boa escolha de forma ponderada.

médico deve ter uma estrutura mental capaz de perceber e capturar detalhes relevantes que não poderiam ser percebidos caso não tivesse uma emoção envolvida, pois seria uma disposição para notar o sofrimento do paciente com certo engajamento pelas narrativas.

Em que pese existam teses diferentes que criticam a teoria das emoções, por entenderem que não é bom para o médico se apegar ao paciente, há situações nas quais o paciente é vulnerável (estágio terminal), diante dos quais seria bom algum um elo afetivo, a fim de que o profissional tenha uma percepção da situação e possa atender o paciente de forma apropriada. Verifica-se que há alguns casos em que a teoria funciona plenamente, como no contexto de especialidades oncológicas e geriátricas em que os pacientes estão em situação de vulnerabilidade e, em outros, ela talvez não funcione muito bem. Portanto, como o foco aqui é no atendimento de pacientes vulneráveis em estágio terminal, entende-se que necessariamente deve existir um componente afetivo aliado ao conhecimento técnico. Com o objetivo de demonstrar que o modelo afetivo da moralidade é melhor do que o principialismo, a seguir passa-se a defender o novo modelo de abordagem a partir da relativização da ética hipocrática.

3.2.1 Nova ética biomédica: relativização da moral hipocrática

A bioética atual⁵ diferencia-se da propedêutica deontológica, pois atualmente não se aplicam mais normas gerais a casos particulares. Pela nova perspectiva bioética, o processo de deliberação deve ser um ato particularizado e nem sempre as ações seguem um princípio e normas gerais, de maneira bastante diferente de uma versão dedutivista⁶, como seria uma abordagem deontológica. Assim, esclarece Azevedo (2002, p. 48): “o ato de deliberação consiste neste processo que atualiza contextualmente uma ou mais obrigações potenciais. [...] nesse processo de deliberação, de realização do que chamava de raciocínio prático, há um papel fundamental à percepção do agente”.

⁵ Portocarrero (2013, p. 400) resume os desafios da bioética como uma ética prática: o que vamos, nós, nas sociedades contemporâneas, fazer com todas as possibilidades de manipulação e intervenção no desenrolar da natureza, de que dispomos. Podemos? Devemos? Não comprometeremos a dignidade humana? O que acontece à nossa autonomia? [...]

⁶ O modelo dedutivista sustenta que os julgamentos morais com justificação são deduzidos pela aplicação de preceitos normativos preexistentes (princípios gerais) a um caso específico.

Nesse sentido, é preferível a sabedoria prática aristotélica, resultante de juízos particulares pela percepção moral em cada caso. Na prática médica, deve ser feita a diferença entre o conhecimento ético de um saber puramente técnico, pois a ética não pode ser algo definitivo, deve estar adequada a situações concretas, oferecendo um caráter interpretativo para a lei moral. A Bioética realiza uma mediação entre a ciência biotecnológica e o mundo, a fim de encontrar o que é justo num caso específico, longe de uma racionalidade descritiva⁷. Por isso, não existe uma razão prática universal acima do concreto, mas uma inteligência ética experiencial com base no pensar/sentir, que conduz a sabedoria prática longe da objetividade causal da ciência: “não é de todo semelhante às leis universais da natureza, dado que precisa ser interpretada/aplicada mediante uma razão experiencial” (PORTOCARRERO, 2013, p. 412).

Por conseguinte, não existem boas razões para aderir à ética deontológica, por reduzir-se aos princípios que representam apenas um aspecto da moralidade comum. Então, o médico não necessariamente deve dar validade *prima facie* ao princípio da beneficência ou da autonomia (que dá direito ao paciente e sua família de decidir sobre o tratamento), podendo sustentar sua decisão pela sua prática médica. Nesse sentido, Azevedo (2002, p. 56) menciona o entendimento de Elizabeth Ascombe, que propõe um retorno a uma ética das virtudes e critica o deontologismo, com as seguintes teses:

Primeiro, que em sua época (o que talvez ainda seja válido até os dias de hoje) não é útil fazer filosofia moral, dada à ausência de filosofia da psicologia que tornasse mais claros conceitos fundamentais, tal como o conceito de intenção; segundo, que os conceitos de obrigação e dever moral, ou ainda do que é moralmente certo ou errado, são resquícios derivados de uma concepção da ética que não mais sobrevive, e fazer uso deles fora desse contexto talvez seja mais prejudicial que benéfico.
[...] Ascombe se refere às concepções normativas da ética que se sustentam na crença de um legislador divino, como o cristianismo. Para ela, teorias como a kantiana, que substitui essa noção de autoridade moral divina pela noção de sujeito 'auto-legislador' não são sustentáveis nem psicologicamente compreensíveis. Em síntese, tais teorias que apelam à 'interiorização' do dever moral seriam meras ficções filosóficas.

Desse modo, os limites dos modelos modernos devem rever valores pelos

⁷ Portocarrero (2013, p. 414), define: tal como Aristóteles afirmava da *phronesis* que esta não se relacionava apenas com os universais, mas também e principalmente com os particulares, que são casos concretos do mundo contingente, também podemos dizer que a hermenêutica deliberativa da Bioética é crítica da rigidez do principialismo.

parâmetros humanitários “mediante uma reinterpretação da concepção aristotélica da *praxis*, da *phronesis* e do *ethos*” (PORTOCARRERO, 2013, p. 410). Com isso, houve uma relativização da moral hipocrática, porque os médicos não são considerados a maior autoridade, pois atualmente pacientes e familiares participam das decisões. A ética médica da tradição hipocrática conferia ao médico uma autonomia em relação a qualquer outra ética externa, causando uma série de conflitos morais entre médicos e pacientes. Por isso, entende-se que as grandes questões levantadas pela nova prática não podem ser concebidas apenas desde a perspectiva de competências técnicas, visto que deve haver respeito pela autonomia do paciente e a preocupação com o caráter do profissional médico é prioridade em relação ao correto seguimento da norma, que é um aspecto secundário e dependente das virtudes profissionais.

