

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**CONSULTORIAS DE BIOÉTICA CLÍNICA:
DA TEORIA À PRÁTICA**

BRUNA PASQUALINI GENRO

Porto Alegre

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**CONSULTORIAS DE BIOÉTICA CLÍNICA:
DA TEORIA À PRÁTICA**

BRUNA PASQUALINI GENRO

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, como requisito para obtenção do título de Doutor

Porto Alegre, novembro de 2013.

CIP - Catalogação na Publicação

Pasqualini Genro, Bruna
CONSULTORIAS DE BIOÉTICA CLÍNICA: DA TEORIA À
PRÁTICA / Bruna Pasqualini Genro. -- 2013.
169 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2013.

1. Bioética Complexa. 2. Consultorias de Bioética
Clínica. 3. Referenciais teóricos. 4. Ética
Translacional. I. Goldim, José Roberto, orient. II.
Título.

Dedicatória

Esta tese é dedicada a minha avó Elly Herz Genro, que sempre nos ensinou a importância do conhecimento, e que aos 92 anos é um exemplo de perseverança e sabedoria.

Agradecimentos

Ao Professor Goldim, pelas oportunidades e por ser uma fonte inesgotável de conhecimento e paciência. Principalmente por ser um orientador *stricto senso*, e orientar a nossa prática assim como as teorias fazem à Bioética;

Aos colegas do Laboratório de Bioética, por me mostrarem o que significa a interdisciplinaridade na prática, contribuindo imensamente para que eu compreendesse o real significado da Bioética;

À Gabriella Dalmolin e ao Lucas Garcia, pelo coleguismo, parceria e ajuda ao longo destes anos;

Ao Rafael Zimmer, pela inestimável ajuda e disposição ao desenvolver o banco de dados que possibilitou esta coleta;

A minha mãe Leticia e minha irmã Júlia, por me apoiarem incondicionalmente em cada esquina que eu resolvi mudar meu caminho. Também ao Pablo, por existir e alegrar minha vida;

Ao Lucas Alvares, pelo incentivo, compreensão e amor ao trilhar este caminho comigo;

A CAPES e ao FIPE/HCPA pelo apoio financeiro.

"Não há nada mais ousado no universo do que o homem."
Adelmo Genro Filho

“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver.”
Mahatma Gandhi

Resumo

Introdução: Quando os dilemas éticos surgem no âmbito de assistência à saúde, surge a necessidade de fazer uma reflexão no âmbito da Bioética Clínica, que pode ser entendida como sendo a identificação, análise e resolução de problemas ou dilemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes. Embora as questões práticas sejam usualmente priorizadas na assistência ao paciente, é reconhecida a importância da teoria nos modelos de tomada de decisão. Quando a atenção se volta para a prática, descobrimos regras complexas de ação e percepção que raramente são discutidas. O Modelo da Bioética Complexa busca agregar estas visões, e sugere que a Bioética é uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver. **Objetivos:** O objetivo desta tese é analisar as consultorias de Bioética Clínica realizadas em um hospital geral universitário de grande porte, verificando os aspectos teóricos e práticos identificados e as suas interações. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal das 317 consultorias de Bioética Clínica realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre de fevereiro de 2009 até abril de 2013, que tiveram registros nos prontuários de 300 pacientes internados. O levantamento dos prontuários foi fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde, que é o responsável pela guarda e manutenção destes registros. Os referenciais teóricos utilizados foram analisados a partir da abordagem complexa da Bioética, utilizando quatro grandes referenciais: Virtudes, Princípios, Direitos Humanos e Alteridade. Os temas das consultorias foram analisados de acordo com a classificação proposta pela *National Reference Center for Bioethics Literature*, da *Georgetown Law Library*, adaptada nesta tese. **Resultados:** Foi possível identificar que 94,7% dos solicitantes eram médicos e 5,3% eram enfermeiros. Os Serviços que mais solicitaram consultorias foram o de Medicina Interna (22,3%), Pediatria (15,7%) e Psiquiatria (9,3%). O referencial das Virtudes estava presente em 99,3% dos casos, o dos Princípios em 99,0%; o dos Direitos Humanos em 97,3% e o da Alteridade em 94,4%. Dos pacientes, 50,0% eram do sexo feminino, com idade média de $37,42 \pm 25,61$ anos, e tempo médio de internação de $52,1 \pm 120,82$ dias. Destes, 63,0% tiveram alta para o domicílio e 33,3% foram a óbito. Os três temas mais frequentes nas consultorias foram: Morte e Morrer, (81,7%), Relacionamento Profissional (66,0%), e Consentimento Informado (64,7%). A média

anual de consultorias foi de 78,0 e a mensal de 6,52, e o tempo para responder às consultorias foi, em média, de $40,0 \pm 102,1$ horas. Avaliando os aspectos translacionais em prontuário, foi possível identificar que em 73,3% houve transposição evidente das condutas sugeridas para a prática assistencial. **Conclusão:** As características dos profissionais que solicitaram consultorias, para quais pacientes ocorreram estas solicitações, e os respectivos serviços médicos associados, possibilitaram identificar os temas mais relevantes nas consultorias de Bioética Clínica, e quais os referenciais teóricos que estão envolvidos nestes problemas éticos. Esta análise permitiu verificar a interação existente entre teoria e prática e a transposição das reflexões da Bioética à assistência aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: consultorias de Bioética Clínica; Bioética Complexa; referenciais teóricos; transposição.

Abstract

Background: When ethical dilemmas arise in the context of health care, arises the need to think in the Clinical Ethics field, which can be understood as the identification, analysis and resolution of problems and moral dilemmas that arise in the individual patients care. Although practical issues are usually prioritized in patient care, the importance of theory in models of decision making process is recognized. When attention turns to practice, we find complex rules of action and perception that are rarely discussed. The Complex Bioethics Model intended to add these visions, and suggests that bioethics is a complex, interdisciplinary and shared reflection on the actions adequacy involving life and living. **Objective:** The aim of this thesis is analyze the Clinical Ethics consultations performed in a large general university hospital, verifying theoretical and practical aspects identified and their interactions. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 317 Clinical Bioethics consultations performed at Hospital de Clinicas de Porto Alegre in February 2009 until April 2013, registered in 300 inpatients medical records. The Medical Records and Health Information Service, responsible for the custody and maintenance of these records, provided medical records survey. The theoretical frameworks were analyzed using the bioethics complex approach to, using four major benchmarks: Virtues, Principles, Human Rights and Alterity. The consultations themes were analyzed according to the classification proposed by the National Reference Center for Bioethics Literature, the Georgetown Law Library, adapted for this purpose. **Results:** We found that 94.8 % of applicants were physicians and 5.3 % were nurses. Services that most requested consultations were Internal Medicine (22.3%), Pediatrics (15.7%) and Psychiatry (9.3%). The Virtues benchmark was present in 99.3% cases, Principles in 99.0%, Human Rights in 97.3 % and Alterity in 94.4 %. About patients, 50.0 % were female, mean age was 37.42 ± 25.61 years, and mean hospital stay $52.1 \text{ days} \pm 120.82$. Of these, 63.0 % were discharged home and 33.3 % died. The three most frequent themes in consultations were: Death and Dying, (81.7%), Professional Relationship (66.0%), and Informed Consent (64.7%). Annual consultations average was 78.0 and monthly average 6.52, time to respond to consultations was on average 40.0 ± 102.1 hours. Evaluating patient records translational aspects, we found that 73.3% had evident transposition of conduct

suggested for clinical practice. **Conclusion:** Professionals characteristics of those who have requested consultations, which patients had these requests and their associated medical services, allowed to identify the most relevant Clinical Bioethics consultations topics, and which theoretical frameworks are involved in these ethical problems. This analysis enables to verify the theory and practice interaction and the transposition of the Bioethics reflections to patients' assistance.

KEYWORDS: Clinical Ethis consultation; Complex Bioethis; theoretical frameworks; transposition.

Lista de Tabelas

Tabela 1. (Artigo 2) Temas presentes nas consultorias de Bioética Clínica.....	126
--	-----

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema do Modelo de Bioética Complexa para tomada de decisão.....	38
Figura 2. Organograma das Comissões de Ética do HCPA.....	66
Gráfico 1. (Artigo 1) Distribuição de solicitações de consultorias de Bioética Clínica por serviço médico.....	91
Gráfico 2. (Artigo 1) Questões mais frequentes dentre os referenciais teóricos nas consultorias de Bioética Clínica.....	93
Chart 1. (Artigo 1 em inglês) Distribution of Bioethics consultations requests for medical services.....	109
Chart 2. (Artigo 1 em inglês) Bioethics consultations most common issues from theoretical frameworks.....	111
Gráfico 1. (Artigo 2) Distribuição do sexo dos pacientes.....	128
Gráfico 2. (Artigo 2) Distribuição de idade dos pacientes.....	129
Gráfico 3. (Artigo 2) Distribuição da taxa de óbito, tempo médio de internação e idade média dos pacientes.....	130
Gráfico 1. (Artigo 3) Solicitações de Consultorias de Bioética Clínica.....	147
Gráfico 2. (Artigo 3) Aspectos translacionais das consultorias de Bioética Clínica.....	148

Lista de Abreviaturas

SIGLA Significado

PUCRS Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

ONU Organização das Nações Unidas

EUA Estados Unidos da América

CENAS *Clinical Ethics Needs Assessment Survey*

ASBH Sociedade Americana de Bioética e Humanidades

CNS Conselho Nacional de Saúde

CEP Comitês de Ética em Pesquisa

CONCEA Conselho Nacional de Controle e Experimentação Animal

CEUA Comissões de Ética no Uso de Animais

AGH Aplicativo para Gestão Hospitalar

UTIP Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

UNESCO *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

SAMIS Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde

IG Informações Gerenciais

GPPG Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HIV *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

FIV Fertilização *in vitro*

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

Sumário

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 MORAL, DIREITO E ÉTICA.....	18
2.1.1 Moral	20
2.1.2 Direito	21
2.1.3 Ética	22
2.1.3.1 <i>Da Ética à Ética Aplicada: Ética Profissional</i>	26
2.1.3.2 <i>Da Ética à Ética Prática: Ética Translacional</i>	28
2.2 BIOÉTICA.....	32
2.2.1 Bioética Clínica e o Modelo de Bioética Complexa na Tomada de Decisão	34
2.2.1.1 <i>Referenciais Teóricos</i>	40
2.2.2 Comitês e Consultorias de Bioética Clínica	52
2.3 ÉTICA E BIOÉTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	65
3 OBJETIVOS	70
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL	70
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	70
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO	71
5 ARTIGOS	84
5.1 ARTIGO 1- Características dos Profissionais Solicitantes e Referenciais Teóricos Envolvidos em Consultorias de Bioética Clínica.....	85
5.1.1 ARTIGO 1 - versão em inglês. Professionals Characteristics and Theoretical Benchmarks Involved in Bioethics Consultations.....	103
5.2 ARTIGO 2 - Problemas Éticos Identificados em Consultorias de Bioética Clínica.....	120
5.3 ARTIGO 3 - A Bioética Complexa como Instrumento para as Consultorias de Bioética Clínica.....	141
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
7 APÊNDICES	162

7.1 SERVIÇOS MÉDICOS.....	163
7.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	165
7.3 TEMAS E SUBTEMAS.....	167

1 INTRODUÇÃO

Para introduzir o tema da Bioética, é essencial entender sua origem nos conceitos clássicos aliada às contribuições trazidas por autores contemporâneos. A primeira parte da presente tese apresenta uma revisão da literatura, buscando trazer referências e aspectos históricos. Anterior ao tema da Bioética, é essencial entender sua origem nos conceitos de Ética. Para explicar do que se trata a Ética que abordamos, é necessário primeiramente fazer uma diferenciação dos conceitos de Moral e de Direito, e, após esta distinção, contextualizar os diversos conceitos de Ética que contribuíram para a construção deste trabalho. Dentre a Ética, ainda são realizadas duas divisões para delimitar sobre o que falaremos ao desenvolver as ideias centrais do tema. O primeiro campo da Ética Aplicada, a Ética Profissional, é brevemente abordado, apenas para fazer a distinção da Ética Prática, introduzindo o atual conceito de Ética Translacional.

O tema da Bioética, propriamente dita, busca trazer sua origem, contexto histórico, e os principais pensadores que contribuíram para a construção deste conceito. Após o aprofundamento da Bioética, entramos no seu campo específico de aplicação, a Bioética Clínica. Na Bioética Clínica são apresentados seus conceitos e abordado o processo de tomada de decisão, campo no qual emergem os problemas bioéticos que são o objeto deste trabalho. Para conduzir este processo de tomada de decisão, é apresentado o Modelo de Bioética Complexa, incluindo os seus pressupostos e referenciais teóricos que são utilizados na abordagem proposta.

O item sobre comitês e consultorias de Bioética Clínica, inclui os aspectos históricos de como esta prática se iniciou, e traz referências atuais dos trabalhos que são atualmente desenvolvidos na área. Apresenta-se as discussões que existem atualmente neste campo e o que se encontra disponível na literatura sobre os objetivos desta tese.

Finalmente, é contextualizado, ainda na revisão de literatura, o âmbito da Instituição em que foi desenvolvido este trabalho. Sendo apresentada a Instituição, sua relação histórica, desenvolvimento e organização das comissões, envolvendo as diferentes áreas da Ética, instituídas ao longo do tempo.

A segunda parte apresenta os resultados na forma de três artigos, visando contemplar os objetivos. No primeiro deles, o foco é a solicitação das consultorias de Bioética Clínica,

descrevendo as características dos profissionais que realizaram as solicitações, e quais os referenciais teóricos que estavam envolvidos. No segundo, o foco são as próprias consultorias, identificando os temas mais relevantes através dos problemas éticos que foram abordados. O terceiro apresenta o Modelo de Bioética Complexa como um instrumento para a realização das consultorias de Bioética Clínica, buscando verificar sua pertinência através de uma análise da transposição dos aspectos presentes nas respostas de consultorias à prática de assistência aos pacientes.

Nas considerações finais, são ressaltados os aspectos de inovação deste trabalho, buscando fazer uma integração dos resultados mais relevantes encontrados e qual a possível contribuição dos resultados para a área.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 MORAL, DIREITO E ÉTICA

Historicamente há muitas dificuldades e variações em se estabelecer os campos específicos da Ética, da Moral e do Direito. Esta tentativa de separação teórica visa auxiliar a compreensão destes conceitos quando aplicados à Bioética, embora, por muitas vezes, no campo prático estas áreas têm importantes pontos de intersecção, tornando, até mesmo, alguns temas indistinguíveis quanto a sua origem.

Ética e Moral, especialmente, são utilizadas por muitos autores como sinônimos, ainda que o fundamento da moral esteja mais próximo do Direito, devido ao fato de ambos se basearem em regras pré-determinadas apesar de mutáveis. Aqui faremos uma breve distinção.

A procedência do termo “ética” nada tem a ver com aquilo que entendemos por Ética, segundo Tugendhat. As investigações teórico-morais de Aristóteles, denominadas como éticas, versavam sobre o *ethos*, sobre as propriedades do caráter, podendo ser boas ou más (chamadas virtudes e vícios) (1).

No latim, o termo grego *éthicos* foi então traduzido por *moralis*. *Mores* significa usos e costumes, o que não corresponde, nem à nossa compreensão de Ética, nem de Moral. Além disso, Tugendhat também afirma que ocorreu um erro de tradução. Pois na Ética aristotélica não apenas ocorre o termo *éthos* (com 'e' longo), que significa propriedade de caráter, mas também o termo *éthos* (com 'e' curto) que significa costume, e é para este segundo termo que serve a tradução latina (1).

Quando falamos de Ética, é importante diferenciar as regras dos princípios. A regra é uma norma concreta, já determinada para um determinado fim, com sua aplicação prevista a restrita. Já o princípio é geral e carente de interpretação, ele serve para nortear uma ação, mas não determinar. Quando há um conflito de regras, a solução deste conflito se dá criando uma exceção, ou por invalidação de uma delas naquela dada situação. Se o conflito é entre diferentes princípios, deve ser realizada uma ponderação para estabelecer a prioridade nas circunstâncias específicas (2).

A Moral e o Direito têm em comum o embasamento em regras que visam estabelecer certa previsibilidade para as ações humanas, ou seja, quando se faz parte de um determinado

grupo que possui suas regras específicas, espera-se que os integrantes deste grupo sigam estas regras.

A Moral estabelece regras que são assumidas como um guia de conduta pela pessoa, como uma forma de garantir o seu bem-viver e alguma identidade naquele grupo ao qual faz parte, independe, inclusive, de fronteiras geográficas. A adesão a este mesmo referencial moral comum se dá pelo respeito que o indivíduo sente por tais regras.

O Direito busca estabelecer o regramento de uma sociedade delimitada pelas fronteiras do Estado, determinadas politicamente. As leis têm uma base territorial, elas valem apenas para aquela área geográfica onde uma determinada população ou seus delegados vivem. Alguns autores afirmam que o Direito é um subconjunto da Moral, podendo gerar a conclusão de que toda a lei é moralmente aceitável, o que será discutido mais adiante. A adesão as regras estabelecidas pelo direito se dá por coerção, o indivíduo que faz parte de determinado Estado está necessariamente sujeito às suas regras.

A Ética, que pode ser definida como o estudo geral do que é bom ou mau, correto ou incorreto, justo ou injusto, adequado ou inadequado, exatamente busca justificar a aplicação das regras propostas. Esta reflexão sobre a ação humana é que caracteriza a Ética (3).

Em situações que evidenciam a existência de conflitos entre a Moral e o Direito, a Ética surge como uma possível solução. Um exemplo disto é a possibilidade Ética de desobediência civil, que ocorre quando argumentos baseados na Moral impedem que uma pessoa acate uma determinada lei. A Moral e o Direito, mesmo sendo oriundas de uma mesma sociedade, podem ser discordantes, abrindo espaço para uma reflexão ética. A Ética não estabelece regras. Ela justamente busca justificativas para as regras trazidas pela Moral e o Direito (4).

2.1.1 Moral

A palavra Moral tem origem latina – *mores*, referindo-se aos usos e costumes. A Moral é o que se referem ao agir específico ou concreto. A Moral é um conjunto de normas, contidas em códigos, que buscam regular o agir das pessoas. As regras morais são aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens (3).

De acordo com Piaget, Moral é um sistema de regras e a essência de toda a moralidade consiste no respeito que o indivíduo sente por tais regras (5).

Para situar o conceito de Moral na sociedade pluralista que vivemos hoje, Jovino Pizzi enfatiza que esta pluralidade não significa que seus membros não tenham nada moralmente em comum. A pluralidade em que vivemos indica a coexistência de distintos pontos de vista, permitindo diversas maneiras de fundamentar, já que existem diferentes formas de expressar o fundamento (6).

Um dos fundamentos mais utilizados é a chamada Regra de Ouro, a mais conhecida das normas morais, estando presente em diferentes épocas e culturas, mas sempre preservando o mesmo objetivo de preservar a dignidade da pessoa humana através da reciprocidade. Confúcio (551 a.C - 489 a.C), grande pensador e filósofo chinês, apresenta no Oriente a primeira forma da Regra de que se tem registro afirmando que "Aquilo que não desejas para ti, também não o faças às outras pessoas." O Buda Sidarta Gautama (563 a.C. a 483 a.C) afirmou que "Cada qual pagará a si mesmo pela má ação que cometeu. Praticando uma boa ação, cada qual se purificará a si mesmo. Não se pode purificar uns aos outros.", focando na noção de indivíduo. Já Rabi Hillel (60 a.C - 10 d.C), famoso líder cabalista e uma das figuras mais importantes na história de Israel se utilizou de uma norma muito semelhante à de Confúcio no Sabbat 31a: "Não faças aos outros o que não queres que te façam." Provavelmente mais conhecido no Ocidente seja Jesus de Nazaré (c30 d.C), que usou uma lógica muito semelhante, porém, de invertendo para uma forma afirmativa: "Tudo o que vocês quiserem que as pessoas façam a vocês, façam-no também a elas." Mateus 7,12 e Lucas 6,31

Augusto Comte, filósofo positivista francês, colocou a Moral como visando o bem geral ao invés do individual, definindo-a como a ação de fazer prevalecer os instintos

simpáticos sobre os impulsos egoístas, ou seja, quando a preocupação com o outro ultrapassa os interesses do próprio indivíduo (7).

Atualmente alguns autores trabalham a conduta moral propriamente dita, sendo colocadas quatro condições para a aprovação moral. Estas condições consistem em: simpatizamos com os motivos do agente; participamos da gratidão dos que recebem o benefício de suas ações; observamos que esta conduta obedece às regras gerais e; estas ações fazem parte de um sistema de conduta que tende a promover a felicidade do indivíduo ou da sociedade (8).

Há uma diferenciação entre Moral e Direito, embora ambos se dêem no âmbito de adesão a regras, esta regras possuem características diferenciadas. A regra moral baseia-se em convicções próprias, tem abrangência universal, longo prazo e caráter ideal. A regra legal, por sua vez, possui aplicação compulsória, validade restrita ao Estado, curto prazo e caráter prático (9).

2.1.2 Direito

Pontes de Miranda propõe que os sistemas jurídicos são sistemas lógicos, compostos de proposições que se referem a situações da vida, criadas pelos interesses mais diversos (10).

Existem duas grandes correntes mundiais de aplicação do Direito: o Direito Civil e a *Common Law*. O Direito Civil, que serve de base para todas as outras leis, tem sua origem no Direito Romano. Esses códigos caracterizam-se pela abstração, que permite aos juízes interpretar e analisar as situações concretas aplicando estas regras já estabelecidas. Assim como no Brasil, mais de 60% da população mundial é influenciada por esta tradição.

A *Common Law*, que é o outro modelo jurídico, influencia mais de 30% da população mundial. Este modelo provém do direito inglês não escrito, que se desenvolveu a partir do século XII. É a lei “feita pelo juiz”. A primeira fonte da *Common Law* é a jurisprudência, que é o conjunto das decisões sobre interpretações das leis feita pelos tribunais de numa determinada jurisdição. Elaborados por indução, os conceitos jurídicos emergem dos casos concretos e são modificados e modificáveis ao longo do tempo (11).

A lei é uma submissão exterior e se preocupa com a organização atual das liberdades, se contentando em impor um mínimo de regras constrictivas, que solicitam esforços mínimos (9).

Vale lembrar que o Direito tem várias fontes e não apenas a legislação e a jurisprudência. Miguel Reale propôs que existem outras duas fontes do Direito, além da legislação e da jurisprudência, que são os Costumes e o Ato Negocial. Nesta perspectiva Culturalista, o Direito se utiliza da Moral e da Ética para elaborar os seus raciocínios sobre a adequação esperada dos comportamentos humanos (12).

2.1.3 Ética

Segundo Borges, “...A ética é um instinto, ou seja, não é necessário definir a ética; a ética não são os Dez Mandamentos, a ética é algo que sentimos cada vez que agimos. E no final do dia, sem dúvida, teremos tomado muitas decisões éticas, e teremos tido que escolher - simplificando o tema - entre o bem e o mal. E quando escolhemos o bem, sabemos que escolhemos o bem; quando escolhemos o mal, também o sabemos.”(13)

Embora possamos pensar na Ética baseada no intuicionismo, diversos autores, desde o início da história da Filosofia, se debruçaram sobre o tema em busca de uma definição. A Ética diferencia-se da Moral e do Direito, pois, enquanto estes se fundamentam na obediência a regras, costumes e hábitos recebidos, a Ética, ao contrário, busca fundamentar racionalmente as ações (14). As definições mais populares (ou leigas) de Ética tratam-na como parte da Filosofia que estuda os valores morais e os princípios ideais da conduta humana, sendo a ciência normativa que serve de base à filosofia prática (15).

Kierkegaard e Foucault diziam que a Ética grega é uma estética, ou uma poética, preocupando-se com a arte de viver, com a elaboração de uma vida bela e boa (16).

A primeira grande tradição filosófica que tratou das questões sobre o agir humano reporta-se aos escritos de Aristóteles, com a sua “ciência das virtudes”. O que caracteriza a ética aristotélica e dos seus seguidores, é que ela estuda o agir individual a partir de uma concepção do homem como sendo um animal político e que precisa desenvolver-se dentro de uma sociedade concreta se quiser ser feliz (16).

O ideal de Aristóteles é o do homem virtuoso, significando a virtude uma força, um vigor, uma excelência relacionada aos valores práticos e intelectuais da existência. O mais virtuoso seria o mais capaz de realizar-se como homem, atingindo assim a felicidade, meta procurada por todos (16). Assim, o bem supremo é a felicidade, e o bem viver e o bem agir equivalem a ser feliz, sendo a felicidade algo absoluto e auto-suficiente, e a própria finalidade da ação (17). Esta felicidade supõe certo equilíbrio de bens, pois o homem, ser complexo, não busca simplesmente um único bem.

George Edward Moore define Ética como a investigação geral sobre aquilo que é bom (18). Mas, partindo deste ponto, logo nos deparamos com outro problema teórico que é definir o que é bom. Esta, certamente, também não é uma preocupação recente da filosofia, assim como o homem não busca um único bem, ao longo da história, diversos autores e variadas correntes teóricas se debruçaram sobre o tema em busca de uma definição, ainda assim não há um consenso sobre qual destas responde melhor à questão. Andrew Varga analisou e reuniu algumas delas, entre as mais recorrentes estão a Teoria da Emoção – onde depende do gosto individual de cada um; o Intuicionismo – onde é possível reconhecer o que é bom, mas não defini-lo; o Positivismo Moral – onde depende da opinião pública e vontade da maioria; o Utilitarismo – que busca o prazer, a felicidade para o maior número de pessoas; Lei natural – que se baseia na auto-realização; e, por fim, a Ética da Situação – onde o que é bom depende das ações livres em determinada situação (19).

Em *Ética a Nicômaco*, Aristóteles define o bem como o fim visado em cada ação e propósito, pois é por causa dele que os homens fazem tudo o mais. Se há, portanto um fim visado em tudo que fazemos, este fim é o bem atingível pela atividade, e se há mais de um, estes são os bens atingíveis pela atividade. E, ainda, afirma que se deve falar dos bens em dois sentidos: alguns devem ser bens em si mesmos, e os outros, em função dos primeiros, separando, portanto, as coisas boas em si mesmas das coisas úteis (17).

Urbano Zilles trabalha o conceito de Ética em uma perspectiva dualista, definindo a “Ética Filosófica como a reflexão crítica sobre o agir humano na perspectiva do bem e do mal”. Porém, enfatiza a questão prática, pois os problemas éticos surgem em nossa experiência cotidiana, e então precisamos refletir para fundamentar nossa ação, ponderá-las com critérios. Colocando sempre o homem livre como pressuposto fundamental, já que apenas este é capaz de autodeterminar-se, responsabilizando-se pelas consequências de suas decisões (20).

Outra grande tradição filosófica que atua e vigora até hoje é a da linha baseada nas ideias de Immanuel Kant, centrada sobre a noção de dever, onde a necessidade objetiva de uma ação por obrigação se denomina dever (21).

Ele também reflete sobre a felicidade e sobre a virtude, mas sempre em função do conceito de dever. É conhecida sua formulação do chamado Imperativo Categórico, nas palavras: “Age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal”. Este postulado indica que para agir moralmente (para Kant, racionalmente) a universalização de nossas máximas é o critério essencial, fornecendo-nos uma forma segura de agir. Vendo que o homem não é perfeito, e reconhecendo sua dualidade, Kant reconhece nos deveres uma possibilidade de correção quando força-nos a fazer aquilo que não gostaríamos, mas reconhecemos racionalmente que é o melhor. Assim, o homem é, ao mesmo tempo, legislador e membro de uma sociedade ética. Neste sentido, ele não tem um preço, mas uma dignidade, e é por isso que a segunda fórmula do Imperativo Categórico diz para agir de modo a não tratar jamais a humanidade, em nós ou nos outros, tão-somente como um meio, mas sempre ao menos também como um fim em si mesmo (16). É o que Tugendhat chamaria uma Ética do Respeito à Pessoa (1).

Habermas também trabalhou com a noção de universalização como justificativa para as consequências de determinada ação, afirmando no chamado Imperativo Habermasiano: “Age de tal maneira que as consequências de tua ação possam ser universalizáveis” (22).

Para validar um argumento que possa justificar a ação, além da universalização das consequências, Habermas propôs que o conteúdo da argumentação deve ser verdadeiro; deve haver uma correção normativa nas relações interpessoais, isto é, os envolvidos devem seguir corretamente às normas estabelecidas; e deve haver, genuinamente, sinceridade na intenção (23).

Existem situações que justificam eticamente o descumprimento de deveres conflitantes. Hegel caracterizou isto como sendo o Princípio da Emergência, quando um conjunto de circunstâncias particulares, permitem descumprir um dos deveres e manter o outro, que foi avaliado como sendo mais relevante. Esta situação não é uma violação, mas sim uma exceção justificada ao cumprimento de um dever (24).

O filósofo escocês Sir William David Ross, em 1930, propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. O conceito trazido por ele de dever *prima facie* é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com outro dever de igual ou maior porte. Um dever *prima facie* é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas.

Quando há este conflito de deveres, devem ser analisadas as circunstâncias específicas para possibilitar a comparação entre as obrigações e hierarquizar, ou até priorizar, a mais relevante naquele dado momento (25). Mesmo Aristóteles, ao falar das virtudes, já colocava que o bem do homem vem a ser a atividade da alma em consonância com a virtude e, se há mais de uma virtude, em consonância com a melhor e mais completa entre elas (17).

Alguns autores mais contemporâneos contribuíram para uma visão de Ética mais aplicada, como Robert Veatch, que definiu Ética como a realização de uma reflexão disciplinada das intuições morais e das escolhas morais que as pessoas fazem (26). Utilizando também a visão prática, Peter Singer, define a Ética como um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular (moralidade), ou, o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral) (27).

E ainda, o filósofo Ricardo Timm, que define Ética utilizando o conceito de alteridade - aprofundado mais adiante nos referenciais teóricos da Bioética -, como a construção do sentido da vida humana desde o encontro com o Outro (28).

Cabe ressaltar que os conceitos aqui apresentados de Ética aplicam-se especialmente sobre seres humanos. Primeiramente, porque é o objeto deste trabalho, sendo este nosso foco de interesse. E, segundo, porque historicamente, a maioria dos grandes pensadores que se aprofundaram sobre o tema, estava focados nas questões envolvendo seres humanos, mais especificamente, sua conduta. Algumas grandes contribuições em expandir a ética foram trazidas pelos escritos de Albert Schweitzer: “Uma Ética que nos obrigue somente a preocupar-nos com os homens e a sociedade não pode ter esta significação. Somente aquela que é universal e nos obriga a cuidar de todos os seres nos põe de verdade em contato com o Universo e a vontade nele manifestada” (29). Também Peter Singer trabalha nesta mesma perspectiva de uma Ética mais abrangente, afirmando: “A Ética existe em todas as sociedades

humanas, e, talvez, mesmo entre nossos parentes não humanos mais próximos. Nós abandonamos o pressuposto de que a Ética é unicamente humana” (27).

Joaquim Clotet, responsável por introduzir a primeira disciplina de Bioética no Brasil, em 1988, no então Curso de Pós-Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), utiliza também uma visão bastante prática da Ética, na qual esta é um instrumento, e tem por objetivo facilitar a realização das pessoas (30).

Por fim, Paulo Freire, afirma que é um imperativo ético o respeito à autonomia e à dignidade de cada um, e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros (31).

2.1.3.1 Da Ética à Ética Aplicada: Ética Profissional

Até por volta de 1800 a Ética profissional estava relacionada a questões pessoais inerentes ao cidadão, logo, o que era levado em conta eram o caráter, a honra e a virtude. Não havia ainda esta relação da ética com códigos de conduta previamente estabelecidos. O entendimento vigente era que um verdadeiro profissional, por ser um cavalheiro, não necessitaria de nenhuma instrução escrita para determinar seu comportamento.

Ainda que os antigos documentos definissem normas de conduta ética, o trabalho de Thomas Percival é considerado o primeiro na área de Ética Profissional na área de Medicina. Neste documento Percival afirma: “O estudo da ética profissional, não pode falhar em revigorar e ampliar a sua compreensão, persistir na observância dos deveres, abrandar as suas maneiras, ampliar os seus afetos e formá-lo com tal propriedade e dignidade de conduta, que são essenciais ao caráter de um cavalheiro.” (32)

Segundo a Associação Médica Americana, Thomas Percival, deu a mais significativa contribuição para a história do exercício profissional da Medicina ocidental, depois de Hipócrates, ao transpor a discussão da Moral Médica para a Ética Médica. A repercussão do trabalho de Percival foi de tal relevância que, em 1847, a Associação Médica Americana adaptou-o para uso pelos médicos norte-americanos, transformando o documento ético em um conjunto de normas deontológicas sobre o agir correto profissional, com a criação do primeiro Código de Ética Médica adotado por uma associação profissional de âmbito nacional (33).

Deontologia tem origem nas palavras gregas *déon*, *déontos* que significam dever e *lógos*, que significa discurso ou tratado. Assim, a deontologia seria um tratado dos deveres, princípios e normas que regem por um determinado grupo profissional. A deontologia é adaptada ao exercício da uma profissão através do Código de Ética profissional, que é um conjunto de regras, direitos e deveres impostos aos profissionais de uma determinada área, no exercício da sua profissão.

A maioria das profissões tem seu próprio código de deontologia, sendo a elaboração destes de responsabilidade de associações ou ordens profissionais, tendo em vista não exatamente a qualidade moral, mas a correção de suas intenções e ações, em relação a direitos, deveres ou princípios, nas relações entre a profissão e a sociedade. Estes códigos regulamentam a atuação profissional e propõem sanções, segundo princípios e procedimentos explícitos, para quem infringir as normas (34).

A Ética Profissional quando transformada em um conjunto de normas sobre o agir correto passa a ser um instrumento moral. Segundo Robert Veatch, qualquer que seja a forma adotada, isto implica um imperativo moral a ser aceito tanto pelo profissional, individualmente, quanto por suas organizações profissionais, pela comunidade religiosa ou pelo corpo governamental (35).

Quando o limite da obrigação é ultrapassado surge a inadequação profissional. A Má Prática Profissional, de maneira geral, é o uso da profissão para atentar contra a dignidade das pessoas. Porém, no âmbito do erro profissional, é importante distinguir responsabilidade de culpabilidade. A responsabilidade é sempre inerente a atuação do profissional, podendo ser compartilhada com outros profissionais e com a própria instituição, se for o caso. Não há como se isentar de responsabilidade, independente de ação e suas consequências serem previsíveis ou evitáveis, a responsabilidade sempre permanece. Já a culpabilidade pressupõe, além da responsabilidade, que se causou um dano evitável através de Imperícia, Imprudência ou Negligência. Sendo a Imperícia falta de qualificação ou habilidade técnica; Imprudência falta de cautela ao efetuar uma ação, é um comportamento de precipitação; e Negligência é um ato omissivo de falta de cuidado ou precaução (36).

A Ética Profissional é uma reflexão sobre as ações realizadas no exercício de uma profissão. É imperativo que os profissionais sustentem as suas ações e comportamento em princípios morais, façam sobre estes uma reflexão ética cuidadosa.

Embora as normas de cada profissão sejam elaboradas com o objetivo de proteger os profissionais, a categoria como um todo, e as pessoas que dependem daquele profissional, há muitos aspectos não previstos especificamente, e que fazem parte do comprometimento do profissional em ser eticamente correto, ou seja, fazer a coisa certa. Há uma série de atitudes que não estão descritas nos códigos de todas as profissões, mas que são comuns a todas as atividades que uma pessoa pode exercer.

É obrigação do profissional estar sempre bem informado, acompanhando não apenas as mudanças nos conhecimentos técnicos da sua área profissional, mas também nos aspectos legais e normativos. Muitos processos ético-disciplinares nos conselhos profissionais acontecem por desconhecimento, que neste caso, se caracteriza como negligência. Todos estão agindo de forma eticamente correta em suas profissões quando estão preocupados, mais do que com os deveres profissionais, com as pessoas envolvidas (4).

2.1.3.2 Da Ética à Ética Prática: Ética Translacional

Desde a antiguidade, como podemos verificar nas ideias de Aristóteles, já existe a preocupação com transposição da reflexão ética à prática (17).

As potencialidades que se produzem pelo alargamento das fronteiras teóricas, a par das novas alternativas práticas, condicionam uma reavaliação da própria totalidade humana. As novas interpretações filosóficas que nascem da práxis histórico-social estão, normalmente, articuladas aos novos problemas suscitados pelas ciências especiais ou ao surgimento de novas disciplinas científicas. Por outro lado, dialeticamente, os objetos das ciências nascem, evoluem e se transformam, também, sob o influxo das concepções filosóficas. Estas, ao mesmo tempo em que dialogam com as ciências particulares para pensar a totalidade, constituem os pressupostos universais das ciências particulares (37).

A ideia de uma filosofia que se propusesse a modificar o mundo, não apenas consciente e deliberadamente, mas que fizesse dessa atividade e do avanço das ciências em geral, tanto o seu critério como a fonte de sua autocrítica e desenvolvimento, é a tese fundamental do marxismo (37). Karl Marx contribui significativamente neste aspecto, desenvolvendo sua ideia de Práxis (38), na medida em que a ação coletiva, técnica, é o

fundamento e o juiz do pensamento teórico (39). Práxis no sentido de coincidência da transformação das circunstâncias com a atividade humana, considerando que assim como as circunstâncias são transformadas pelos seres humanos, o educador tem ele próprio de ser educado. A Práxis é então uma atividade teórico-prática em que a teoria se modifica constantemente com a experiência prática, que por sua vez se modifica constantemente com a teoria (38).