Assim, nem toda decisão deve ser tomada unicamente com fundamento em um princípio, porque algumas circunstâncias excepcionais podem exigir certa “percepção diferenciada da situação”, despertadas por um sentimento, como no caso paradigmático de Karen Quinlan (referido anteriormente), que ilustra a nova realidade, na medida em que as perspectivas de ação deixam de ter referência no modelo deontológico clássico, pois o Comitê de Ética nos Estados Unidos avaliou a situação sob uma ótica propedêutica nova:

A nova propedêutica bioética parte de pressupostos diferentes da velha propedêutica deontológica. Solucionar dilemas morais não implica apenas solucionar problemas de aplicação direta de normas consensuais ou legalmente estabelecidas a fatos devidamente conhecidos. Nem todos os problemas de decisão morais são solúveis a partir da mera aplicação de normas gerais a casos particulares, tal como sugerido pela antiga propedêutica. Em qualquer sistema normativo, é possível encontrar normas conflitantes. Sob a antiga propedêutica, conflitos somente são solúveis a partir de uma adequada hierarquização normativa. [...] Mas qual a melhor hierarquia? [...] Porque razão teríamos que aceitar que a norma ou o princípio que exige a proteção da vida é superior ou inferior à norma ou ao princípio que prescreve o respeito à autonomia do paciente? (AZEVEDO, 2002, p. 38).

As normas anteriormente consagradas não conseguem dar conta dos novos casos, pois existe uma maior aproximação da ética aristotélica, na qual as emoções contribuem em sentido epistêmico porque ajudam o médico a capturar saliências morais que são aspectos relevantes ao atendimento médico. Surge, assim, um novo modo de classificação moral com a preservação das particularidades de cada caso, a nova ética biomédica como uma versão diferente do modelo antigo hipocrático, cujas dificuldades de decisão não podem mais ser solucionadas pelo domínio direto do

médico, dependendo de fins externos à própria medicina. Essa nova abordagem da ética biomédica evidencia a principal virtude médica, que é uma disposição permanente, a fim de possibilitar bons juízos morais afastados do conhecimento técnico e mais próximos de outros fatores relevantes do paciente. Nesse sentido, o papel epistêmico das emoções, que é o de conhecer as informações úteis e torná-las acessíveis, a fim de ampliar o conjunto de informações que o agente tem à sua disposição no momento de decisão moral, precisa de um estado compassível, de pensar na perspectiva dos sentimentos envolvidos pelo paciente e/ ou familiares.

Por conseguinte, houve uma relativização da moral hipocrática, a partir da narrativa (ética hermenêutica), com a retomada ao modelo aristotélico, na qual o médico busca uma coerência pela ética experiencial muito além da objetividade causal da ciência. Esse modelo é perfeitamente aplicável na ética biomédica, porque as emoções podem comunicar a importância e valor que um paciente tem para um médico que apenas quer resolver o seu problema clínico, diferente daquele médico que deseja produzir uma ação que tenha o máximo de valor moral. Assim, em que pese ainda não existir uma resposta definitiva, nem toda decisão médica precisa estar ligada a um princípio, pois algumas decisões são fundamentadas pela percepção diferenciada da circunstância, discernimento e sensibilidade moral do médico. Todavia, ao mesmo tempo em que pode vincular-se emocionalmente, o médico não pode ficar refém do seu paciente, devendo haver um limite no grau de afetividade para evitar distorções.

3.3 RESPEITO À AUTONOMIA DO PACIENTE: DA NÃO INTERFERÊNCIA À EMPATIA MÉDICA

Num contexto em que alguém necessita cuidar de outro, parece natural demandar algum grau de envolvimento emocional. Pode-se supor que essa ação deveria envolver emoções altruístas, empatia e outros sentimentos; do contrário, parece que algo está errado. Todavia, na prática médica surge o paradigma de distanciamento emocional, no qual a proximidade emocional é tratada com certa desconfiança, pois a ideia comum na medicina é que o médico não deve se envolver e nem se deixar levar por emoções. Dessa forma, historicamente a visão prevalente na medicina é que as decisões clínicas devem ocorrer de forma objetiva e as emoções podem, de certo modo, atrapalhar o raciocínio médico. Muitos consideram uma virtude

profissional o médico ser capaz de superar as influências das emoções em situações clínicas ao fazer juízos frios da situação do paciente e até consideram esse distanciamento um requisito para ser um bom médico.

No entanto, esse paradigma começou a mudar há mais ou menos trinta anos, quando se iniciou um movimento para o modelo da humanização da medicina, no qual as emoções passaram a interessar mais, começando um combate ao modelo mais tradicional. Essa mudança chamou a atenção da bioética para as humanidades médicas, mas ainda existe certa resistência a essa necessidade de mudança de paradigma. Dessa forma, alguns estudos demonstram que a empatia declina com o avanço dos anos de formação: no início da faculdade, os acadêmicos possuem maior preocupação com os pacientes, mas depois de formados tornam-se cada vez mais frios e desinteressados. Isso pode ser causa do aumento de processos judiciais contra médicos e, mesmo assim, as faculdades de medicina continuam ainda formando acadêmicos que têm muita dificuldade de desenvolver a empatia.

Nesse sentido, algumas publicações recentes afirmam que os médicos mais engajados têm níveis mais elevados de eficiência terapêutica, pois conseguem atuar de maneira mais eficaz no diagnóstico/tratamento e os pacientes tendem a colaborar mais, fazer o tratamento de forma mais engajada; ou seja, quanto mais empático o médico for melhor será a resposta do paciente ao tratamento pela melhora da comunicação entre eles. Com esse entendimento, Jodi Halpern (2001, p.12) defende que há necessidade de ser respeitada a autonomia do paciente, como também é ético cultivar um raciocínio emocional flexível para sua efetividade. Então, principalmente pacientes que se encontram em estágios de grande sofrimento necessitam de apoio empático para recuperar a autonomia e capacidade de imaginar um futuro que seja mais tolerável. Exercitar autonomia exige ter sentido de si mesmo como um agente eficaz, cujos objetivos podem influenciar significativamente as escolhas relacionadas aos cuidados médicos. Desse modo, os médicos devem cultivar a abertura emocional e interesse sobre a doença do paciente, bem como analisar as suas experiências de vida, o que possibilita maior abertura pela comunicação devido a situação de vulnerabilidade em que se encontram.

A fim de analisar a necessidade de mudança de paradigma do compromisso desapegado (não interferência) para o envolvimento empático, o qual representa o ideal ético na medicina atual, passa-se a questionar: em que medida o atendimento médico com fundamento no engajamento empático (autonomia no sentido positivo)

permite maior compreensão dos mecanismos e os significados da doença de seus pacientes, para tornar a comunicação médico-paciente mais eficiente? O que exatamente está envolvido quando uma pessoa tenta compreender a experiência subjetiva de outra?

3.3.1 Empatia na relação médico-paciente: raciocínio emocional

A tese de Jodi Halpern (2001, p. 102-123) evidencia que o médico deve cultivar uma maior consciência das influências emocionais. Ao invés de se distanciar, como alguns afirmam, deve dar atenção às mudanças de intensidades e examinar outros aspectos das emoções. Ela recomenda um tipo de “raciocínio emocional”, que funciona como uma associação que representa uma espécie de comparação das experiências que o paciente está relatando com as próprias experiências do médico, as quais, às vezes, podem falhar em função do histórico pessoal e das diferenças culturais, quando o médico não entender muito bem o que sente seu paciente. Esta autora argumenta que o uso da empatia em relação ao paciente pode oferecer a resposta mais adequada, como também um cuidado com o humor, pois algumas vezes o médico pode ter tendência a ser melancólico e deixar essas informações emocionais influenciarem o modo como ele enxerga a sua própria atuação.

Desse modo, o raciocínio emocional envolve todas essas dimensões que não são automáticas e podem funcionar ao capacitar o médico a se vincular por associação ao paciente, bem como o paciente a se comunicar de modo bem sucedido com seu médico. Então, o raciocínio emocional é um padrão de pensamento através do qual o médico deve aprender a prestar a atenção com o que está acontecendo, o que Halpern (2001, p. 136) chama de “pequenas chaves”. Por isso, o maior contato com o paciente permite ao médico avaliar as informações que normalmente passam despercebidas. Porém, o raciocínio emocional não é o único instrumento para o desenvolvimento de um engajamento afetivo pois, além disso, a autora enfatiza a ideia de “empatia clínica”.

Nesse entendimento, a tese central de Halpern (2001, p.11) é de que as emoções dos médicos ajudam os mesmos a sintonizar e entender com empatia as emoções dos pacientes. A autora defende uma concepção de empatia que seja diferente do distanciamento, quando o médico se protege ao olhar objetivamente para seu paciente, mas enfatiza que, do ponto de vista emocional, o médico deve dar

atenção às emoções nos seguintes componentes: o primeiro é o afetivo, que se caracteriza pela capacidade de fazer sentido a experiência subjetiva do paciente, pois o médico deve enxergar o que o paciente está sentindo do ponto de vista dele. Diferente de uma compreensão teórica, deve ser uma compreensão experiencial como forma de entender o vínculo experiencial entre o paciente e o médico, que tem que entrar e sentir as atmosferas reais que o paciente experimenta. Já no segundo componente, que ela chama de entendimento, o médico não apenas deve ter a capacidade de entrar nas atmosferas do paciente, como também ser capaz de reconstruir e entender imaginativamente como seu paciente está se sentindo, ver o que ele sentiria na mesma situação pela visão mais apurada daquilo que realmente o incomoda em situações de conflito.

Quando Halpern (2001, p. 82-87) trata da dimensão experiencial, surge o problema de como pensar a relação médico-paciente a partir da experiência da doença enfrentada pelo paciente, oferecendo indicações sobre como está pensando a empatia, que não é apenas reconhecer que o paciente está com raiva, mas reconhecer o que está por trás da raiva, ver que tipo de dificuldade que ele está passando. Existem casos em que os médicos sabem que os pacientes de câncer têm medo, mas não é somente ser capaz de enxergar que o paciente está com medo ao ver somente traços externos das emoções do paciente, devendo perceber como esses traços podem levar o médico a fazer um juízo preciso e mais próprio da experiência do paciente. Com isso, a partir dessa ideia sugerida pela autora, a empatia é vista como uma forma de eficiência no tratamento que pode economizar tempo.