Peter Singer é o mais evidente representante da Ética Prática, tanto conceitualmente, por ter trabalhado extensivamente a teoria, como na prática, efetivamente exercitando a aplicação teórica aos mais diversos campos de atuação. Em seu livro, justamente intitulado *Ética Prática*, Singer afirma: “Um juízo ético que não é bom na prática deve ressentir-se também de um defeito teórico, pois a questão fundamental dos juízos éticos é orientar a prática” (40).

Ele faz uma crítica à visão de Ética como normas simples e breves que não se ajustam as complexidades (e peculiaridades) da vida, pois estas, muitas vezes, entram em conflito entre elas (como já vimos na definição de dever *prima facie*), e então o acatamento de uma delas, sem a devida reflexão, pode se tornar desastroso.

Os seguidores do Utilitarismo são geralmente muito pragmáticos, menos especulativos, e argumentam que o maior valor ético deve consistir em procurar o maior bem possível para o maior número possível de homens (16). Singer utiliza, dentro do Utilitarismo, a concepção consequencialista, que não parte de regras morais, mas sim de objetivos. As ações são avaliadas dependendo das consequências que o ato acarretar, podendo o mesmo ato ser bom ou mau se praticado em diferentes circunstâncias (40).

Ainda que assuma o papel das crenças e costumes, ele nega a ética como relativa ou subjetiva, por não existir realmente um conflito quando utilizada uma análise relativista, tendo em vista que, desta forma, tudo poderia ser relativizado ao tempo e lugar. O subjetivismo ético faz com que os juízos éticos dependam da aprovação ou desaprovação da pessoa que está emitindo o juízo, e não da sociedade na qual vive essa pessoa. Ainda que haja divergências quanto à importância do papel da razão e do argumento na Ética, é reconhecido que este papel exista (40).

Peter Singer vai além no seu raciocínio ético, e afirma que mesmo os que sustentam crenças éticas não convencionais estão, ainda assim, vivendo de acordo com padrões éticos, se, por alguma razão, acreditam que o seu modo de agir é correto. A ideia de viver de acordo com padrões éticos está ligada à ideia de defender o modo como se vive, de dar-lhe uma razão de ser, de justificá-lo. Se devemos aceitar que uma pessoa está vivendo de acordo com padrões éticos, isso deve se dar com base num certo tipo de justificativa (40).

Porém, para as ações serem eticamente defensáveis, é preciso demonstrar que os atos com base no interesse pessoal são compatíveis com princípios éticos de bases mais amplas, pois a noção de Ética traz consigo a ideia de alguma coisa maior que o individual. Expandindo o conceito de consequências universalizáveis, Singer defende que devemos atribuir aos interesses alheios o mesmo peso que atribuímos aos nossos.

Esse exercício de colocar-se no lugar do outro está presente nas diversas culturas ao longo da história da humanidade, como na Regra de Ouro, que perpassa diversas civilizações. Mas, pela primeira vez, é defendido tão objetivamente que os animais também devem ser incluídos nesta perspectiva.

Apesar de a Ética se fundamentar num ponto de vista universal, não significa que um juízo ético particular deva ser universalmente aplicável, já que as circunstâncias alteram as causas. A busca dos filósofos atuais ainda é usar este aspecto universal da Ética para deduzir uma teoria ética que nos oriente sobre o que é certo e o que é errado.

De acordo com esse pensamento, a preocupação natural de que os interesses individuais sejam levados em conta deve – quando se pensa eticamente - ser estendida aos interesses dos outros. Se há esta ampliação dos interesses, deve-se considerar o interesse de todos os que serão afetados por estas decisões. Deve ser escolhido o curso de ação que tem as melhores consequências para todos os afetados, e fazê-lo depois de examinar todas as alternativas possíveis. Melhores consequências, neste caso, sendo entendida como algo que favorece os interesses dos que são afetados, e não como algo que simplesmente aumenta o prazer e diminui o sofrimento (40).

A Ética Prática visa contextualizar, em situações reais, as reflexões sobre as justificativas de adequação do agir humano. Ela transpõe estes conhecimentos da Ética à prática, traduzindo reflexões em ações.

A chamada Ética Translacional foi proposta mais recentemente, no ano 2000, no sentido de incorporar as contribuições dos Códigos de Ética que envolvem a proteção de seres humanos para a prática clínica, especialmente em relação à autonomia do paciente e ao processo de consentimento informado que foram transpostos para a prática assistencial (41).

2.2 BIOÉTICA

Embora os preceitos da Bioética apareçam esparsamente nas ideias de alguns pensadores mais antigos, o primeiro registro que se tem conhecimento da utilização do termo como tal é de 1926, utilizada por Fritz Jahr (42), um pastor protestante, teólogo, filósofo e educador alemão. O autor utilizou a palavra *Bio=Ethik*, com esta grafia, por peculiaridades da língua alemã. Esta citação foi feita pela também filósofa Eve-Marie Engels, da Universidade de Tübingen na Alemanha, mas o responsável pela descoberta deste artigo foi o Professor Rolf Löther, da Universidade Humbolt, também na Alemanha, que apresentou esta informação em uma palestra proferida em 1997 (43).

Ainda que o conceito de Bioética de Fritz Jahr expanda as obrigações morais perante todos os seres vivos, incluindo outros animais e plantas, o próprio autor afirmou que a Bioética não é, de modo algum, uma descoberta do presente, tendo suas ideias sido claramente influenciada por outros pensadores.

O Imperativo Bioético de Fritz Jahr, ainda que deixe evidente sua consideração com todos os seres vivos, é bastante comedido ao condicionar este respeito às possibilidades práticas: “Respeita, em princípio, cada ser vivo como uma finalidade em si e trata-o como tal na medida do possível” (44).

Aldo Leopold, contemporâneo de Fritz Jahr, foi um importante Engenheiro Florestal dos Estados Unidos da América (EUA), tendo atuado primeiramente no Serviço Florestal e a partir de 1933, na disciplina de Manejo de Caça na Universidade de Wisconsin/EUA, onde permaneceu até a sua morte. Leopold deixou uma vasta publicação científica, onde muitos de seus textos, especialmente em relação à conservação da vida selvagem, são utilizados até hoje como referência, tendo sido inclusive consultor da Organização das Nações Unidas (ONU) nesta área.

A sua obra mais conhecida é o *Sand County Almanac*, onde lançou as bases para a Ética Ecológica no texto *Land Ethic*: "As obrigações não têm sentido sem consciência, e o problema que nos defrontamos é a extensão da consciência social das pessoas para com a terra." Ao incluir a terra, Leopold visava ampliar as fronteiras da comunidade para incluir o solo, a água, as plantas e os animais, pensando também, no impacto que esta ausência de

consciência em relação à terra poderia causar, já antecipando a visão de direito das gerações futuras (45).

Leopold chegou a ter contato com o livro, mas não assistiu ao seu lançamento, que só ocorreu em 1949, tendo ele falecido no ano anterior. O pensamento de Leopold inspiraria Potter, professor da mesma Universidade, anos mais tarde, em 1970, na criação do termo Bioética, sendo considerado por este, o primeiro pensador da Bioética (46).

Van Rensselaer Potter, pesquisador e professor na área de Oncologia da mesma Universidade de Wisconsin/EUA, tinha uma grande preocupação com o problema ambiental e com a repercussão do modelo de progresso preconizada na década de 1960. Na proposição que Potter faz do termo Bioética, primeiramente apresentada em seu artigo *Bioethics, the science of survival* (47), baseado no seu livro que logo seria lançado *Bioethics, a bridge to the future* (46), fica clara exatamente a ideia da Bioética como uma ponte, já que naquele período histórico estavam havendo enormes avanços tecnológicos e científicos que colocariam novas questões de como os valores humanos poderiam então dar respaldo às novas possibilidades de intervenção que emergiriam: "Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos." (46)

Como Potter utilizou o termo Bioética de forma mais restrita, apenas aplicado à área da saúde e da pesquisa em seres humanos, ele cunhou outro termo, em 1988, para expressar sua concepção de uma Ética abrangente em todos os aspectos da vida no planeta, a chamada Ética Global (48).

Passados vários anos, Potter ainda propôs uma Bioética Profunda, definindo a Bioética como uma nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade (49).

Muitos outros autores utilizam o conceito de Bioética sob esta mesma perspectiva biomédica, como Eve-Marie Engels, que define a Bioética como a reflexão ética sobre os seres vivos, incluído o homem, tais como esses seres vivos se apresentam nas relações cotidianas do mundo vivido e nos contextos teóricos bem como práticos da ciência e da pesquisa. Apesar de situada no contexto científico, esta definição evita a antropocentrização (43).

Onora O’Neill coloca a Bioética não como o surgimento de uma nova disciplina, mas como uma área de intersecção de várias disciplinas, discursos e organizações que trazem novas questões com os avanços da ciência (50).

Outra forma de definir Bioética a caracteriza como sendo o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (51).

Tristran Engelhardt introduz uma característica fundamental da Bioética, que é a visão pluralista, afirmando que a Bioética deve servir como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais (52). Guy Durant apresenta a Bioética como a pesquisa de soluções para os conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica (9).

Tendo em vista este conflito inevitável, Carlos Roberto Cirne-Lima, afirmou de maneira muito pertinente que “Uma posição eticamente adequada é aquela que sabe antecipar os conflitos provenientes de uma incoerência remota ou futura, e, de saída, busca coerência e não entra no conflito.” (53) Assim como a Organização Mundial de Saúde, em seu Programa Regional de Bioética no ano de 2001, que sugere que a Bioética é o uso criativo do diálogo para formular, articular e, na medida do possível, resolver os dilemas que são propostos pela investigação e pela intervenção sobre a vida, a saúde e o meio ambiente. Por fim, Clotet incorpora estes conceitos, ao definir a Bioética como uma atitude diante da vida, ou seja, presente em todas nossas ações (54).

2.2.1 Bioética Clínica e o Modelo de Bioética Complexa na Tomada de Decisão

A Bioética também pode ser entendida como a combinação da biologia com conhecimentos humanísticos diversos constituindo uma ciência que estabelece um sistema de prioridades médicas e ambientais para a sobrevivência aceitável (48).

Esta necessidade de um sistema de prioridades emergiu com as mudanças sociais e tecnológicas para a prática da medicina, que levaram ao envolvimento de consultores de Bioética, advogados, juízes e outras pessoas no processo de tomada de decisão médica, que antes era apenas o domínio do médico (55).

Para os fins deste trabalho, usamos a definição integradora de Bioética Complexa: Bioética é uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (56). Esta reflexão pode ser considerada complexa, pois inclui uma diversidade de aspectos envolvidos na situação analisada; é interdisciplinar, devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber podendo cada uma delas contribuir substancialmente para uma melhor visão do problema; e é compartilhada, por utilizar as diferentes interfaces entre estes saberes para realizar diálogos mutuamente enriquecedores. A reflexão busca verificar a adequação das ações e suas consequências associadas, considerando as circunstâncias e os múltiplos aspectos envolvidos. A reflexão bioética não busca fazer julgamentos morais das ações propriamente ditas. As ações, que são o objeto desta reflexão, envolvem tanto a vida quanto o viver, usando a distinção feita por Agambem com base na diferença existente na língua grega dos significados das palavras relativas à vida: *zoe* e *bios* (57). *Zoe* se refere à vida natural, biológica, ao estar vivo, enquanto que *bios* é a vida política, é o bem-viver, é o estar no mundo. Sendo que a maior parte das reflexões bioéticas se refere às questões derivadas da palavra *bios*, envolvendo o viver e a sua qualidade de vida associada (58).

Este modelo, proposto com base na definição de Bioética Profunda de Potter (49), é integrador por buscar uma aproximação através do diálogo dos diferentes referenciais teóricos possíveis, como o Princípioalismo, os Direitos Humanos, as Virtudes e a Alteridade, incluindo também os casos paradigmáticos. A complexidade se dá diante dos inúmeros aspectos envolvidos que devem ser considerados na reflexão proposta, e se baseia nos pressupostos da teoria da complexidade (23,59).

Quando os dilemas surgem na âmbito de assistência à saúde, a Bioética Clínica pode ser entendida como estes conceitos já apresentados de Bioética, aplicados à prática clínica. Bioética Clínica é a identificação, análise e resolução de problemas ou dilemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes (60). O objetivo de solucionar problemas morais, segundo Morrein, não é identificar um ideal moral, mas buscar achar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais (61). Algumas vezes as circunstâncias podem ser alteradas, em outras não.

Existem inúmeros modelos para o processo de tomada de decisão. Francisco Araújo Santos, baseando-se no pensamento de Max Weber, propôs um modelo racional para tomada de decisões que é extremamente útil na área da Bioética. Segundo este modelo, as evidências

externas ao indivíduo são percebidas através de um "filtro" de crenças. Este mesmo indivíduo tem desejos, que alteram as próprias evidências, de acordo com as expectativas de cada um. As evidências filtradas e alteradas por estes dois subsistemas desencadeiam a seleção de alternativas, que servirão de base para a tomada de decisão e conseqüente ação que o indivíduo irá realizar (62,63).

O modelo da Bioética Complexa propõe uma reflexão conjunta dos pensamentos dialético e analítico. A abordagem analítica de um dilema, conflito ou desconforto ético, que aqui chamaremos de problema, engloba os fatos e as circunstâncias em que o problema emergiu e delimitarão a situação real que está sendo abordada. A descrição dos fatos envolve as evidências e informações disponíveis e as circunstâncias detalham e contextualizam o fato, permitem vislumbrar as suas peculiaridades. Na descrição das circunstâncias, devem ser levados em conta os diferentes aspectos morais, legais, religiosos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos, biológicos, assistenciais e científicos, entre outros (64). Aristóteles já reconhecia a importância das circunstâncias, considerando que as ações tidas como belas e justas não existem por natureza, e sim apenas por convenção, ou seja, de acordo com as circunstâncias consideradas (17).

A partir do problema são formuladas diferentes alternativas possíveis, com as suas respectivas conseqüências que devem ser ponderadas na tomada de decisão, pois se somos responsáveis pelo que fazemos, também somos responsáveis pelas conseqüências previsíveis de nossos atos (65).

A abordagem dialética do problema envolve os diferentes referenciais teóricos e os casos progressos que podem ser relacionáveis já descritos na literatura, e que se assemelham a situação em questão. Os casos permitem descrever situações onde fatos semelhantes tiveram seus desdobramentos, sendo possível verificar as conseqüências que determinadas opções geraram e assim aumentando a previsibilidade das ações. Os casos e os referenciais teóricos são ferramentas que não devem limitar, e sim orientar o raciocínio no processo de tomada de decisão.

Após a análise e ponderação tanto dos aspectos racionais quanto dos aspectos não racionais envolvidos no processo, é possível tomar uma decisão mais adequada e efetivamente efetuar a ação proposta.

Utilizando então a teoria da complexidade, é possível uma reflexão analítica e dialética deste problema, baseando-se no conjunto destes elementos, e não apenas em um deles. O fundamental neste modelo é não adotar um dos componentes como mais importante que os outros, mas sim ter uma visão integradora e sincrônica de todo o processo de tomada de decisão (56).

Estas considerações sobre fatos e circunstâncias, identificação do problema, alternativas e consequências, referenciais teóricos e repertório de casos, se dão dentro de um plano racional. A Bioética Complexa também leva em consideração outros dois componentes não racionais: os sistemas de crenças e valores e a afetividade (56). No modelo de tomada de decisão baseado na Bioética Complexa, as tradições e os interesses que fazem parte do sistema de valores e crenças, devendo também ser considerados. As crenças e os costumes dentro dos quais fomos criados, podem exercer grande influência sobre nós, mas, ao refletirmos sobre eles, podemos resolver agir de acordo com o que nos sugerem, mas também podemos fazer-lhes uma franca oposição (40). Bem como os vínculos e os desejos, que estão incluídos na afetividade. Assumir que estes fatores não racionais fazem parte da tomada de decisão amplia em muito a complexidade dos problemas, pois cada um dos envolvidos possivelmente apresenta interesses e desejos peculiares e concorrentes (Figura 1).

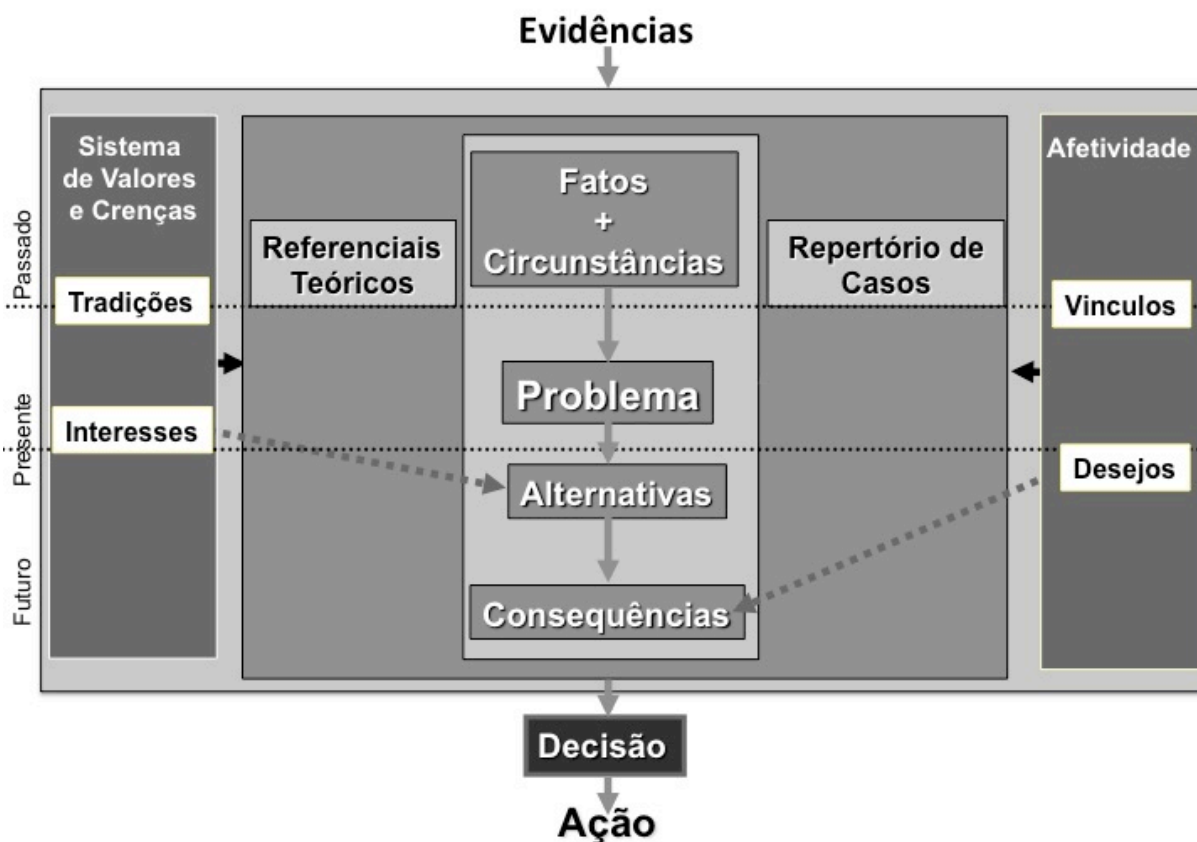


Figura 1. Esquema do Modelo de Bioética Complexa para tomada de decisão. Fonte: José Roberto Goldim (66).