Em síntese, a tese de Jodi Halpern (2001, p. 30) proporciona ao médico: maior eficiência no diagnóstico pela contribuição epistêmica, na medida que o médico se aproxima mais do seu paciente, consegue desenvolver uma maior sensibilidade e apurar os efeitos negativos das emoções; maior eficiência na comunicação ao conhecer melhor as crenças e valores do paciente, o que oferece maiores condições de ensinar, discutir e chegar a conclusões colaborativas; facilidade no trabalho de engajamento, porque a empatia faz o paciente se interessar e comprometer-se com o seu próprio tratamento. Por isso, reconhece-se como as emoções influenciam de forma positiva no julgamento médico, pois atuam como um mecanismo eficiente para cultivar uma comunicação emocional, a fim de proporcionar melhores condições para o diagnóstico seguro.

3.3.2 Obrigação ética de respeitar a autonomia do paciente: além da não interferência

O respeito à autonomia do paciente pode ser visto como o direito dele decidir sobre seu tratamento sem nenhuma interferência do médico, o que significa ignorar qualquer papel positivo da autonomia, no sentido de auxiliar os pacientes a recuperar a autonomia psicológica como o apoio em decisões médicas difíceis sobre seu tratamento. No entanto, o respeito à autonomia do paciente deve ser efetivo, de forma diferente da não interferência, principalmente para os pacientes que estão num estado de irracionalidade emocional e sem voz para influenciar seus próprios tratamentos médicos. Devido a isso, somente pelo engajamento empático é que se pode promover a autonomia do paciente, porque as condições mentais dos mesmos são importantes para a efetivação da autonomia, por terem influência direta pelas interações emocionais com seus médicos e não apenas por si mesmas (HALPERN, 2001, p.101-102).

A ênfase no paternalismo médico com base na autonomia negativa representa uma concepção legalista que o paciente recebe, um tratamento imposto pelo médico e por isso tem sido foco central de críticas do movimento bioético nos últimos trinta anos. Não significa que apenas um paciente declare preferência para um tratamento em detrimento de outro, mas no reflexo que essa preferência reflete nos fins da própria pessoa de poder definir seu futuro com respeito à autonomia. Assim, para que seja efetiva a autonomia na medicina, deve haver uma mudança de paradigma quanto aos pacientes que estão em sofrimento, pois estes devem ter assistência para que restabeleçam a capacidade de definir seus objetivos futuros. Como foi visto, o tradicional paternalismo médico não atende a essa necessidade, porque somente quando for entendido o contexto emocional dos pacientes é que os médicos irão ajudá-los a recuperar a capacidade de autonomia (HALPERN, 2001, p. 102 -104).

Nesse sentido, com ênfase na liberdade deliberativa como fundamento da autonomia, além da autonomia negativa, a visão kantiana enfatiza uma definição positiva para a autonomia no qual uma pessoa gera fins (objetivos) como resultado de sua deliberação. Essa definição sobre a autonomia positiva é mais adequada à medicina do que aquela da não interferência, pois nela a autonomia é a capacidade de uma pessoa agir de forma guiada ou com o auxílio de forma positiva pelo uso livre do seu próprio raciocínio, mas não significa liberdade de fazer o que a pessoa prefere

sem a interferência de outros. Assim, mesmo que no entendimento kantiano a racionalidade deva ser afastada da emoção, considera-se alguém livre pela regeneração da autonomia (HALPERN, 2001, p. 106- 107).

Dessa forma, com fundamento na teoria kantiana, existem duas condições para exercer a autonomia que são relevantes para os pacientes que estão em situações que precisam decidir sobre seu tratamento médico, as quais são essenciais para que o paciente possa ver seu próprio raciocínio a respeito de suas escolhas: na primeira, o que importa é o raciocínio prático que alguém tenha para poder definir seu futuro; a segunda condição é que a pessoa veja o mundo como suficientemente de maneira que o motivo para agir seja visto como necessário.

No entanto, Jodi Halpern (2001, p. 108-111) discorda de Kant quanto às condições em que as pessoas podem se motivar a agir para terem autonomia, porque na ética é necessário que o raciocínio envolvido seja social e emocionalmente situado, diferente do argumento de que a capacidade de uma pessoa de gerar objetivos de vida é praticamente independente de qualquer afetividade. Desse modo, ao conceber a autonomia como liberdade deliberativa, será relevante para a medicina a capacidade do paciente de imaginar seus próprios objetivos para o seu futuro. Portanto, o uso da razão distanciada não é adequado para esse tipo de autonomia, pois deve envolver o raciocínio emocional para ajudar os pacientes a recuperar a liberdade mental a partir de uma sintonia afetiva com o sofrimento deles, em que a empatia pode ter papel essencial no respeito a essa autonomia.

3.3.3 Teoria kantiana e obrigações positivas de compartilhar fins

Halpern (2001, p.118) afirma que essa abordagem com ênfase na não interferência na medicina não é de Kant, que a autonomia não requer que a ação tenha ausência de apoio emocional de outros, porque o importante é respeitar as pessoas com respeito genuíno aos fins do outro e fazer mais do que apenas deixar que os outros o sejam. Dessa forma, deve-se compartilhar desses fins num sentido positivo, sob pena de que a humanidade não subsistiria se as pessoas não contribuíssem em nada para a felicidade do outro. Ou seja, não apenas concordar negativamente com o outro como um fim em si mesmo, mas deve-se empenhar na promoção dos fins do outro.

Nesse entendimento, Jodi Halpern (2001, p.119) refere que os filósofos

Christine Korsgaard e Barbara Herman apresentam formas alternativas de ler Kant pelo envolvimento positivo. Ela argumenta que a moral kantiana envolve a participação nos fins do outro, que deve considerá-lo uma fonte de valor pela reciprocidade no compartilhamento de razões. Desse modo, Korsgaard deu ênfase à reciprocidade, porque na prática médica no respeito à autonomia, no sentido de não interferência, o médico não compartilha totalmente os seus fins como agente moral. Assim, o respeito pelo paciente exige considerá-lo capaz de possuir liberdade deliberativa e compartilhar os seus fins, no sentido mais amplo de entender a experiência do seu sofrimento por melhor comunicação pela empatia efetiva. Já na leitura de Barbara Herman a exigência é no sentido de apoiar o processo no qual o outro delibera, em vez de compartilhar os fins do outro, seria o compromisso de ajudar os outros pela obrigação de respeito a sua autonomia. A pessoa promove o bem-estar (felicidade) do outro como apoio para sua busca de fins (HALPERN, 2001, p. 120-121).

Pode-se afirmar que, caso o médico ignore o estado emocional do paciente com a capacidade limitada para imaginar o seu futuro, não existe respeito a ele como pessoa ao não ter compreensão do seu mundo afetivo. Na prática médica, pode ocorrer um dilema ético fundamental entre o direito à privacidade do seu paciente e a obrigação do médico em compreender as razões dos pacientes em sofrimento de recusarem o tratamento. Dessa maneira, para que o paciente se recupere de seu sofrimento, há necessidade de haver comunicação emocional com o médico, caso contrário seria interrompida essa comunicação e, por isso, a empatia nesses momentos permite que os pacientes encontrem algum alívio a seu sofrimento. Portanto, verifica-se que a ética médica necessita ser concebida de forma positiva quanto ao respeito à autonomia, de forma que venha corrigir o modelo legalista da não interferência, em que a liberdade deliberativa de Kant pode ser uma solução, no sentido que o objetivo da empatia consiste em compreender a situação pela perspectiva do próprio paciente (HALPERN, 2001, p. 122-124).

3.3.4 Cultivando a empatia na prática médica

O modelo de empatia como imaginação guiada pela emoção tem como benefício permitir o desenvolvimento de algumas habilidades específicas e não apenas sugerir aos médicos a ter compaixão. Porém, devido ao pouco tempo e

necessidade de diagnósticos rápidos, é difícil para os médicos alcançarem essa abertura. Como forma de orientar os médicos ao desenvolvimento do tipo de sintonização essencial no contexto clínico, o termo curiosidade pode ser concebido no sentido de atenção e abertura contínua através daquilo que os pacientes comunicam, de forma verbal ou não, em um modelo de empatia com ênfase na ressonância espontânea. No entanto, o médico, ao ler mensagens não verbais, corre o risco de erro na projeção da situação do paciente, pois as diferenças culturais, de raça, entre outras, influenciam a comunicação entre médico e paciente (HALPERN, 2001, p. 129-131).

Nesses casos, pode ocorrer que médicos brancos tenham falhado com pacientes negros por não abordar de forma empática o significado que o tratamento pode ter para o paciente, que tem como consequência maiores recusas ao tratamento prescrito. Então, a empatia por ela mesma não une as discrepâncias do atendimento feito com certa ignorância cultural. O que deve ser feito é uma sensibilização dos médicos sobre seus próprios preconceitos, como também pelas influências sociais e culturais que têm implicação direta em deliberações na sua prática. Segundo Halpern (2001, p. 133), a fim de integrar a empatia na medicina, os médicos devem ser treinados a terem curiosidades dos mundos diferentes de seus pacientes, o que é fundamental e serve como uma espécie de corretivo sobre o que presumem conhecer da experiência individual de incapacidade deles. Portanto, os médicos que cultivam o aspecto da curiosidade sobre os seus pacientes serão sensibilizados e podem desenvolver capacidades empáticas crescentes.

Como se viu, podem ocorrer falhas na comunicação do médico com seu paciente num ambiente de pressão emocional, como também os médicos podem aproveitar as suas emoções a fim de cultivar a empatia como oportunidades terapêuticas excelentes. Nesse sentido, Halpern (2001, p. 133) propõe duas razões que evidenciam que o paciente é afetado profundamente e, por consequência, oportunidades de manifestação empática: a primeira é que os próprios pacientes não conhecem seu estado emocional de intolerância, oferecendo poucas pistas para quem os tratam e, nesse caso, as informações do próprio médico são relevantes para a experiência emocional do seu paciente; a segunda, em momentos de comunicação emocional inconsciente, os pacientes estão mais abertos à influência terapêutica de seus médicos, que não devem manter um estado emocional neutro, sob pena de seus pacientes acreditarem que o médico não entende sua emoção.

O atendimento médico, desse modo, permitiria uma transformação na forma como podem responder a seus pacientes que não tenham mais esperanças no futuro através da reflexão e empatia. Por isso, pode-se dizer que a prática médica deve ter um envolvimento muito maior do que apenas consertar o corpo físico, deve envolver a cura de estados emocionais do paciente, representando um desafio para o médico discernir onde e de que forma deve tratá-lo. Para tanto, é de grande importância a receptividade emocional dos médicos que conhecem o sofrimento que os próprios pacientes não conseguem expressar em palavras. Por fim, ao discernir o âmago do sofrimento, permite que os pacientes sejam movidos emocionalmente, porque os médicos e pacientes precisam um do outro para enfrentar a doença de maneira humana (HALPERN, 2001, p. 143-145).