Este modelo permite evidenciar que, frente às mesmas evidências, diferentes ações podem ser propostas por diferentes indivíduos. Estas diferenças podem estabelecer conflitos de autonomia na relação entre um profissional e seu paciente, ou entre familiares de um paciente. O profissional deve estar atento para identificar as diferentes crenças e desejos, ou expectativas envolvidas, e buscar encontrar soluções que harmonizem estas diferentes perspectivas. A pior alternativa é desconsiderar ou tentar impor um sistema de crenças pessoais para as outras pessoas envolvidas (67).

O processo de tomada de decisão pode ser classificado como sendo de baixo, médio e alto envolvimento (68).

A tomada de decisão de baixo envolvimento ocorre quando o médico assistente, ou outro profissional responsável pela condução do processo, decide sozinho, sem consultar qualquer outra pessoa relacionada à situação, inclusive o paciente. Este processo pode ser

adequado em situações de atendimentos de urgência, com risco de morte iminente associado. Outra situação aceitável é quando a equipe, o paciente ou seus familiares se dividem entre duas ou mais opções, então o médico assistente ou o profissional responsável opta por uma alternativa entre diferentes abordagens possíveis (68).

No processo de tomada de decisão de médio envolvimento o médico assistente, ou profissional responsável, compartilham suas opções com o paciente e outros membros da equipe ou familiares, preservando a sua autoridade técnica, mas considerando a opinião e restrições dos envolvidos (68). É o processo de tomada de decisão visto como mais adequado a situações usuais de atendimento em saúde, no nosso cenário atual, onde o paciente participa ativamente, mas não existe a perda do reconhecimento da autoridade do profissional (67).

O processo de tomada de decisão de alto envolvimento é aquele que ocorre quando todos os envolvidos participam de forma ativa e democrática. O médico assistente ou outro profissional responsável estabelece os parâmetros, mas a responsabilidade pela decisão é compartilhada entre todos os envolvidos. O ideal é quando a decisão é tomada por consenso (68). Este processo pode ser útil no estabelecimento de alternativas de tratamentos de longo prazo ou em situações limites, onde o paciente ou seus familiares, quando este está incapacitado para tomar decisões, solicitam a interrupção ou a não adoção de novas medidas. O risco deste modelo é delegar ao paciente uma decisão técnica que não lhe compete e, possivelmente pela situação de vulnerabilidade trazida pela doença, não está preparado para fazer. Esta situação pode trazer mais ansiedade ao paciente e gerar conflitos familiares devido a responsabilizações indevidas de pessoas que participaram do processo (67).

A reversibilidade das ações também podem ser contempladas no processo de tomada de decisão, podendo ser classificado quanto à reversibilidade ou não das opções disponíveis. Muitas vezes os profissionais de saúde se deparam com situações onde a tomada de decisão é irreversível, como por exemplo, atender ou não uma solicitação de parada cardiorrespiratória. A opção por não atender tem caráter irreversível. A opção terapêutica por uma medicação é, na maioria das vezes uma decisão reversível, pois conforme o resultado obtido a mesma pode ser mantida ou alterada por outra.

Outra característica é a possibilidade de realimentação do próprio processo de tomada de decisão, permitindo que o mesmo seja subdividido em etapas ou não. Muitas vezes uma decisão implica em executar um processo ininterrupto, sem a possibilidade de correções

durante a sua execução. Nesta abordagem não existe a possibilidade de realimentação, isto é, as ações tomadas não influenciam as seguintes. Outras vezes, ao contrário, as decisões podem ir sendo tomadas etapa por etapa, sendo os resultados reavaliados e incorporados ao próprio processo de tomada decisão atual e futura (68).

A Bioética não tem o compromisso de tomar a decisão, ela deve auxiliar o responsável por este processo, refletindo, balizando e indicando as diferentes alternativas, com as suas consequências, com as reflexões feitas por outras pessoas e com a experiência já acumulada sobre este problema.

2.2.1.1. Referenciais Teóricos

Os referenciais teóricos utilizados no Modelo da Bioética Complexa incluem os Princípios, os Direitos Humanos, as Virtudes e a Alteridade. Todos utilizados como elementos de fundamentação para as justificativas e argumentação.

As Virtudes dão base para comportamentos individuais esperados e tidos como adequados, ou seja, é uma proposta baseada em características próprias do indivíduo (17). A virtude é um traço de caráter que é valorizado socialmente, uma virtude moral é um traço que tem valor moral associado. Este referencial é baseado nas ideias de Aristóteles e tradição ética grega. A virtude tem origem na Grécia com a palavra *areté*, que também pode ser traduzida como excelência. Foi traduzida para o latim como *virtus*, que é a sua raiz em português. Vale salientar que nas culturas orientais a noção de virtude surgiu no séc. XX a.C. como a capacidade de realizar ou oferecer vida. Virtude, segundo Aristóteles, é uma disposição adquirida de fazer o bem e está sempre no meio-termo, nem no excesso e nem na falta. Segundo Joaquim Clotet, é a forma de agir que enobrece a pessoa, que a aperfeiçoa. O contrário é o vício, que degrada ou destrói a pessoa. De acordo com Aristóteles, as virtudes se aperfeiçoam com o hábito (17,69).

Sócrates propunha que: "Tudo é conhecimento, inclusive a justiça, a temperança e a coragem - o que tende a demonstrar que certamente é possível ensinar a virtude" (70). Voltaire, em 1737, escreveu que: "a virtude, o estudo e a alegria são três irmãos que não devem ser separados", ressaltando a importância da virtude, porém reconhecendo que não é

um elemento a ser considerado individualmente. Vauvenargues, em suas Reflexões e Máximas, destaca a utilidade da virtude na sociedade afirmando: "A utilidade da virtude é tão evidente que os maus a praticam por interesse"(69).

As principais virtudes listadas por André Comte-Sponville, e que serão utilizadas aqui como referências teóricas, são Polidez, Fidelidade, Prudência, Temperança, Coragem Justiça, Generosidade, Compaixão, Gratidão, Humildade, Simplicidade, Tolerância, Boa-fé, Humor e Amor (71).

A Polidez é a primeira virtude e, quem sabe, a origem de todas. A polidez é uma qualidade formal e um valor ambíguo, em si insuficiente. Portanto, a polidez salva a moral do círculo vicioso (sem a polidez, seria necessário ser virtuoso para poder tornar-se virtuoso) criando as condições necessárias para seu surgimento e, em parte, para seu pleno desenvolvimento. (71).

A Fidelidade está relacionada com a memória, uma pessoa só pode ser fiel ou infiel àquilo de que se lembra, e é nisso que fidelidade e infidelidade são duas formas opostas de lembrança, uma virtuosa, a outra não. Toda a dignidade do homem está no pensamento, e toda a dignidade do pensamento está na memória. A fidelidade não é um valor entre outros, uma virtude entre outras: ela é aquilo por que, para que há valores e virtudes (71).

A Prudência é a condição das virtudes, enquanto a polidez é a sua origem e a fidelidade, o seu princípio. É o que poderíamos chamar de bom senso, mas a serviço de um fim estimável, assim como esse fim só é completamente virtuoso quando servido por meios adequados. Nenhuma outra virtude saberia o que fazer, nem como chegar ao fim (o Bem) que ela visa. A prudência é necessária inclusive para proteger a moral do fanatismo e de si mesma, evitando que sejam cometidos horrores em nome do Bem. A prudência não reina, mas governa, devendo reger as outras virtudes (71). A prudência dos antigos (*phronésis*, *prudential*) vai bem além da simples evitação dos perigos, ela determina o que é necessário escolher e o que é necessário (17).

A Temperança é a moderação nos desejos, não se trata de desfrutar menos, mas de desfrutar melhor os prazeres. Epicuro, em vez de temperança ou moderação, preferia falar de independência. Não é uma virtude excepcional, mas uma virtude comum e humilde; não sendo também uma virtude de heroísmo, mas sim de comedimento. Ela não visa superar

nossos limites, mas respeitá-los (71).

A Coragem é a capacidade de superar o medo. A coragem pode servir para tudo, tanto para o bem como para o mal, e não alteraria a natureza deste ou daquele. A coragem só é verdadeiramente estimável do ponto de vista moral quando se põe, ao menos em parte, a serviço de outrem, quando escapa do interesse egoísta imediato, tornando-se então uma virtude. Essa coragem não é a ausência do medo, é a capacidade de superá-lo por uma vontade mais forte e mais generosa. Está no meio-termo entre a covardia e a temeridade (71).

A Justiça é a última das quatro virtudes cardeais, a única que é absolutamente boa, as outras são virtudes só a serviço do bem. A justiça pode ser dita em dois sentidos: como conformidade ao direito ou como igualdade ou proporção. Quando falamos da Justiça como virtude, nos referimos a justiça como valor (a igualdade, a equidade) e não como fato (a legalidade). Ela não é um conceito teórico ou explicativo, para uma sociedade dada, mas um guia para o julgamento e um ideal para a ação (71). O equitativo, de acordo com Aristóteles, é um corretivo da justiça legal, o qual permite adaptar a generalidade da lei a complexidade cambiante das circunstâncias e à irreduzível singularidade das situações concretas (17).

A Generosidade é a virtude do dom. Diferente da justiça, trata de oferecer a cada um o que não é seu, o que é de quem lhe oferece e que lhe falta. Ela só é verdadeiramente generosa, desde que vá além do interesse, ainda que bem compreendido, ainda que partilhado, contanto que vá além da solidariedade. A generosidade é ao mesmo tempo consciência de sua própria liberdade e firme resolução de bem usá-la. A generosidade nos eleva em direção aos outros (71).

A Compaixão simpatiza universalmente com tudo o que sofre. Seu quase sinônimo é a simpatia, sendo mais aceita por se tratar de um sentimento e não de uma virtude. A simpatia é uma qualidade e um sentimento, é a participação afetiva dos sentimentos do outro. Compaixão é uma das formas de simpatia, na dor ou na tristeza, ou seja, é participar do sentimento do outro. Para Kant não é um dever senti-la, mas sim, desenvolver em si a capacidade de senti-la. No Oriente budista, a compaixão é reconhecida como a grande virtude (71).

A Gratidão é a mais agradável das virtudes, não é, no entanto, a mais fácil. A gratidão nada tem a dar, além do prazer de ter recebido. O egoísta é incapaz disto, pois só

conhece suas próprias satisfações, sua própria felicidade. A ingratidão não é incapacidade de receber, mas incapacidade de retribuir. Essa gratidão é gratuita, não se pode exigir dela, ou para ela, nenhum pagamento. A gratidão se regozija com o que aconteceu, ou com o que é (71).

A Humildade é uma virtude humilde: ela até duvida que seja uma virtude. Nem nos devemos gabar, nem nos orgulhar, de nenhuma virtude, e é isso que a humildade ensina, ela torna as virtudes discretas. Não é ignorância do que somos, mas, ao contrário, conhecimento, ou reconhecimento, de tudo o que não somos. A humildade é virtude lúcida, sempre insatisfeita consigo mesma, mas que o seria ainda mais se não o fosse (71). Humildade é a consequência apropriada que segue a afirmação "posso estar errado" e exige responsabilidade de aprender com as experiências e conhecimentos disponíveis (49).

A Simplicidade é o que é, simplesmente, sem desvios, sem afetação, faz o que faz, como todos nós, mas não vê nisso matéria para discursos, para comentários, nem mesmo para reflexão. A simplicidade é a verdade das virtudes: cada virtude só é ela mesma se livre da preocupação de parecer, e mesmo da preocupação de ser, se, pois, for sem rebuscamento, sem artifício, sem pretensão. O simples é aquele que não simula, que não presta atenção (em si), que não calcula, que não tem artimanhas nem segredos, que não tem segundas intenções. A simplicidade é o esquecimento de si, de seu orgulho e de seu medo (71).

A Tolerância é aceitar o que poderia ser condenado, é deixar fazer o que se poderia impedir ou combater. O problema da tolerância só surge nas questões de opinião, e é por isso que ele surge com tanta frequência, quando a verdade é conhecida com certeza, a tolerância não tem objeto. A tolerância é essencialmente limitada: uma tolerância infinita seria o fim da tolerância. Tolerância não é passividade, pois há muita coisa intolerável inclusive para o tolerante. Ainda que tivéssemos acesso a uma verdade absoluta, com efeito, isso não poderia obrigar todo o mundo a respeitar os mesmo valores, nem, portanto a viver da mesma maneira. (71).

A Boa-fé designa a virtude que rege nossas relações com a verdade. É um fato, que é psicológico, e uma virtude, que é moral. Como virtude, é o amor ou o respeito à verdade, e a única fé que vale. O homem de boa-fé tanto diz o que acredita, mesmo que esteja enganado, como acredita no que diz, sendo uma crença ao mesmo tempo que uma fidelidade. A boa-fé não proíbe o silêncio, mas sim a mentira, e ainda assim nem sempre. Ainda assim a verdade

não toma o lugar de tudo, pois sob reserva da compaixão, como pode acontecer nos cenários de assistência à saúde, mais vale mentir do que, por exemplo, apavorar (71).

O Humor nos preserva da seriedade, e referindo-se a nós mesmos, toda a seriedade é condenável. Não ter humor é não ter humildade, é não ter lucidez, é não ter leveza. Isso não impede a seriedade, no que diz respeito a outrem, nossas obrigações para com ele, nossos compromissos, nossas responsabilidades, até mesmo no que diz respeito à condução de nossa própria existência. Vale distinguir o humor da ironia, que não é uma virtude, é uma arma (71).

O Amor não se comanda e não poderia, em consequência, ser um dever. Virtude e dever são duas coisas diferentes: o dever é uma coerção; a virtude, uma liberdade. O que fazemos por amor, não fazemos por coerção, nem, portanto, por dever. É o que o dever exprime ou revela, o dever que só nos constrange a fazer aquilo que o amor, se estivesse presente, bastaria, sem coerção, para suscitar. Amar o próximo significa praticar de bom grado todos os seus deveres para com ele, segundo Kant. Ou o amor é uma alegria que a ideia de uma causa externa acompanha. Amar é regozijar-se com, havendo prazer se regozija a alma, o que acontece especialmente nas relações interpessoais (71).

Também foi proposto um Modelo das Virtudes, também chamado Modelo Beneficente, que busca encontrar o equilíbrio ideal entre a busca do bem e o respeito à autonomia do paciente. É o modelo sustentado por Pellegrino como mais adequado aos médicos. Ele defende a ideia que a benevolência (desejar o bem) é mais importante do que a beneficência (fazer o bem) porquanto a primeira traz implícito um traço de caráter do agente em procurar o fazer o bem por motivação interna. Ao tentar conciliar os princípios de beneficência e autonomia, Pellegrino cria a ideia de “bem negociado”: os profissionais da saúde e seus pacientes estabelecem uma negociação em que se busca a melhor decisão que satisfaça tanto, e principalmente, os valores dos pacientes, mas como também dos profissionais que os estão atendendo (72,73).

Este modelo tem como crítica maior o fato de ser muito difícil, segundo alguns autores, desenvolver virtudes em pessoas com desenvolvimento psicológico-moral já avançado, como os profissionais de saúde já formados ou em formação. Emmanuel Kant dizia que as virtudes se aprendem no colo da mãe. Comte-Sponville acredita que as virtudes podem ser ensinadas principalmente através de modelos de identificação adequados (69).

Os Direitos Humanos justificam ações que devem ser realizadas no sentido de garantir o seu cumprimento e eficácia.

O modelo baseado em Direitos Humanos tem origem no século XVIII com as revoluções americana e francesa, que deram garantias mínimas para o exercício da cidadania. Esta concepção se expandiu no início do século XX com a revolução mexicana e com a constituição alemã, que ampliaram a discussão do ponto de vista individual para o da coletividade. Com a discussão das questões ecológicas e do momento político pós-guerra fria surgiram as discussões sobre os direitos ditos de estado, ou transpessoais (74).

Apesar de presente desde o primeiro momento da Bioética, só atualmente este modelo tem ganhado adeptos e defensores. O livro de Bandman e Bandman foi lançado no mesmo ano em que o livro de Beauchamp e Childress consagrou o modelo baseado em Princípios, mas ainda assim não gerou maior repercussão (75). A abordagem do modelo baseado em Direitos Humanos na Enciclopédia de Bioética é feita de maneira indireta e utilizado como justificativa em inúmeros textos, utilizando o referencial de Direitos Humanos desde sua primeira edição (publicada em 1978), ainda que sem nenhuma menção direta (76).

Na década de 1990 é que este modelo começou a ser sistematicamente utilizado. A Associação Mundial de Medicina e o sistema das Nações Unidas utilizaram este referencial para elaborar alguns de seus documentos, embasando suas recomendações e ressaltando a importância de uma abrangência mundial dos direitos humanos.

Em outubro de 2005 foi aprovada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), consagrando este referencial teórico. Ao consagrar a Bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a Declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da Bioética (77).

O modelo dos Direitos Humanos busca analisar as questões bioéticas a partir da perspectiva dos direitos e não dos deveres associados, mudando a perspectiva do Princípioalismo. Os Direitos Humanos podem ser caracterizados em três grandes grupos, de acordo com a abrangência de suas propostas (78).

Os Direitos Humanos Individuais ou de 1ª Geração, surgidos no final do século XVIII, são os direitos que dizem respeito a cada pessoa individualmente, independente de ela fazer

parte de uma sociedade ou coletividade. Estes direitos realçam o princípio da liberdade do indivíduo; realçando o princípio da Liberdade. Estes compreendem os direitos civis, políticos e as liberdades clássicas (74,79). São destaques o direito à Vida, à Liberdade, à Privacidade e à Não Discriminação.

O direito à Vida é o primeiro e o mais elementar dos direitos humanos, baseado na concepção que ninguém, nem o Estado, tem o direito de tirar a vida de uma pessoa, de decidir quem vai morrer e vai viver. Podendo ser incluído aí também o direito de viver, ou seja, direito de ter meios de vida e subsistência.

O direito à Liberdade é poder fazer o que se quer, sem interferência dos outros e sem constrangimentos. É liberdade de poder pensar, e dizer o que pensa, é liberdade de se movimentar, entre outras liberdades consideradas dentro da visão de uma sociedade (60).

No Brasil, o direito à Vida e o direito à Liberdade são garantidos pelo Artigo 5º da Constituição Federal dentro dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos (80):

Artigo 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O direito à Privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, envolvendo as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização. Também este direito está garantido pelo mesmo Artigo 5º da Constituição Federal, no Inciso X (80):

X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Os Direitos Humanos Coletivos, ou de 2ª Geração, surgidos no início do século XX, envolvem os direitos econômicos, sociais e culturais, como direitos do indivíduo em relação ao seu grupo e aos bens, ou seja, pertencente a um grupo social ou coletividade. São incluídas aí as questões referentes à Saúde, Educação e Assistência Social, como bem comum a todos os seres humanos. Estes direitos acentuam o princípio de igualdade (74,79). O direito à Saúde

é garantido no Brasil pela Constituição Federal na Seção II - Da Saúde, em seu Artigo 196, e o direito à Educação é garantido também pela Constituição na Seção III - Da Previdência Social, em seu Artigo 205, ambos no Capítulo II - Da Seguridade Social (80):

Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 205- A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Os Direitos Humanos Transpessoais ou de 3ª Geração, surgidos no final do século XX, são direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses individuais ou de um grupo, são atribuídos genericamente a todas as formações sociais, protegendo interesses de titularidade coletiva ou difusa. Podem ser vistos também como deveres do indivíduo com a comunidade ou com as gerações futuras. Englobam o direito ao meio ambiente equilibrado, progresso, paz, autodeterminação dos povos e outros direitos difusos. Basicamente estes são caracterizados pelos Direitos Ambientais e pela Solidariedade, que transcendem a noção de país e de estado, e dizem respeito ao conjunto das ações necessárias à própria sobrevivência. Consagram o princípio da Fraternidade (74,79).

A crítica que tem sido feita a este modelo é o de politizar as reflexões éticas. Alguns autores colocam este modelo como uma forma de militância e não de abordagem teórica. Outra crítica que pode ser feita é a de que, mesmo os documentos internacionais, operacionalizam os Direitos Humanos através de seus deveres associados, o que descaracterizaria a sua própria proposta básica (74).

A utilização do Modelo de Princípios como meio de reflexão é uma abordagem clássica e extremamente difundida na Bioética. Os Princípios devem orientar o raciocínio e não ser apenas um elemento taxonômico para os dilemas (81). Eles permitem identificar e verificar conflitos entre diferentes direitos e deveres, sempre tomados como *prima facie*, isto é, Princípios que podem ser priorizados ou ponderados (25).

Embora Kant tenha extensamente trabalhado a noção dos princípios como deveres para orientar nossas ações para o que é bom (21), foi William Frankena, em 1963, que propôs que os princípios, vistos como deveres *prima facie* são tipos de ação corretos ou obrigatórios (82). Frankena propõe que o princípio da beneficência e o da justiça devem ser observados. O Princípio da Beneficência é o que estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou de merecimentos. Segundo Frankena "o Princípio da Beneficência não nos diz como distribuir o bem e o mal. Só nos manda promover o primeiro e evitar o segundo".

A Justiça é um princípio moral enquanto que o Direito o realiza no convívio social, sendo então a Justiça mais ampla que o Direito. Para Frankena "Estamos falando de justiça distributiva, justiça na distribuição do bem e do mal. (...) A justiça distributiva é uma questão de tratamento comparativo de indivíduos. (...) O problema por solucionar é saber quais as regras de distribuição ou de tratamento comparativo em que devemos apoiar nosso agir". (82)

O Relatório Belmont, teve sua elaboração iniciada por uma Comissão formada em 1974 nos EUA, no contexto de uma sucessão de inadequações éticas verificadas em pesquisas com seres humanos, mas foi finalizado e publicado apenas 1978 devido a complexidade do tema proposto. Neste documento foi, pela primeira vez, estabelecido o uso sistemático de princípios na abordagem de dilemas bioéticos. Utilizou como referencial para as suas considerações éticas três princípios básicos: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça (83).

O Relatório Belmont seguiu a mesma linha do pensamento de Frankena, incluindo a Não Maleficência como parte da Beneficência. O Relatório estabeleceu que duas regras gerais podem ser formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica: primeiro não causar o mal, e segundo, maximizar os benefícios possíveis e minimizar os danos possíveis (83).

Em relação ao Princípio da Justiça, o Relatório admite várias propostas existentes: "Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente. Outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente. (...) Existem muitas formulações amplamente aceitas de como distribuir os benefícios e os encargos."

Na perspectiva do Relatório Belmont foi incluído o princípio do Respeito às Pessoas, sugerindo que a autonomia “incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, divide-se em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida.”(83)

Tom Beauchamp e James Childress ambos então vinculados ao *Kennedy Institute of Ethics*, publicaram o seu livro *Principles of Biomedical Ethics* em 1978, traduzido mais tarde como *Princípios de Ética Biomédica*, que consagrou o uso dos princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos (84). Estes autores consideravam quatro princípios: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Todos estes quatro princípios são considerados como sendo deveres *prima facie*.

O referencial teórico, proposto por Beauchamp e Childress, devido a sua intensa utilização e grande aceitação, serviu de base para o que Dan Clouser e Bernard Gert em 1990 denominaram de "*Principlism*" (principlismo, em português), ou seja, a escola bioética baseada no uso dos princípios como modelo explicativo (85).

Na edição de 1994, Beauchamp e Childress alteraram a denominação de seu modelo de principlismo para *Moralidade Comum* (*common morality*). Depois de sete edições, sendo a mais recente publicada em 2013, houve várias modificações e uma flexibilização e expansão considerável dos argumentos. Agora é realizada uma distinção entre *Moralidade Comum* e *Moralidade Pessoal* (*particular moralities*). A Teoria das Virtudes também ganhou crescente importância e uma seção dedicada à ela (86).

A Beneficência é definida como sendo uma ação feita no benefício de outros. O Princípio da Beneficência é que estabelece esta obrigação moral de agir em benefício dos outros, atualmente usando uma justificativa destas obrigações de beneficência baseada na reciprocidade. Também foi incluída uma discussão atual de tomada de decisão por representação de pacientes incapazes.

Beauchamp e Childress fazem emergir mais um princípio, ao distinguir a Beneficência da Não Maleficência. O Princípio da Não Maleficência propõe a obrigação de não infligir dano intencional, fundado nos problemas históricos de subproteção (ou desproteção) e com a

atenção voltada hoje para os problemas recentes de superproteção. Este princípio deriva da máxima da ética médica "*Primum non nocere*", atribuída a Hipócrates.

O Princípio da Justiça é entendido por estes autores como sendo a expressão da justiça distributiva. Entende-se justiça distributiva como sendo a distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social. A última edição do seu livro separa as Teorias Tradicionais de Justiça (teorias utilitaristas, liberais, igualitárias e comunitaristas) das Teorias Recentes de Justiça (teorias baseadas na aptidão do indivíduo e no bem-estar) (86).

Aristóteles afirma que há uma justiça por natureza e outra por convenção, não obstante, ambas sejam igualmente mutáveis. Também faz uma diferenciação entre o ato de justiça e o que é justo, já que uma coisa é injusta por natureza ou por lei, mas após ser praticada, torna-se um ato de injustiça (17).

Beauchamp e Childress reduziram o Princípio do Respeito à Pessoa para Autonomia, e posteriormente, Respeito à Autonomia. Estes autores admitem que a "autonomia tem diferentes significados, tão diversos como autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa". Atualmente, há um maior foco nos problemas em relação ao processo de informação.

Usaremos a divisão referida no Belmont Report em três Princípios: Beneficência, subdividida em Fazer o Bem e Evitar o Mal; Respeito às pessoas, subdividido em Veracidade, Voluntariedade, Autonomia e Autodeterminação; e Justiça, subdividida em Controle Social, Vulnerabilidade e Não Discriminação.

O modelo Princípalista estabelece, segundo Maria do Céu Patrão Neves, não uma proposta de Ética, mas sim de uma Moral, pois estabelece normas para um agir adequado (81,87).

A Alteridade, também conhecida como Outridade, inclui a discussão da copresença ética e da corresponsabilidade sempre presente nas ações humanas e parte do pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende do outro (88).

A Alteridade é considerada aqui, como a característica mais fundamental do Modelo Personalista, que inclui também a característica Relacional, proposta por Appel através da Ética da Razão Comunicativa; e inclui ainda a característica de singularidade e universalidade do ser humano. É uma proposta focada na sociedade (89,90).

Uma das idéias básicas de Emanuel Lévinas, autor de referência na reflexão moral contemporânea, é a da alteridade, isto é colocar o outro no lugar do ser. Nesta visão, o outro não é um objeto para um sujeito: "*... tudo começa pelo direito do outro e por sua obrigação infinita a este respeito. O humano está acima das forças humanas.*" (88)

Na sua proposta ele, de certa forma, inverte as propostas da Lei de Ouro e do Imperativo Categórico. Ao invés do indivíduo agir frente ao outro como gostaria de ser tratado e que isto deveria ser uma norma universal, é a descoberta do outro que impõe a conduta adequada. De acordo com Christiam Descamps, "a relação com o Outro é a base de uma copresença ética". Cada um é constantemente confrontado com um próximo. Não sou Eu frente ao Próximo (Outro), mas sim os Outros continuamente frente a Mim (91).

Esta proposta muda a perspectiva autonomista e individual para remetê-la a uma visão de rede social. Deixa de ter sentido a máxima "A minha liberdade termina quando começa a dos outros", sendo substituída pela proposta de que a minha liberdade é garantida pela liberdade dos outros. Ricardo Timm de Souza escreveu que "a responsabilidade pelo outro que significa responsabilidade por si mesmo enquanto negação da neutralidade" (28).

Esta proposta não tem, de acordo com alguns autores, todos os requisitos teóricos necessários para se constituir em um modelo explicativo propriamente dito, mas pode auxiliar a identificar aspectos importantes que contribuem para a visão complexa do problema abordado (90).

Utilizamos então o referencial de Alteridade subdividido em Copresença Ética, Corresponsabilidade e Não Neutralidade.

Com base nos fatos, circunstâncias, alternativas e conseqüências previstas pode ser realizada uma reflexão sobre a adequação de cada uma das alternativas em relação aos diferentes referenciais teóricos possíveis, sem se ater especificamente a um único como fonte de justificativa.

2.2.2 Comitês e Consultorias de Bioética Clínica

Ainda que se refira aos mesmo tipo de organização, existe uma grande variação na denominação daqueles que atuam em Bioética Clínica, tanto dos consultores, como dos Comitês. Os comitês podem ser chamados de Comitê de Ética, Comitê de Ética Hospitalar, Comitê de Bioética Hospitalar, Comitê de Ética Clínica, e Comitê de Bioética Clínica, podendo ainda utilizar o nome de Comissão ao invés de Comitê. Os consultores podem ser chamados de eticistas, eticistas clínicos, bioeticistas, e consultores de Bioética Clínica. Utilizaremos as denominações consultor de Bioética Clínica e Comitê de Bioética Clínica, com algumas exceções de quando a literatura se referir a diferentes conceitos.

Os Comitês de Bioética provavelmente têm sua origem nos Estados Unidos, a partir da década de 60, após o acontecimento de alguns fatos relevantes e propostas que surgiriam neste âmbito. Outras propostas, sem a mesma repercussão mundial, também surgiram em diferentes países do mundo.

Quando foi implantada em um Centro de Tratamento, o *Seattle Artificial Kidney Center*, em Seattle/EUA no ano de 1962, a primeira máquina de hemodiálise, chamada de rim artificial, inúmeras discussões surgiram juntamente com a possibilidade de realização de diálise em pacientes renais crônicos. Como havia uma demanda pela tecnologia muito maior que a oferta possível, já que haviam diversos pacientes com falência renal e apenas nove leitos disponíveis para realizar o tratamento, surgiu uma necessidade imperiosa de criar critérios para alocar estes recursos então escassos. Foram estabelecidos comitês, compostos por leigos das mais diversas ocupações, que estabeleciam os critérios para a utilização dos equipamentos, sendo utilizados critérios bastante aleatórios como, por exemplo, nível econômico, estado civil e ser membro de uma igreja. Já que a função do comitê, em última análise, era decidir quem iria ter a chance de sobreviver e quem possivelmente morreria, estas comissões foram denominadas pela imprensa de *God Commission*, algo que poderia ser traduzido como "Comitê Divino", abalando de forma importante a confiança na relação médico-paciente.

Ainda que esta seja reconhecida como a primeira comissão para resolver dilemas bioéticos, a escolha de critérios aleatórios não representa em nada os modelos de Comitês de

Bioética de hoje. O próprio inventor do dialisador, Dr. Willem Kolff, fez diversos questionamentos acerca da maneira como foram estabelecidos os critérios (92).

A primeira proposta que se tem registro para a criação de uma Comissão de Ciência da Saúde e Sociedade, aconteceu em fevereiro de 1968, quando o então Senador Mondale, do Congresso norte-americano, afirmou que haviam questões éticas que deveriam ser discutidas por toda a sociedade. Possivelmente ele se referia às discussões geradas pela realização do primeiro transplante cardíaco em seres humanos, realizado em novembro de 1967, na África do Sul (55).

A primeira sugestão de criação de Comitês de Ética em hospitais, publicada em periódicos científicos, foi feita em 1975 pela Dra. Karen Teel, pediatra norte-americana. A sua proposta tinha por objetivo possibilitar um maior diálogo em situações clínicas individuais, como uma forma de compartilhar responsabilidades (93).

De acordo com Rosner, os primeiros Serviços de Ética Clínica surgiram na década de 1970, depois de muitos grupos, incluindo hospitais católicos e o estado de Nova Jersey perceberem que a resolução de muitos dos problemas complexos criados pelos cuidados modernos de fim de vida poderiam ser auxiliados por comissões encarregadas de fornecer aconselhamento ético (94).

O caso Karen Ann Quinlan é o primeiro caso paradigmático de Bioética. A paciente Quinlan estava em estado vegetativo persistente, e foi desencadeada uma disputa judicial entre os pais da paciente e o médico assistente. A família solicitou que ela fosse retirado o respirador artificial e o médico se negou, argumentando que este recurso era necessário à sua sobrevivência e que a paciente não preenchia os critérios de morte cerebral. A sentença da Suprema Corte de Nova Jersey, de 1976, designou que o Comitê de Ética do Hospital Saint Clair, onde a paciente estava internada, deveria estabelecer o prognóstico da paciente e assegurar que a mesma nunca seria capaz de retornar a um "estado cognitivo sapiente" (55). O juiz presumiu que este hospital, assim como a maioria dos demais hospitais norte-americanos, possuía um Comitê de Ética que avaliasse tal tipo de situação (93). Como este comitê não existia, foi constituído um especialmente para avaliar este caso, e o resultado foi uma recomendação para a retirada da paciente do respirador. A paciente sobreviveu ainda por nove anos após este episódio (55).

O caso Baby Doe também nos EUA, no estado de Indiana em 1982, foi outra disputa judicial entre os pais de um bebê com múltiplas malformações, que não autorizaram a realização de uma cirurgia, necessária à sua sobrevivência, e o cirurgião que insistia que a cirurgia deveria ser realizada (55). A Justiça negou o pedido da equipe médica em primeira instância. A promotoria apelou e a Suprema Corte do Estado de Indiana se negou a apreciar o caso. Foi feita a tentativa de apelar para a Suprema Corte dos EUA, mas o bebê faleceu aos seis dias de vida, não dando tempo para que fossem feitas outras tentativas. Devido a repercussão do caso, o Governo norte-americano recomendou formalmente, em 1984, Comissão Presidencial para o Estudo de Problemas Éticos na Medicina e Pesquisa Biomédica e Comportamental que incentivou a criação de comitês de revisão de cuidados pediátricos em seu relatório, provocando um crescimento generalizado no número de comitês hospitalares de ética (95,96).

A Associação Americana de Hospitais propôs em 1994 que cada hospital constituísse um Comitê de Ética, apesar da Comissão Presidencial não mais fazer tal recomendação, mantendo a recomendação de que os hospitais tenham programas de educação, consultoria e revisão ética para os casos difíceis. Esta é, até os dias de hoje, a posição da Comissão de Credenciamento dos Hospitais Norte-americanos (97).

O modelo norte-americano de Comitê de Ética Hospitalar é o que serviu de referência ao redor do mundo, contudo críticas vêm sendo feitas quanto a sua abrangência e funções. As funções seriam, de forma resumida, as de (a) revisar casos para confirmar o diagnóstico ou o prognóstico; (b) revisar as decisões tomadas pelo médico ou responsável legal sobre tratamentos; (c) tomar decisões sobre tratamentos para pacientes incapazes; (d) promover programas educacionais para os membros da instituição; (e) formular políticas institucionais para casos difíceis; (f) servir como consultores para médicos, pacientes, familiares na tomada de decisões éticas específicas (97). Inúmeros questionamentos podem ser feitos especialmente às três primeiras funções, e talvez mais importante, seja o relativo a questão do poder decisório destes Comitês.

Os Comitês de Bioética Clínica têm por finalidade refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática assistencial e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição. Cabe salientar que, embora possa influenciar indiretamente, não é atribuição deste tipo de comitê discutir sobre as políticas institucionais de alocação de recursos.

A aptidão desta discussão se estende também o papel do consultor de Bioética Clínica. Um editorial da revista *Bioethics* de 2011 afirma que os consultores de Bioética teóricos e os consultores de Bioética clínicos parecem viver em dois mundos diferentes. Enquanto os clínicos permanecem centrados na prática, correndo o risco de prestar atenção apenas aos interesses práticos e não refletindo sobre as implicações teóricas e metodológicas, os eticistas teóricos/acadêmico, em contraste, correm o risco de negligenciar o conhecimento prático moral e competência dos profissionais de saúde, mas incluindo o quanto a experiência e o significado que as narrativas dos profissionais de saúde e pacientes podem acrescentar (98).

O tema da “ética empírica” na Bioética já foi vastamente discutido na literatura (99), e parece se preocupar mais com o significado de o que é empírico do que procurar realmente um modelo que possa auxiliar na decisões práticas.

Agich argumenta que a discussão do método tende a se afastar da prática da consultoria de Bioética e concentrar-se, ao invés dos fundamentos teóricos da consultoria, na filosofia política e social. Ele mostra que, quando a atenção se volta para a prática, descobrimos regras complexas de ação e percepção que raramente são discutidas. Estas regras orientam consultores na interpretação dos casos, na comunicação com os outros, na compreensão das dimensões psicológicas e políticas dos casos, envolvendo outras pessoas que não possuem autoridade suficiente para falar em seu próprio nome (100).