Por isso, o médico que tem como prioridade o atendimento empático apresenta melhores condições de aprimorar o seu julgamento pelo raciocínio emocional. A empatia clínica tem função específica de discernir os significados que um sintoma ou diagnóstico tem para um paciente, bem diferente de olhar o paciente de uma perspectiva distanciada, pois o médico empático confia em sua capacidade de se associar para vincular-se às imagens do seu paciente. Ou seja, através de uma significação emocional aos eventos que surgem na doença e na cura, o médico deve perceber o que é relevante para o paciente que se encontra com doença em estágio terminal dentro de sua perspectiva emocional, pois a empatia requer conhecimento experimental e não apenas teórico. Portanto, a ética médica precisa de uma concepção positiva de respeito à autonomia para corrigir o modelo legal de não interferência, visto que os médicos devem entender o processo pelo qual a empatia possibilita a compreensão dos mecanismos e os significados da doença para seus pacientes.

3.3.4.1 Argumentos contrários ao atendimento médico empático e favoráveis ao distanciamento médico-paciente

Existem três argumentos centrais contrários sobre as emoções serem importantes na prática médica pelo atendimento médico empático, conforme Jodi Halpern (2001, p. 15-34). O primeiro argumento é o da autoproteção, é aquele em que o médico separa o trabalho dele da situação do paciente, porque na prática tem muita pressão e muita tensão envolvida numa decisão clínica difícil. Então a proximidade

pode causar estresse emocional, caso ele tenha alguma espécie de vínculo ao experimentar algum tipo de perda e, por isso, deve auto proteger-se. As emoções podem gerar alguns efeitos, como no caso em que o médico tenha perdido alguma vida, podendo até mesmo impedi-lo de continuar o seu trabalho. Porém, esse argumento da autoproteção não é importante, por não funcionar e ser uma espécie de ilusão dizer que ele está conseguindo se proteger emocionalmente.

O segundo argumento é da imparcialidade, que pode ser medido pelo tempo médio de duração de uma consulta, pois caso o médico desenvolva engajamento emocional com o paciente será necessário tempo para isso, e assim, não deve ficar trinta minutos com um paciente e menor tempo com outro. Por isso, esse argumento define que o melhor é um atendimento médico mais protocolar e sem muita diferença de tempo, porque se ele der mais atenção para um paciente que o outro poderá não ser imparcial. Esse argumento também é rejeitado por Jodi Halpern (2001, p. 15-34), porque está mostrando que é um problema apenas burocrático da medicina, no qual os médicos têm que atender muitos pacientes, mas não mostra que o médico não possa ser empático, porque na verdade eles possuem apenas uma dificuldade administrativa.

O terceiro o argumento é o da afetividade, que é mais usado quando alguém é contrário às emoções, porque nesse entendimento as emoções interferem causando uma espécie de “cegueira” da situação. Então, geralmente, as conclusões que são extraídas a partir das emoções não possuem um mesmo grau de efetividade em relação às meramente objetivas, por não serem cognitivamente adequadas aos assuntos que interessam a prática médica. Nesse sentido, Jodi Halpern (2001, p.15-34) pensa num contexto de conflitos que são comuns, como no caso do médico que está atendendo o paciente sob muita pressão de terceiros, como também quando o próprio paciente discorda do seu médico quanto ao tratamento indicado. Ela sugere que toda a intervenção na qual aparece esse tipo de incômodo ao médico pode fazer o profissional perder certas informações relevantes, porque certas emoções atrapalham de qualquer forma.

Jodi Halpern (2001, p. 15-34) critica esses três argumentos que trazem a necessidade de um distanciamento na relação médico-paciente, ao afirmar que não faz sentido o médico tentar esconder e se proteger, mas que deve entender melhor como funcionam as emoções. Entende a autora que existem certas dificuldades para os médicos, mas adotar um modelo de distanciamento, de controle, de interesse

distanciado em relação ao paciente para tentar não deixar as emoções influenciarem, nada disso funciona. Ela apresenta uma série de evidências na prática médica, mostrando que é muito comum a influência de emoções e a alternativa para ela é que os médicos desenvolvam um tipo de raciocínio emocional através do qual possam aprender a conhecer as emoções, mesmo que estejam sujeitos a ser influenciado por elas.

Por fim, cabe salientar que, quando ocorre um erro médico, no caso do paciente que morreu por causas iatrogênicas, pela ação do médico que fez uma cirurgia e o paciente morre por complicações, podem trazer certas dificuldades para esse médico desligar aparelhos de suporte de vida de outros pacientes e a tendência é ele estender o tempo de vida nas próximas intercorrências médicas pela influência emocional. Outro exemplo ocorre também no caso de algum paciente que tenha reação alérgica e venha morrer por algum medicamento prescrito pelo médico, que não adotará a mesma conduta com outro paciente por medo de que aconteça o mesmo. O que ocorre é um padrão de raciocínio muito comum, pois em geral as pessoas têm dificuldade em pensar sem deixar que as emoções interfiram em suas conclusões e no tipo de decisões que extraem a partir das emoções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo central apresentar algumas possibilidades de solucionar a problemática da distanásia. A discussão mais importante foi sobre até que ponto o médico pode ficar na base de uma moral deontológica para a definição sobre a melhor escolha moral e qual o papel das emoções para uma ação propriamente moral. Ao tornar essa questão como ponto referencial da pesquisa, analisou-se, em linhas gerais, duas perspectivas antagônicas: a perspectiva da velha ética deontológica em contraponto com a nova propedêutica bioética no contexto da prática médica. Por conseguinte, diante do conflito ético historicamente situado no caso Quinlan, percebeu-se maior tendência à aproximação das éticas consequencialistas, com certo distanciamento deontológico.