Porz e colaboradores sugerem uma abordagem filosófica hermenêutica das questões envolvidas nas consultorias. A teoria além de servir como elemento de entendimento para a prática, influencia o métodos e a abordagem escolhidos para o trabalho na prática. Noções teóricas são utilizadas na prática diária para auxiliar os profissionais envolvidos a compreender as situações envolvidas nos dilemas, e esta interação com a prática clínica leva a novas proposições teóricas (101). O entendimento da relação entre teoria e prática não é linear, dedutivo ou indutivo, mas sim se move ao longo de linhas espirais de conhecimento crescente baseado em experiências vividas em situações e contextos concretos (17).

Em uma crítica ao sistema binário que caracteriza os problemas clínicos e organizacionais da Bioética de forma independente, Sally Bean propõe uma nova taxonomia para caracterizar casos híbridos, que envolvam os dois elementos, no intuito de capturar a complexidade das situações. Neste modelo, são incluídas características contextuais

relevantes de uma questão ética, tais como onde é identificada a questão, a quem é causado o impacto e onde seria idealmente resolvida em relação ao seu âmbito de impacto, incluindo aqui a importância de estar inserido, inclusive fisicamente, no problema a ser analisado. Implementar este modelo, com a visão das questões éticas como existindo em um *continuum* (102), assim como o processo de tomada de decisão compartilhada (103), facilita esse fim.

Apesar da importância da teoria nos modelos de tomada de decisão, na prática clínica, o valor prático e a utilidade são muitas vezes compreensivelmente priorizados. No entanto, a teoria é um instrumento para salvaguardar o rigor científico e coerência. A fundamentação teórica não é uma contradição à aceitabilidade e aplicação prática, mas sim, ajuda a melhorar a qualidade geral de uma abordagem da consultoria de Bioética (104).

Frolic também afirma que é possível demonstrar nas consultorias de Bioética que a prática pode ser profundamente embasada pela orientação teórica, usando uma definição mais ampla do que é importante como teoria relevante para as consultorias (105).

O primeiro estudo amplo nos EUA sobre atuação dos Comitês de Ética Hospitalar, publicado em 1983, analisou 602 hospitais de todos os portes no país, e identificou que apenas aproximadamente 1% tinha alguma espécie de Comitê de Ética. O perfil deste comitês era de aconselhamento, sem se envolver diretamente no processo de tomada de decisão (106).

A média de consultorias realizadas ao ano nos EUA, por Comitês ou Serviço de Bioética Clínica, é de 3 a 8 consultorias (107,108), e em algumas instituições maiores variam até 95 consultorias ao ano (107,109–113), abrangendo diversos tipos de consultorias de ética. E ainda, um trabalho com 9 serviços de Bioética Clínica no Canadá verificou de 4 a 250 consultorias realizadas por ano, incluindo consultorias internas e externas, atividades educacionais e administrativas (114).

Outro grande levantamento nacional, realizado mais de 15 anos depois, também nos EUA, mostrou que os comitês tinham uma média de 7 anos de atuação, 86% dos comitês apontaram desenvolver algum papel no processo de tomada de decisão através das consultorias de ética clínica, e todos estavam comprometidos em desenvolver políticas clínicas institucionais. Ainda assim, 50% dos coordenadores dos comitês não se sentiam adequadamente preparados para enfrentar este papel no processo de tomada de decisão (107).

Outro levantamento nacional realizado nos hospitais dos EUA em 2007 mostrou que

os Serviços Bioética Clínica foram encontrados em 81% de todos os hospitais gerais dos EUA, e em 100% dos hospitais com mais de 400 leitos. O número médio de consultorias realizadas por Serviço, no ano anterior à pesquisa, foi de 3 consultorias ao ano. A maioria dos indivíduos realizando consultoria ética eram médicos (34%), enfermeiros (31%), assistentes sociais (11%), ou capelães (10%). Apenas 41% tinham formação supervisionada em consultoria ética. As práticas de consultoria variavam amplamente dentro e entre os Serviços, por exemplo, 65% sempre fizeram recomendações, enquanto que 6% nunca o fizeram. Os três objetivos relatados pelos serviços foram: intervir para proteger os direitos dos pacientes (94%), mudar o atendimento ao paciente para melhorar a qualidade (75%), e aumentar a satisfação do paciente/família (68%) (110). Estes resultados destacaram a necessidade de esclarecer as normas para as práticas de consultoria de Bioética.

Uma pesquisa realizada no Canadá, ainda em 1993, abordou as consultorias de Bioética nos serviços de saúde, incluindo todos os indivíduos que eram considerados pelos colegas, ou se consideravam, com um papel significativo nas consultorias de Bioética. Foram incluídos tanto as consultorias envolvendo o cuidado assistencial, como pesquisa clínica e políticas institucionais. Dos 253 questionários respondidos, 43 indicaram que passavam de 30% ou mais do seu tempo no trabalho envolvidos com Bioética Clínica. Estes indivíduos eram bastante heterogêneos em relação a formação, treinamento e atividades, e a grande maioria deles eram vinculados a um ambiente acadêmico. A pesquisa constatou que as opiniões dos entrevistados sobre a oportunidade de certificação para aqueles que oferecem consultoria de Bioética foram igualmente divididos entre os favoráveis e os que se opõe a certificação (115).

Outro grupo de pesquisadores canadenses criou uma Escala de Avaliação das Necessidades da Ética Clínica (*Clinical Ethics Needs Assessment Survey* - CENAS) como uma ferramenta para compreender as percepções da equipe inter-profissional, desafiando questões éticas e prioridades educacionais. Os CENAS foi concebido para apoiar a alocação de recursos e dar suporte aos Comitês de Bioética Clínica, visando o processo de definição de prioridades estratégicas, para garantir que eles estão realizando serviços onde efetivamente são mais necessários, e da melhor maneira possível (116). Este modelo já foi implementado em 5 unidades de saúde com um resultado considerado satisfatório pelos autores (117).

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido, em 2010, com os 82 Serviços de Bioética Clínica então cadastrados, e uma taxa de resposta de 62%%, todos os Serviços incluíam um

Comitê de Bioética Clínica com um Serviço também tendo um especialista em Bioética Clínica, sendo que membros leigos estavam presentes em 72%. Foi verificado que consultorias de casos individuais têm aumentado desde 2001, com 29% dos coordenadores dos comitês usando mais de 50% do seu tempo com isso. O acesso e a participação no processo de consultorias é menor para os pacientes e suas famílias do que para os profissionais da saúde. Também no Reino Unido foi constatada uma grande variação nos processos dos comitês e nos níveis de apoio institucional (118).

Uma pesquisa realizada na Itália, em forma de levantamento, enviou um questionário para todos os Comitês de Ética daquele país. Um pouco mais da metade respondeu à solicitação, sendo que destes, 20% eram exclusivamente relacionados à análise de projetos de pesquisa, 25% também ofereciam consultorias de Bioética, e o restante desenvolvia atividades variadas. Foi observada uma enorme variação entre os diferentes tipos de instituições e as diferentes localizações geográficas, sugerindo que a Europa deveria ter um modelo comum, para definir a função dos comitês (119).

Em uma pesquisa que explorou a experiência de nove Comitês de Bioética Clínica na Noruega, as entrevistas com os comitês indicam que há uma necessidade substancial de serviços de suporte para Bioética Clínica e, em geral, os membros do comitê expressaram entusiasmo pelo trabalho na comitê. Os comitês concordam que há uma necessidade de melhorar suas rotinas e procedimentos, esclarecer o perfil dos comitês e o campo de responsabilidade, para possibilitar a divulgação do trabalho realizado, assegurar condições operacionais adequadas, e para desenvolver a integração organizacional (120).

Em Israel, um terço dos hospitais gerais tinha um Comitê de Bioética em 2002, concentrados em instituições de maior porte. Hospitais sem a presença de comitês geralmente não apresentavam qualquer estrutura para lidar com questões éticas. Foi verificado que os comitês tendem a ser interdisciplinares e com gêneros mistos, mas com uma baixa mistura étnica. A confidencialidade é a regra, no entanto, a responsabilidade legal também é uma preocupação. Um terço dos Comitês de Bioética específicos de Direitos dos Pacientes nunca se reuniu formalmente, e a maioria dos Comitês tinha avaliado menos de 10 consultorias desde sua criação. O acesso ao processo das consultorias e as próprias consultorias variaram substancialmente entre os comitês. Alguns Comitês de Bioética de Direitos dos Pacientes tentaram resolver os casos intervindo conjuntamente, outros, apenas apresentaram suas decisões (121).

Em Xangai, na China, uma pesquisa foi realizada com os 33 hospitais que possuíam Comitê de Ética Hospitalar, a maioria envolvendo atividades de análise de pesquisas envolvendo seres humanos e análise bioética ou consultoria envolvendo os serviços médicos e tomada de decisões administrativas. Dos comitês pesquisados, 14,3% não forneceu qualquer formação em ética para os membros, e muitos não tinham procedimentos operacionais padrão. Enquanto que 44,4% dos comitês não realizavam atualização contínua (122).

De acordo com Kon, os principais objetivos de uma consultoria ética clínica são: ajudar os pacientes e profissionais da saúde a entender quais opções são eticamente exigidas, quais são eticamente permissíveis, e quais são eticamente insustentáveis; e apoiar o processo de tomada de decisão compartilhada. Nos casos em que um membro da equipe envolvida na tomada de decisão sente que sua voz não é ouvida, o consultor deve facilitar o processo de tomada de decisão compartilhada, defendendo a parte que sente que as suas opiniões não estão sendo suficientemente consideradas (123).

Finder atenta para o fato de que as consultorias de Bioética Clínica não possuem início e fim bem determinados. Ele enfatiza a importância de ouvir e aprender sobre a experiência moral como as principais atividades associadas à consultoria. Este foco revela que a responsabilidade na prática da ética clínica real é gerada no âmbito moral das atividades de uma consultoria de Bioética quando o indivíduo encontra as características únicas e específicas que emergem da interação com um determinado paciente, ou família, ou profissional, dentro de uma determinada situação e ao longo do tempo (124).

Já Smith e Weise apontam quatro objetivos da consultoria de ética: promover uma resolução ética do caso em questão; apoiar a comunicação de forma confortável e respeitosa entre as partes envolvidas no processo de consultoria ética; ajudar as pessoas envolvidas no caso a trabalhar com incertezas éticas futuras por conta própria; ajudar a instituição ou organização a reconhecer padrões de questões que requerem atenção especial (125).

Tapper e colaboradores dividem as consultorias em dois tipos: as breves, que consiste em uma conversa informal com algumas das partes envolvidas e uma recomendação deixada por escrito; e as completas, que são casos mais difíceis, onde uma consultoria formal é convocada, com a participação de mais membros do Comitê para revisar as informações, falar com todas as partes envolvidas e prestar uma recomendação formal (111).

As consultorias de Bioética também desenvolvem um papel importante na alocação de recursos escassos, utilizando dados empíricos obtidos da atividade na beira do leito (126).

O relatório da Sociedade Americana de Bioética e Humanidades (ASBH) aponta que a prática de uma série de comitês de reunir todas as partes envolvidas em uma consultoria - pacientes, familiares e profissionais - muitas vezes não é eficaz e pode até mesmo ser prejudicial. Isso é menos provável de ocorrer com consultores individuais, pois eles podem organizar reuniões separadas com as diferentes partes envolvidas, o que é considerado pela ASBH mais apropriado para os pacientes e suas famílias. Mas esta vantagem pode ser mantida se um Comitê possui consultores que podem realizar esta tarefa entre seus membros. A clara vantagem dos Comitês é a diversidade de qualificações de seus membros, que são complementares e podem compensar a falta de formação em diferentes aspectos de alguns dos seus membros (127,128).

Rasmussen considera argumentos a favor e contra a defesa do paciente nas consultorias de Bioética Clínica, demonstrando que a defesa do paciente é permitida em algumas situações, mas não é fundamental para a prática da consultoria (129). Por outro lado, Antommara alega que as consultorias de Bioética Clínica têm dois objetivos relacionados: requer que o consultor auxilie a parte mais fraca e eduque as partes envolvidas sobre as questões éticas, e nenhuma dessas atividades deve ser considerada como defesa. A defesa de uma posição particular também pode minar a neutralidade do consultor e a possibilidade de facilitar a resolução do conflito. Se o consultor torna-se parte do conflito, ele deve reconhecer esta mudança e contribuir para um ambiente colaborativo e não para um ambiente adverso (130).

Considerando que 15 a 60% dos pacientes são considerados “difíceis” por seus médicos assistentes, Fiester sugere que os pacientes são rotulados como difíceis com base em suas reações à percepção de tratamento inadequado. Estas reações podem levar à deterioração das relações paciente-cuidador, e por fim, interferir no cuidado. Fiester faz um argumento convincente para a prestação de serviços de mediação paciente-cuidador para ajudar a reparar essas relações, e sugere que esta deva ser uma responsabilidade dos serviços de consultoria de Bioética (131). Landy faz uma crítica a esta visão, e afirma que é possível que especialistas com treinamento específico nesta área, e focados na satisfação do paciente, podem ser capazes de prover serviços de mediação e trabalhar para evitar que os pacientes se tornem difíceis (132).

A espiritualidade ou a religião, muitas vezes, apresentam-se como um elemento estranho ao ambiente clínico, e sua linguagem e argumentação podem ser uma fonte de conflito. Há, pelo menos, duas abordagens consideradas promissoras para envolver esse tipo de linguagem e ajudar os pacientes e suas famílias para participar de forma produtiva no processo de tomada de decisão: técnicas de entrevista centrada no paciente para explorar as crenças religiosas ou espirituais do paciente e com sucesso traduzí-las em escolhas; e, em alguns conflitos mais persistentes sobre planos de tratamento, a resolução pode exigir que os médicos se envolvam mais, pessoalmente, promovendo debates e revelando as visões religiosas e espirituais de mundo envolvidas na decisão (133).

Aspectos legalistas e a contratransferência, presentes na atuação dos consultores de Bioética, apontam que uma consequência ética e clinicamente importante deste fenômeno para os pacientes, é a distorção da percepção dos profissionais sobre as decisões e vulnerabilidades dos pacientes, deslocando o foco maior de interesse que é o melhor cuidado ao paciente (134).

O aumento dos Serviços de Bioética clínica nas instituições de saúde levanta algumas questões sobre a qualificação daqueles que atuam nos Comitês de Bioética Clínica e nos Serviços de Bioética Clínica como consultores. Como a maioria das pessoas envolvidas na prática de Bioética Clínica são os próprios profissionais de saúde, a questão da qualificação é especialmente desafiador quanto ao papel dos Comitês de Bioética, considerando que cada vez mais, os Serviços de Bioética Clínica estão se tornando importantes para o funcionamento das instituições de saúde. Uma vez que a organização financeira das instituições de saúde é naturalmente complicada, muitas vezes as instituições contam apenas com a participação voluntária de profissionais de saúde comprometidos com o apoio administrativo ou clerical, apenas para fornecer os serviços necessários de ética, criando desafios significativos para alcançar a competência e eficácia funcional desejada (135).

Pouco se fala a respeito de como os consultores de Bioética envolvidos nos cuidados à saúde podem adquirir e manter o treinamento adequado, e como esses consultores poderiam ser compensados pela sua formação e tempo dedicado às consultorias, ou ainda como as instituições com problemas internos de comunicação e limitação de recursos vão poder lidar com estas questões (136).

Ainda que muitos sejam contra a utilização de um padrão, para aqueles que defendem o desenvolvimento de padrões formais de consultoria em Bioética Clínica, não há concordância sobre como credenciar os programas de formação, nem consenso sobre a estrutura ou o conteúdo de um exame de certificação para os consultores (137,138). Quanto ao tipo de educação e experiência prática necessários para a realização de consultorias, 60% dos membros de Sociedades de Bioética entrevistados nos EUA consideram a necessidade de um programa de certificação com ao menos de um a seis meses de estágio supervisionado em consultorias de Bioética (139).

O papel do consultor de Bioética Clínica possui ao menos duas abordagens possíveis, como educador e como alguém diretamente envolvido na tomada de decisão (140).

Agich sugere que uma abordagem complementar deve ser adotada para sustentar e capacitar em Bioética Clínica. Os Comitês e Serviços de Bioética devem adotar sistematicamente técnicas de melhoria da qualidade, para efetuar as mudanças propostas no desempenho da Bioética Clínica e para capacitação ética dentro das unidades e serviços clínicos visados. Demonstrar melhorias no funcionamento da instituição pode ser um longo caminho para construir a confiança desejada, e, mostrar a capacidade da Bioética Clínica pode ajudar a justificar a necessidade de apoio aos serviços clínicos. Para que isso seja possível, é necessário que os Comitês e Serviços de Bioética Clínica primeiramente desviem a atenção para as áreas que demonstram desempenho ético fraco ou questionável, e busquem colaboração com os profissionais de saúde envolvendo os mesmos para manter as mudanças conseguidas. Essa abordagem tem uma chance muito maior do que as abordagens educativas individuais de melhorar a capacitação em Bioética Clínica nas instituições de saúde (135).

Wojtasiewicz chama a atenção para o fato que mais de 90% dos consultores que prestavam as consultorias nos EUA eram brancos não-hispânicos, que em nada reflete os dados demográficos de praticamente qualquer hospital norte-americano. Considerando que muitas minorias têm diferentes atitudes em relação ao cuidado de fim de vida, e ainda a potencial não confiança em políticas institucionais de resolução de conflitos entre estes grupos, este problema pode se agravar (141). Esta potencial desconfiança pode afetar negativamente o funcionamento de um serviço de bioética clínica, evidenciado pelo fato de que os consultores que têm atuação prática reconhecem a importância de ganhar a confiança de todas as partes envolvidas (142).

A necessidade de educação em Bioética dos residentes de medicina também é uma preocupação crescente (143). Sendo sugerida a capacitação dos residentes médicos através de exames sobre comunicação de más notícias, revelação de erros médicos, confidencialidade e diretivas antecipadas, devido à sua importância na prática clínica (144).

Um dos maiores desafios no ensino da Ética para os residentes é estabelecer a relevância das questões discutidas. Embora a importância da ética abstratamente seja amplamente reconhecida, na prática, os residentes muitas vezes vêem a Ética como uma "distração" para suas preocupações educacionais primárias, concentrando-se em questões práticas relevantes para a sua especialidade médica e futura carreira. A relevância destas questões, estabelecida através da consultoria de Bioética, abre as portas para uma reflexão mais sofisticada de como as considerações morais influenciam deveres e funções de um profissional médico (145).

Tendo em vista a diversidade de questões colocadas pelos diferentes tipos de problemas éticos, é um erro atribuir prospectivamente um único papel apropriado para os consultores de Bioética Clínica, que seja uniforme e rigidamente aplicado a todos os casos da mesma forma (146).

A importância do conhecimento específico para atuar como consultor também vem sendo ressaltada como imprescindível, não sendo suficiente apenas um conhecimento geral para desempenhar esta atividade adequadamente (147). O consultor não é apenas um especialista capacitado, mas também uma pessoa relacionalmente sensível, que envolve as partes interessadas nos diálogos recíprocos sobre a sua prática responsável e ajuda a integrar vários tipos de conhecimento (148).

Alguns autores afirmam que os consultores são especialistas em Ética e conhecimento moral, mas não possuem autoridade moral. Adams afirma que esta afirmação parece contraditória, uma vez que a opinião dos especialistas carrega com eles ao menos algum tipo de autoridade, caso contrário não haveria razão para alguém lhes consultar (147), mas verificando a baixa demanda que se tem conhecimento dos serviços de consultorias, este seria um dos possíveis motivos. É proposto que se houver investimento no consultor como autoridade local na instituição, e, sejam oferecidas aos pacientes e suas famílias a opção de resolver seus dilemas éticos por decisão direta ou arbitragem, a questão do método nas consultorias de Bioética iria desaparecer em importância (149).

Há poucas evidências empíricas de que o impacto, ou o valor agregado pela Bioética, mais especificamente, pelas consultorias de Bioética Clínica, somam aos problemas que a medicina enfrenta. A Bioética não vem de um domínio distinto de especialistas, mas de um processo pragmático, participativo e sistemático de buscar e alcançar objetivos comuns (150).

Fiester, em 2007, propôs que contra um pano de fundo de incerteza ética, em torno dos muitos conflitos baseados em hospitais, e dadas as divergências de valores profundos existentes nos Estados Unidos e da incidência relativamente baixa das consultorias de Bioética, talvez o modelo tradicional de consultoria de Bioética nos EUA deveria ser substituído por uma mediação ética (151). Em um artigo de 2013, o mesmo autor faz uma distinção em cima do conceito de facilitação utilizado pela *ASBH Core Competencies Update Task Force* (127), que afirma que a abordagem de facilitação na Bioética Clínica não exclui oferecer recomendações ou a opinião de especialistas. Já a mediação, na melhor das hipóteses, cautelosamente, pode oferecer uma recomendação (152).

Baseado na definição proposta de Ética Translacional (41), Cribb aplica este conceito, referindo-se ao *Emory University's Center for Ethics*, como uma possibilidade para reduzir a lacuna existente entre a academia e a prática, entre Ética filosófica e Ética prática, gerando um debate sobre translação que pode ser útil na esfera da Bioética Clínica. Assim como as tentativas de pesquisa translacional que buscam conectar o trabalho que o pesquisador desenvolve no laboratório com suas implicações para a assistência ao paciente, a Ética Translacional se concentra em trazer o conhecimento ético para esfera de ação pessoal e social (153).

A aceitação de especialistas em Bioética que prestam serviços de consultoria permite o envolvimento contínuo à beira do leito e aumenta a probabilidade de impacto em toda a organização da instituição, sem que haja a percepção dos consultores de Bioética como agentes fiscalizadores da profissão (125).

2.3 ÉTICA E BIOÉTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Existem diferentes tipos de tipos de comissões de Ética atuando nas instituições de saúde, de acordo com as exigências sociais, legais ou particularidades de cada local. Em um primeiro momento formaram-se algumas Comissões de Ética e Deontologia Médica, seguidas

pelos de Enfermagem, possivelmente a necessidade mais evidente de atenção era à prática profissional. As Comissões de Ética Profissional e Deontológica têm por objetivo zelar pelo cumprimento dos deveres e direitos inerentes ao exercício profissional.

As Comissões de Ética em Pesquisa em Saúde no Brasil começaram a se organizar após as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicadas através da Resolução CNS 01/88 de 1988 (154). Esta foi revogada em 1996 e substituída pela Resolução CNS 196/96 (155). Conselho Nacional de Saúde, que determinava então a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Em junho do ano de 2013, a Resolução CNS 196/96 foi também revogada e substituída pela Resolução CNS 466/2012 (156), que não altera substancialmente a organização dos CEPs. Os Comitês de Pesquisa visam avaliar a adequação ética dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos, e têm por objetivo primordial a garantia de proteção dos participantes de pesquisa. No âmbito da pesquisa envolvendo o uso de animais, em 2008 foi publicada a Lei n 11.794/08, a Lei de Procedimentos para o Uso Científico de Animais (157), que estabeleceu a criação do Conselho Nacional de Controle e Experimentação Animal (CONCEA), vinculado ao Ministério da Ciência e Tecnologia. O CONCEA em sua Resolução Normativa n° 1 de 2010 (158) dispõe sobre a instalação e o funcionamento das Comissões de Ética no Uso de Animais (CEUAs), responsáveis então pela aprovação, controle e vigilância das atividades de criação, ensino e pesquisa científica com animais.

A Comissão de Ética Pública, através do Programa de Promoção da Ética Pública, vinculado diretamente à Presidência da República, publicado em forma de Decreto em maio de 1999, institui as Comissões de Ética Pública nas instituições. Sua missão é zelar pelo cumprimento do Código de Conduta da Alta Administração Federal, orientar as autoridades para que se conduzam de acordo com suas normas e inspirar assim o respeito no serviço público.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é o Hospital Geral Universitário, com 845 leitos, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), avaliada como a melhor Universidade do Brasil pelo Ministério da Educação (159). O HCPA foi criado em 1970 e iniciou seu funcionamento assistencial em 1972, apesar da pedra fundamental ter sido lançada quase 30 anos antes, em 1943 (160).

No âmbito desta Instituição, as Comissões de Ética se dividem em quatro áreas de atuação: Gestão, Pesquisa, Assistência e Exercício Profissional.

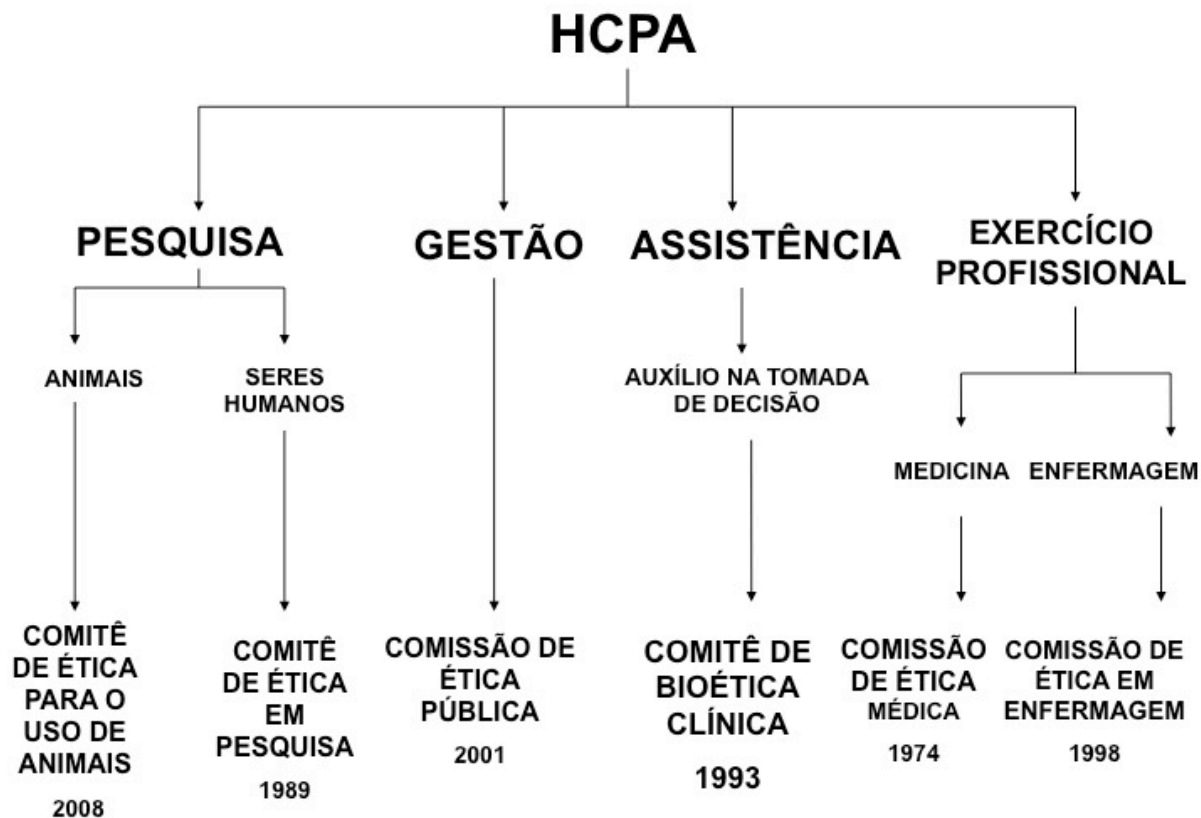


Figura 2. Organograma das Comissões de Ética do HCPA.

Na área de gestão, a Comissão de Ética Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi criada em 2001, vinculada diretamente à Presidência da Instituição e tem sua atuação voltada para todos os agentes públicos.

Na área de pesquisa envolvendo seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA foi criado em 1989, inicialmente chamada Comissão de Ética em Pesquisa em Saúde logo após a Resolução CNS 01/88. Na área de pesquisa com animais, o Comitê de Ética para o uso de animais foi formado em 2008, mesmo ano da Lei 11794/08 que regulamenta o uso de animais em pesquisa.

Na área de exercício profissional, as primeiras comissões da Instituição foram as relacionadas ao exercício profissional. A Comissão de Ética Médica teve seu início em 1974, e possui funções fiscalizadoras, educativas e sindicantes do desempenho ético da Medicina, conforme os estatutos do Conselho Federal de Medicina. Já a Comissão de Ética em

Enfermagem, criada em 1998, assessora a Coordenação do Grupo de Enfermagem em assuntos relacionados à ética no exercício profissional, e também é responsável por acolher demandas da equipe de enfermagem e promover ações educativas.

Na área assistencial, o outro âmbito em que há atuação de Comissão de Ética é no auxílio à tomada de decisão envolvendo os pacientes. Nesta área, foi criado em 1993 o Comitê de Bioética Clínica do HCPA, constituído então com o nome de Programa de Atenção aos Problemas de Bioética, pioneiro no Brasil (161). É neste auxílio à tomada de decisão na assistência que ocorrem as consultorias de bioética clínica, sendo este o nosso foco neste trabalho.

O Programa de Atenção aos Problemas de Bioética tem por objetivo refletir sobre os dilemas morais resultantes da prática e dos procedimentos realizados no HCPA. Para implantar as ações do Programa, foi constituído inicialmente um Grupo de Trabalho, sem qualquer poder deliberativo, formado por médicos de diferentes especialidades, uma enfermeira, um biólogo, uma assistente social, um administrador, um filósofo e um advogado, sendo estes dois últimos não vinculados a Instituição. Nesta ocasião, já havia no HCPA profissionais com treinamento específico em Bioética, mas o Grupo se aperfeiçoou como um todo e desenvolveu inúmeras atividades internas voltadas ao estudo de questões bioéticas, além de propor questionamentos à Vice-Presidência Médica e Administração Central visando estabelecer critérios para a implantação de rotinas e procedimentos (162).

Após a capacitação de seus membros e a definição clara das finalidades do Programa, foram iniciadas atividades de consultoria e de educação. As atividades educacionais programadas visam atender aos profissionais de saúde da própria Instituição e aos participantes dos programas de educação médica continuada realizados no HCPA, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além da comunidade externa. São oferecidos, regularmente, ao menos três cursos por ano.

O Programa de Atenção aos Problemas de Bioética, atuando como Comitê de Bioética Clínica, realiza reuniões mensais sistematicamente. Nestas ocasiões, são discutidas as consultorias prestadas e seu respectivo encaminhamento, e ainda, as questões mais relevantes suscitadas no último mês bem como o encaminhamento de consultorias em andamento. Quando for o caso, é em reunião que são discutidas, igualmente, as propostas de rotinas a serem sugeridas à Administração Central do HCPA. Durante vários anos, para tornar possível

a prestação de consultorias, os integrantes do Programa tinham que se deslocar de seu Serviço de origem no Hospital ou ainda de outras Instituições, no caso dos membros externos, para discutir as solicitações. Ou então, esperar até a próxima reunião do Comitê para que a questão fosse levada em pauta.

Com o aumento das solicitações de consultorias ao passar dos anos, este sistema passou a não corresponder mais às demandas institucionais, pois muitos dos casos discutidos necessitavam de um auxílio e retorno mais rápido, pois muitas situações não poderiam esperar até um mês para serem discutidas. Surgiu então a necessidade de um Serviço de Bioética, que funciona de maneira independente do Comitê de Bioética, ainda que havendo uma estreita relação, pois os consultores do Serviço participam também do Comitê, possibilitando esta integração e levando os temas mais difíceis para discussão e apreciação, podendo inclusive estabelecer algumas condutas em casos futuros similares.

O Serviço de Bioética foi criado oficialmente no HCPA em 10 de fevereiro de 2009, para suprir esta demanda mais imediata de consultorias. O Hospital utiliza desde 2000 o Aplicativo para Gestão Hospitalar, o AGH, tornando o prontuário do paciente totalmente eletrônico, sendo realizado neste sistemas as anamneses, evoluções, consultorias, exames, registros cirúrgicos e demais informações relativas à internação do paciente. O Serviço de Bioética está inserido neste sistema informatizado, as consultorias podem ser solicitadas via prontuário eletrônico pelos profissionais enfermeiros e médicos, para pacientes que estão internados na Instituição ou com agendamento de atendimento ambulatorial. Os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, que não estão habilitados pelo sistema para solicitar consultorias (como farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas), também podem fazê-lo através de contato telefônico, e-mail ou presencialmente. Os pacientes que estão sob cuidados na Instituição, bem como seus familiares, também podem solicitar consultorias por estes meios externos ao AGH, ou então, pedir a um profissional que solicite a consultoria de Bioética no sistema.

O Serviço trabalha basicamente com dois tipos de consultorias: as consultorias por demanda e as consultorias pró-ativas. As consultorias por demanda são solicitadas, conforme já descrito acima, de acordo com as necessidades assistenciais. As consultorias pró-ativas acontecem com uma logística diversa, a equipe de Bioética participa de atividades onde são discutidos casos clínicos, sem haver uma demanda prévia específica da equipe assistencial, e a partir daí, são identificadas e discutidas situações que apresentam problema éticos em que se

possa auxiliar. Tanto pode ser identificada a situação de um paciente em particular, com um potencial problema ético, como podem surgir dúvidas éticas genéricas sobre temas abordados na discussão clínica, favorecendo também o papel educativo.

As atividades que possibilitam consultorias pró-ativas são os *rounds* clínicos, reuniões, atendimentos e qualquer outra atividade assistencial com potencialidade de conflitos éticos. Claro que para isso é necessário uma parceria entre os Serviço de Bioética e o Serviço responsável pela atividade, pois esta modalidade é fundamentada na relação de confiança entre as equipes e na disposição das Chefias para esta atividade. A pioneira, neste sentido, foi a equipe da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), que por suas peculiaridades de atendimento, envolvendo paciente menores e que necessitam de cuidados intensivos, apresenta uma grande potencialidade de problemas éticos.

As consultorias pró-ativas podem ou não se tornar uma consultoria por demanda, ou seja, se há uma situação discutida presencialmente em alguma atividade, que a equipe assistencial considere necessário formalizar (registrar em prontuário) a intervenção do Serviço de Bioética, ou então visando facilitar o acompanhamento do caso, um dos profissionais faz a solicitação de consultoria no sistema AGH.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

O objetivo desta tese é analisar as consultorias de Bioética Clínica realizadas em um hospital geral universitário de grande porte, verificando os aspectos teóricos e práticos identificados e as suas interações.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

3.2.1 Caracterizar os profissionais que realizaram a solicitação das consultorias;

3.2.2 Verificar as características dos pacientes que tiveram solicitação de consultoria;

3.2.3 Identificar os referenciais teóricos envolvidos no processo de consultoria;

3.2.4 Caracterizar os problemas éticos mais frequentes nas consultorias;

3.2.5 Avaliar, nos registros em prontuário, a transposição das respostas e condutas sugeridas nas consultorias para as atividades assistenciais.

4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO

1. Tugendhat E. Lições sobre ética [Internet]. Petrópolis: Ed. Vozes; 1997 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=7YgzHQAACAAJ&pgis=1>
2. Habermas J. Direito e Democracia: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
3. Vázquez AS. Ética [Internet]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=x94AI-s3-8oC&pgis=1>
4. Goldim JR. Ética Profissional é compromisso social [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eticprof.htm>
5. Piaget J. El juicio moral en el niño [Internet]. Madrid: Francisco Beltrán, Librería española y extranjera; 1935 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=HWMqNAAACAAJ&pgis=1>
6. Pizzi J. Ética e éticas aplicadas a reconfiguração do âmbito moral [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=Sm2Fwp3uDkoC&pgis=1>
7. Roux A. La pensée d'Auguste Comte. Paris: Chiron; 1920.
8. Kesselring T. Ética e emoções morais. Cad IHU idéias. 2006;52(4):2–15.
9. Durand G. A bioética: natureza, princípios, objetivos [Internet]. São Paulo: Paulus; 1995 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=nphFAQAACAAJ&pgis=1>
10. Miranda FCP de. Tratado de direito privado: Parte geral, Volume 1 [Internet]. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais; 1983 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=eVipmwEACAAJ&pgis=1>
11. UNESCO. Panorama mundial do direito. O Corr da Unesco. 2000;28(1):26.
12. Reale M. Fontes e modelos do direito: para um novo paradigma hermenêutico [Internet]. São Paulo: Saraiva; 1994 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=jck0AAAACAAJ&pgis=1>
13. BORGES JL, FERRARI O, RODRIGUEZ JLO. SOBRE A FILOSOFIA E OUTROS DIALOGOS [Internet]. São Paulo: HEDRA; 2009 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=YXFrQgAACAAJ&pgis=1>
14. Deleuzze G. Espinosa: Filosofia Prática. Perdizes: Editora Escuta; 2002.