Desse modo, verificou-se que ainda existe grande dificuldade de serem encontradas respostas definitivas a muitas questões sistemáticas sobre a problemática na perspectiva da investigação bioética atual, que deve ir muito além de problemas técnicos, pois necessariamente devem ser identificados os motivos e critérios que garantam uma decisão médica de caráter "moral" baseada em certas decisões moralmente defensáveis. Na prática médica, muitas vezes as alegações de futilidade médica são apresentadas como objetivas e sem valorações, mas na verdade são subjetivas e carregadas de valores; por isso, torna-se necessária uma verificação sobre o que é visto como fútil e a probabilidade de resultados.

Nesse sentido, o juramento hipocrático, em sua origem, tinha como linhas mestras a virtude e a prudência num contexto em que algumas enfermidades faziam parte de uma ordem natural com pouca participação do médico, que deveria ter discernimento em perceber o que era uma necessidade da natureza e aquilo que representava uma desordem sujeita à intervenção médica. Porém, ao longo do tempo, os novos códigos de ética médica fizeram uma releitura dos parâmetros hipocráticos iniciais, desvirtuando-os ao priorizar uma medicina mais tecnicista.

A partir de uma reflexão filosófica hermenêutica sobre a nova propedêutica da bioética, entendeu-se que a relação médico-paciente, diante de um quadro de grande sofrimento, deve ter como foco principal a ética das virtudes e, em especial, a teoria das emoções a ela relacionada, como forma de resgatar os fundamentos hipocráticos originários, mas com uma relativização do paternalismo médico. Porém, todas as virtudes morais têm um princípio moral de obrigação correspondente e, por isso,

mesmo que as virtudes morais possuam uma posição importante na vida moral, não teriam como se afastar totalmente das teorias baseadas na obrigação, pois ambas são compatíveis e mutuamente reforçadoras, e suas ações são orientadas tanto pelo caráter virtuoso como através dos princípios.

Numa situação em que alguém necessita de cuidado, como o paciente vulnerável, parece natural demandar algum grau de envolvimento emocional, bem como supor que essa ação deveria envolver emoções altruístas para uma percepção mais adequada da enfermidade. Do contrário, historicamente, na prática, a visão prevalente é o distanciamento emocional, por se entender que as decisões clínicas devem ocorrer de forma objetiva e as emoções podem, de certo modo, atrapalhar o raciocínio médico. No entanto, verifica-se que deve haver uma mudança de concepção, porque é imprescindível ao médico perceber que apenas o método de escolha racional não proporciona a melhor escolha possível. Além disso, deve-se dar maior importância ao papel das emoções para uma ação ser propriamente moral, porque proporciona ao médico melhores condições de perceber a diferença entre “curar e cuidar”.

Nesse entendimento, algumas visões filosóficas sobre emoções, como a tese de Jodi Halpern, trouxeram uma reflexão crítica sobre a importância das fontes subjetivas de informação pelas emoções, pelo maior envolvimento e comunicação. Dessa maneira, tendo em vista o modelo da empatia que evidenciou, há o entendimento de que as emoções influenciam de forma positiva no julgamento médico, conforme segue: o uso de emoções permite ao médico perceber e abordar os riscos específicos da irracionalidade em doenças terminais; proporcionam ao médico maior eficiência no diagnóstico pela contribuição epistêmica; facilitam o trabalho de engajamento, com maior comprometimento do paciente com o próprio tratamento. Portanto, a ética médica precisa de uma concepção positiva de respeito à autonomia do paciente para corrigir o modelo legal de não interferência, em que, pela empatia, o médico compreende melhor os significados da doença pelo conhecimento experimental e não apenas teórico.

Nesse sentido, os ensinamentos aristotélicos também foram bons argumentos sobre o entendimento de que as emoções são característica da virtude e sobre a importância de senti-la na hora certa com relação às pessoas e objetos certos, pelo motivo e maneira correta. Então, para um médico ser virtuoso implicaria sentir a emoção de modo adequado, sem confundi-la com as virtudes morais, pois apenas

tem um papel crucial junto a sua constituição. Esse grau de afetividade deve ser definido e adequado pela sensibilidade atenta do médico, pois é uma forma de importar-se com a situação do paciente pelo engajamento empático e pela narrativa (ética experiencial). Todavia, existe pouca aceitação desses novos parâmetros da bioética, os quais possibilitam uma justa medida para as emoções em situações que se produzem as ações pela virtude moral do profissional médico, sendo uma disposição ligada à escolha moral através do meio termo quanto às emoções, diferente da medicina tradicional que priorizava um afastamento emocional.

Desse modo, o médico que manter a sua prática com fundamento em um engajamento empático terá maior capacidade e discernimento em situações médicas específicas, como apenas manter os procedimentos corretos sem cometer excessos ao prolongar a vida do paciente no contexto da medicina tecnocientífica, com foco no paradigma da “benignidade humanitária e solidária”. O médico deve buscar o meio termo, com fundamento no novo conceito de saúde, que prioriza um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Embora os novos currículos da escola de medicina tenham buscado adequação a essa nova perspectiva bioética, a fim de possibilitar um desenvolvimento de prática médica com base na empatia, a disseminação generalizada trouxe confusão sobre como alcançá-la e as teorias atuais da empatia não ajudam muito a esclarecer e, muitas vezes, ignoram a possibilidade de um benefício cognitivo com o envolvimento emocional.

Nesse breve estudo conclui-se que a empatia é uma ferramenta importante na prática médica como forma de comunicação, constituindo uma postura de escuta, uma forma de percepção e/ou observação, uma disposição, uma atividade e sentimento. Essa exploração inovadora da estrutura filosófica da empatia fornece um roteiro intelectual valioso para um modelo mais robusto de excelência clínica. Por conseguinte, mesmo que o envolvimento emocional do médico possa trazer algum erro, representa um lugar importante para o conhecimento experimental na compreensão do paciente em estágio avançado da doença, que, em parte, pode evitar os excessos de tratamento médicos cometidos e ir muito além da objetividade causal da ciência, conforme a nova propedêutica bioética.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, J. J. F. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos da bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.

ANGOTTI NETO, Hélio. **A medicina moderna e o assassinato do juramento de Hipócrates**. 2014. Disponível em: <https://blog.comshalom.org/vidasemduvida/medicina-moderna-e-o-assassinato-juramento-de-hipocrates/>. Acesso em 21 nov.2020.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Coleção Os pensadores).

ARISTÓTELES. **Ethica Nicomacheia I 13 – III 8**. Tradução de Marco Zingano. São Paulo: Odysseus Editora, 2008.

ÁVILA, H. **Teoria dos Princípios**: da definição à aplicação dos princípios jurídicos. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2005.

AZEVEDO, M.A.O. **Bioética fundamental**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médico**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp. Acesso em 21 set. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1.805/2006**: efetivação do direito de morrer com dignidade. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/conteudo/resolu%C3%A7%C3%A3o-n-18052006-do-conselho-federal-de-medicina-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-de-morrer-com-di>. Acesso em: 21 nov. 019.

DALLARI, S. O direito à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

FRANÇA, G. V. **A velha e a nova ética médica**. 2013. Disponível em: <https://www.sitemedico.com.br/a-velha-e-a-nova-etica-medica/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

DRUMMOND, J. G. F.; STEPKE, F. L. **Fundamentos de uma antropologia bioética**: o apropriado, o bom e o justo. São Paulo: Loyola; 2007.

ENGELHARDT, H. T. J. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola; 1996.

HALPERN, J. **From detached concern to empathy**: humanizing medical practice. New York, New York: Oxford University Press, 2001.

HELFERICH C. **História da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

LEÃO, H.M.C. A importância das teorias éticas na prática da bioética. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.10, supl.2, dez 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600022>. Acesso em: 12 dez.2020.

LOPEZ, E. **Problemas de vida o muerte**: diez ensayos de bioética. Buenos Aires: Marcial Pons, 2011.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. 70. ed. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2008.

KOTTOW, M. **Introducción a La bioética**. Santiago: Universitaria; 1995.

KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHARAMM, F. R.; REGO, S.; RAZ, M.; PALACIOS, M. (Orgs). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 29-44.

LITTLE, M., **Seeing and caring**: the role of affect in feminist moral epistemology. 1995. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/hypatia/article/abs/seeing-and-caring-the-role-of-affect-in-feminist-moral-epistemology/A1024E32121776AC778F4703A8A365BF>. Acesso em: 21 nov.2020.

MAGALHÃES, L.; NUNES, R. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. *Rev. Bioét*, Brasília, v. 22, n. 3, p.448-455, sept./dec. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223027>. Acesso em: 11 dez.2020.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-192.

NALINI JR. **Ética geral e profissional**. 6. ed. São Paulo: Ed. Revista dos tribunais; 2008.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida. São Paulo: CUSC/Loyola; 2003.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade: como ajudar o paciente terminal**. 2. ed. Aparecida: Santuário 1995.

_____. **Bioética: em tempo de incertezas**. São Paulo: Loyola; 2010.

PORTOCARRERO, M. L. Bioética e filosofia: o princípio da autonomia e os desafios da fragilidade. *Revista Filosófica*, Coimbra, n. 44, p. 397-416, 2013.

RACHELS, J. **Os elementos da filosofia moral**. Tradução de Roberto Cavallari Filho. Barueri, SP: Manole, 2006.

SARLET, G. Da ética hipocrática à bioética: notas acerca da teoria do consentimento livre e esclarecido e o teor da lei nº 13.146/2015. **Revista Ajuris**, v. 44, n 143, p. 180-206, 2017.

SEGRE, Marcos; RIBEIRO, Ana Clara Torres; COUTINHO, Arnaldo P. de Azeredo et al. (Orgs.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética**. Tradução de O. S. MOreira. São Paulo: Loyola, 1997.

SINGER, P. **Vida ética**. Rio de Janeiro: Ediouto; 2002.

STEINBOCK, B. **The oxford handbook of bioethics**. New York: The Oxford Press, 2007.

STOCKER, M. **O valor das emoções**. Tradução de Cecília Prada. São Paulo: Palas Athena, 2002.

VASQUEZ, A. S. **Ética**. 26 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

WILLIGES, F. O papel das emoções altruístas na escolha e na moralidade das ações beneficentes. **Filosofia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 33, p.321-336, 2016. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/filosofia/article/viewFile/3377/3092>. Acesso em: 20 out. 2018.

ZINGANO, M. **Estudos de ética antiga**. São Paulo: Discurso Editorial, 2007.