15. Michaelis - Dicionário de Português Online [Internet]. Editora Me. Editora Melhoramentos Ltda. UOL; 2009 [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues>
16. Valls ALM. Ética na Contemporaneidade. Seminário “Aids Quo Vadis”: Tendências e Perspectivas da Epidemia no Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS/Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre; 1997. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eticacon.htm>
17. Aristóteles. Ética a Nicômaco [Internet]. São Paulo: Edipro; 2007 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=mvlkNQAACAAJ&pgis=1>
18. Moore GE. Principios eticos: Escritos filosoficos. Problemas fundamentais da filosofia [Internet]. São Paulo: Abril Cultural; 1980 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=LZN1kgEACAAJ&pgis=1>
19. VARGA AC. PROBLEMAS DE BIOETICA [Internet]. São Leopoldo: UNISINOS; 1982 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=rBLsQgAACAAJ&pgis=1>
20. Zilles U. o que é Ética? Porto Alegre: EST Edições; 2006.
21. Kant I. Fundamentos da metafisica dos costumes [Internet]. São Paulo: Ediouro; 1993 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=JHFGAwAACAAJ&pgis=1>
22. Habermas J. Comentários à ética do discurso [Internet]. Lisboa: Instituto Piaget; 1999 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=Md9dAAAACAAJ&pgis=1>
23. Habermas J. The theory of argumentative action. Boston; 1981.
24. WEBER T. Ética e filosofia política: Hegel e o formalismo Kantiano [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; [cited 2013 Oct 9]. Available from: http://books.google.com/books?id=3TyCdT_n8RgC&pgis=1
25. Ross WD. The Right and the Good [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 1930 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=goT27vEOeeAC&pgis=1>
26. Veatch RM. Medical Ethics [Internet]. Boston: Jones & Bartlett Learning; 1997 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=UCOT4sj-DwUC&pgis=1>
27. Singer P. Ethics [Internet]. Oxford: Oxford University Press, Incorporated; 1994 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=UglxQgAACAAJ&pgis=1>

28. Souza RT de. As fontes do humanismo latino [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=t9hKUNv29GUC&pgis=1>
29. Schweitzer A. The ethics of reverence for life. *Christendom*. 1936;1:225–39.
30. Clotet J. Una introducción al tema de la Ética. *Psico*. 1986;12(1):84–92.
31. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa [Internet]. São Paulo: Paz e Terra; 2009 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=fHdxRAAACAAJ&pgis=1>
32. Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations (Google eBook) [Internet]. London: S. Russell; 1803 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tVsUAAAAQAAJ&pgis=1>
33. Guillod de Miranda A. A História dos Códigos de Ética Médica. *Pensar e Dizer - CFM* [Internet]. 2009;23. Available from: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/materia_jornal6.pdf
34. DEFINIÇÃO DE ÉTICA, MORAL, DEONTOLOGIA E BIOÉTICA [Internet]. Portal Educação. 2013. Available from: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/33305/definicao-de-etica-moral-deontologia-e-bioetica#ixzz2e1BMPgyN>
35. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1972 Jun [cited 2013 Oct 2];2(3):5–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4679693>
36. Matin LM. O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica. *Bioética*. 1994;2(2):163–73.
37. Genro Filho A. *Marxismo, filosofia profana*. Porto Alegre: Tchê; 1986.
38. Marx K. *Teses Sobre Feuerbach*. MARX, Karl & ENGELS, Friedrich A *Ideologia Alemã*. 3a edição. São Paulo: Ciências Humanas; 1982.
39. Lalande A. *Vocabulário técnico e crítico de filosofia* [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 1996 [cited 2013 Oct 6]. Available from: <http://books.google.com/books?id=FHXvAAAACAAJ&pgis=1>
40. Singer P. *Ética prática* [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 2002 [cited 2013 Sep 3]. Available from: <http://books.google.com/books?id=SdirPAAACAAJ&pgis=1>
41. Kagarise MJ, Sheldon GF. Translational ethics: a perspective for the new millennium. *Arch Surg* [Internet]. 2000 Jan [cited 2013 Oct 9];135(1):39–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10636345>

42. Jahr F. [Life Sciences and Ethics: Old knowledge in new clothing]. *Die Mittelschule. Zeitschrift für das gesamte mittlere Schulwes.* 1926;40:604–6.
43. Engels E-M. O desafio das biotécnicas para a Ética e a Antropologia. *Veritas.* 2004;50(2):205–28.
44. Jahr F. Bio=Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze. *Kosmos.* 1927;24:2.
45. Leopold A. *A Sand County Almanac* (Google eBook) [Internet]. New York: Oxford University Press; 2001 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=0cKECGbzh8oC&pgis=1>
46. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future* [Internet]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=5mpEAAAAYAAJ&pgis=1>
47. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspect Biol Med.* 1970;14:127–53.
48. Potter VR. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy* [Internet]. East Lansing; 1988 [cited 2013 Oct 2]. Available from: http://books.google.com.br/books/about/Global_Bioethics.html?id=VNgfAQAIAAJ&pgis=1
49. Potter VR. Palestra apresentada em vídeo no IV Congresso Mundial de Bioética. Tóquio/Japão. *O Mundo da Saúde.* 1998;22(6):370–4.
50. O’Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cited 2013 Oct 6]. Available from: http://books.google.com/books?id=F_2z0qJgrUoC&pgis=1
51. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics: Revised Edition* [Internet]. New York: Macmillan Library Reference; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=3NU4twAACAAJ&pgis=1>
52. Engelhardt HT jr. *Manuale di bioetica* [Internet]. Milano: Il Saggiatore; 1999 [cited 2013 Oct 8]. Available from: http://books.google.com/books?id=_IHvPAAACAAJ&pgis=1
53. Cirne-Lima CRV. *Dialética para principiantes* [Internet]. Porto Alegre: Ed. Unisinos; 2002 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=2TUtPwAACAAJ&pgis=1>
54. Clotet J. A Bioética é uma atitude diante da vida. *Educ em Rev.* 2007;10(1):5–7.
55. Rothman DJ. *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making* (Google eBook) [Internet]. New York: Transaction Publishers; 1991 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=RWJKJnBUxtcC&pgis=1>

56. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86–92.
57. Agamben G. O poder soberano e a vida nua [Internet]. Lisboa: Ed. Presença; 1998 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=uTKoAAAACAAJ&pgis=1>
58. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Rev da AMRIGS. 2009;53(1):58–63.
59. Morin E. La nature de la nature [Internet]. Paris: Èd. du Seuil; 1977 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=3VclAAAAMAAJ&pgis=1>
60. Bioethics Thesaurus [Internet]. Washington D.C: Bioethics Information Retrieval Project, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tm1qAAAAMAAJ&pgis=1>
61. Morreim EH. Philosophy lessons from the clinical setting: seven sayings that used to annoy me. Theor Med [Internet]. 1986 Feb [cited 2013 Oct 2];7(1):47–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3704958>
62. Santos F de A. A malha técnico-científica: uma reflexão pós-popperiana [Internet]. Porto Alegre: UFRGS/FCE/PPGA; 1998 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=UQfqtgAACAAJ&pgis=1>
63. Weber M. Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology, Volume 1 [Internet]. Berkeley: University of California Press; 1978 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=pSdaNuIaUUEC&pgis=1>
64. Goldim JR. Modelo Bioética e Complexidade [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/modcomp.htm>
65. Comte-Sponville A. Ser-Tempo, O [Internet]. São Paulo: Martins; 2006 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://books.google.com/books?id=fsLTMQAACAAJ&pgis=1>
66. Fernandes MS. Bioética, medicina e direito de propriedade intelectual: relação entre patentes e células-tronco humanas [Internet]. Porto Alegre: Editora Saraiva; 2012 [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=da2ltgAACAAJ&pgis=1>
67. Goldim JR. Características do Processo de Tomada de Decisão [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/decisao.htm>
68. Heller R. Como Tomar Decisões [Internet]. Porto Alegre: Publifolha; 1999 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=fuH8AAAACAAJ&pgis=1>
69. Goldim JR. Modelo da Virtude [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/modvirt.htm>

70. Shattuck R. Conhecimento proibido: de Prometeu à pornografia [Internet]. São Paulo: Companhia das Letras; 1998 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=fqY3AAAACAAJ&pgis=1>
71. Comte-Sponville A. Pequeno tratado das grandes virtudes [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=jjWRAAAACAAJ&pgis=1>
72. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care [Internet]. New York: Oxford University Press; 1988 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=AiZrAAAAMAAJ&pgis=1>
73. Goldim JR, Francesconi CF. Bioética Clínica. In: Clotet J, Feijó A, Oliveira MG de, editors. Bioética: uma visão panorâmica [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005 [cited 2013 Sep 14]. p. 280. Available from: <http://books.google.com/books?id=xlyffko0sQUC&pgis=1>
74. Goldim JR. Modelo dos Direitos Humanos [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/moddh.htm>
75. Bandman EL, Bandman B. Bioethics and human rights: a reader for health professionals [Internet]. Boston: Little, Brown; 1978 [cited 2013 Oct 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1>
76. Reich WT. The Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillan, Free Press; 1978.
77. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 10]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
78. Bobbio N. Era Dos Direitos [Internet]. Rio de Janeiro: CAMPUS - RJ; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=sIlwViT8vJ8C&pgis=1>
79. DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.dhnet.org.br/direitos/index.html>
80. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. p. 292.
81. Goldim JR. Princípios Éticos [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/princip.htm>
82. Frankena WK. Ética [Internet]. Rio de Janeiro: Zahar; 1969 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=qg3WZwEACAAJ&pgis=1>
83. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington; 1978.

84. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics [Internet]. New York: Oxford University Press; 1978 [cited 2013 Oct 9]. Available from: http://books.google.com/books?id=z_izAAAAIAAJ&pgis=1
85. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. *J Med Philos* [Internet]. 1990 Apr [cited 2013 Oct 9];15(2):219–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2351895>
86. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics [Internet]. 7 th. New York; 2013 [cited 2013 Sep 14]. Available from: http://books.google.com.br/books/about/Principles_of_Biomedical_Ethics.html?id=I9VIMQEACAAJ&pgis=1
87. Neves MP. A Fundamentação Antropológica da Bioética [Internet]. *Revista Bioética*. 2009 [cited 2013 Oct 3]. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/392
88. Lévinas E. Humanisme de l'autre homme [Internet]. Montpellier: Fata Morgana; 1972 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=cB41AAAAIAAJ&pgis=1>
89. Apel K-O. Transformation der Philosophie. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.
90. Goldim JR. Alteridade [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/alterid.htm>
91. Descamps C. As idéias filosóficas contemporâneas na França. São Paulo: Jorge Zahar; 1991.
92. Childress JF. Who shall live when not all can live? In: Edwards RB, Graber GC, editors. *Bioethics* [Internet]. Chicago: Harcourt Brace Jovanovich; 1988 [cited 2013 Oct 9]. p. 755. Available from: <http://books.google.com/books?id=NTNrAAAAMAAJ&pgis=1>
93. Teel K. The physician's dilemma: a doctor's view--what the law should be. *Bayl Law Rev* [Internet]. 1975 Jan [cited 2013 Oct 8];27(1):6–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11660887>
94. Rosner F. Hospital medical ethics committees: a review of their development. *JAMA* [Internet]. 1985 May 10 [cited 2013 Oct 7];253(18):2693–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3989945>
95. Wigodsky HS. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. American Medical Association; 1984 Apr 13 [cited 2013 Sep 30];251(14):1903. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=392334>
96. Abram MB. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment/ A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions [Internet]. Washington D.C: U.S. Government Printing Office; 1983. Available from:

- http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/deciding_to_forego_tx.pdf
97. DeBlois J, P N. A Primer for Health Care Ethics: Essays for a Pluralistic Society [Internet]. O'Rourke KD, editor. Washington: Georgetown University Press; 1995 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://books.google.com/books?id=1WQjYlpVvj8C&pgis=1>
 98. Molewijk B, Slowther A, Aulisio M. The practical importance of theory in clinical ethics support services. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):ii–iii. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790688>
 99. Molewijk B, Frith L. Empirical ethics: who is the Don Quixote? *Bioethics* [Internet]. 2009 May [cited 2013 Oct 3];23(4):ii–iv. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19338519>
 100. Agich GJ. The question of method in ethics consultation. *Am J Bioeth* [Internet]. 2001 Jan [cited 2013 Sep 20];1(4):31–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11954634>
 101. Porz R, Landeweer E, Widdershoven G. Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):354–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790689>
 102. Bean S. Navigating the murky intersection between clinical and organizational ethics: a hybrid case taxonomy. *Bioethics* [Internet]. 2011 Jul [cited 2013 Sep 3];25(6):320–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20002069>
 103. Kon AA. The shared decision-making continuum. *JAMA* [Internet]. 2010 Aug 25 [cited 2013 Sep 21];304(8):903–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20736477>
 104. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin Giles N, Meyer-Zehnder B. Evidence - competence - discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):403–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790694>
 105. Frolic a. Who are we when we are doing what we are doing? the case for mindful embodiment in ethics case consultation. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):370–82. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L362232165>
 106. Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, Juknialis BW, Smith EM. A national survey of hospital ethics committees. *Crit Care Med* [Internet]. 1983 Nov [cited 2013 Sep 23];11(11):902–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6627962>

107. McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth* [Internet]. 2001 Jan [cited 2013 Sep 23];1(4):60–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11954647>
108. Aulisio MP, Moore J, Blanchard M, Bailey M, Smith D. Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Camb Q Healthc Ethics* [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Oct 2];18(4):371–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715624>
109. Milmore D. Hospital ethics committees: a survey in Upstate New York. *HEC Forum* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Oct 10];18(3):222–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650761>
110. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 20];7(2):13–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366184>
111. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Oct 3];85(5):433–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2861972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
112. Johnson LS, Lesandrini J, Rozycki GS. Use of the medical Ethics Consultation Service in a busy Level I trauma center: impact on decision-making and patient care. *Am Surg* [Internet]. 2012 Jul [cited 2013 Oct 3];78(7):735–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748529>
113. Courtwright A, Brackett S, Cist A, Cornelia Cremens M, Krakauer EL, Robinson EM. The Changing Composition of a Hospital Ethics Committee: A Tertiary Care Center’s Experience. *HEC Forum* [Internet]. 2013 Aug 2 [cited 2013 Oct 3]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23907593>
114. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, Macrae SK, Tracy CS. Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): phase 1-- descriptive analysis of nine clinical ethics services. *J Med Ethics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Oct 3];31(9):505–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1734223&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
115. Coughlin MD, Watts J. A descriptive study of healthcare ethics consultants in Canada: results of a national survey. *HEC Forum* [Internet]. 1993 May [cited 2013 Sep 21];5(3):144–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127439>
116. Frolic A, Jennings B, Seidlitz W, Andreychuk S, Djuric-Paulin A, Flaherty B, et al. From reactive to proactive: developing a valid clinical ethics needs assessment survey to support ethics program strategic planning (part 1 of 2). *HEC Forum* [Internet]. 2013 Mar [cited 2013 Sep 3];25(1):47–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23184460>

117. Frolic A, Andreychuk S, Seidlitz W, Djuric-Paulin A, Flaherty B, Jennings B, et al. Implementing a clinical ethics needs assessment survey: results of a pilot study (part 2 of 2). *HEC Forum* [Internet]. 2013 Mar [cited 2013 Sep 19];25(1):61–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23212651>
118. Slowther AM, McClimans L, Price C. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Sep 20];38(4):210–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22167385>
119. Caminiti C, Diodati F, Gatti A, Santachiara S, Spinsanti S. Current functions of Italian ethics committees: a cross-sectional study. *Bioethics* [Internet]. 2011 May [cited 2013 Sep 3];25(4):220–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19860746>
120. Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Sep 19];23(8):460–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549426>
121. Wenger NS, Golan O, Shalev C, Glick S. Hospital ethics committees in Israel: structure, function and heterogeneity in the setting of statutory ethics committees. *J Med Ethics* [Internet]. 2002 Jun [cited 2013 Sep 21];28(3):177–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1733581&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
122. Zhou P, Xue D, Wang T, Tang ZL, Zhang SK, Wang JP, et al. Survey on the function, structure and operation of hospital ethics committees in Shanghai. *J Med Ethics* [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Sep 21];35(8):512–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644011>
123. Kon AA. Clinical ethics consultants: advocates for both patients and clinicians. *Am J Bioeth* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 21];12(8):15–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852535>
124. Finder SG, Bliton MJ. Responsibility after the apparent end: “following-up” in clinical ethics consultation. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):413–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790695>
125. Smith ML, Weise KL. The goals of ethics consultation: rejecting the role of “ethics police”. *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 23];7(2):42–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366193>
126. Strech D, Hurst S, Danis M. The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4-stage process. *Med Care* [Internet]. 2010 Sep [cited 2013 Sep 20];48(9):821–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3622545&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
127. Tarzian AJ. Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities’ core

- competencies update task force. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 23];13(2):3–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391049>
128. Altisent R, Martín-Espildora N, Delgado-Marroquín MT. Health care ethics consultation. Individual consultant or committee model?: pros and cons. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391056>
 129. Rasmussen LM. Patient advocacy in clinical ethics consultation. *Am J Bioeth* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 20];12(8):1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852531>
 130. Antommaria AHM. Empowering, teaching, and occasionally advocating: clinical ethics consultants' duties to all of the participants in the process. *Am J Bioeth* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 20];12(8):11–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852533>
 131. Fiester A. The “difficult” patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. *Am J Bioeth* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 23];12(5):2–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548510>
 132. Landy DC, Goodman KW, Brosco JP. Clinical ethics and patient satisfaction: the practical significance of distinguishing ethics and morals. *Am J Bioeth* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 23];12(5):20–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548518>
 133. Kuczewski MG. Talking about spirituality in the clinical setting: can being professional require being personal? *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Jul [cited 2013 Sep 23];7(7):4–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370>
 134. Rentmeester CA, George C. Legalism, countertransference, and clinical moral perception. *Am J Bioeth* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Sep 23];9(10):20–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19998079>
 135. Agich GJ. Education and the improvement of clinical ethics services. *BMC Med Educ* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13:41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3608248&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 136. Swetz KM, Hook CC, Henriksen Hellyer JM, Mueller PS. Health care ethics consultation competences and standards: a roadmap still needing a compass. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 23];13(2):20–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391053>
 137. Bishop JP, Fanning JB, Bliton MJ. Of goals and goods and floundering about: a dissensus report on clinical ethics consultation. *HEC Forum* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Sep 23];21(3):275–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19669702>

138. Engelhardt HT. Credentialing strategically ambiguous and heterogeneous social skills: the emperor without clothes. *HEC Forum* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Sep 23];21(3):293–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705284>
139. Silverman HJ, Bellavance E, Childs BH. Ensuring quality in clinical ethics consultations: perspectives of ethicists regarding process and prior training of consultants. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 23];13(2):29–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391058>
140. Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics* [Internet]. 1996 Jan [cited 2013 Oct 9];7(2):122–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8889887>
141. Wojtasiewicz ME. Damage compounded: disparities, distrust, and disparate impact in end-of-life conflict resolution policies. *Am J Bioeth* [Internet]. [cited 2013 Sep 21];6(5):8–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16997811>
142. Jotkowitz AB. Ethics consultation: whose ethics? *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 21];7(2):41–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366192>
143. Goold SD, Stern DT. Ethics and professionalism: what does a resident need to learn? *Am J Bioeth* [Internet]. [cited 2013 Sep 23];6(4):9–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885093>
144. Mueller PS, Koenig BA. Systematic review of ethics consultation: a route to curriculum development in post-graduate medical education. *Am J Bioeth* [Internet]. [cited 2013 Sep 23];6(4):21–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885096>
145. Craig JM, May T. Ethics consultation as a tool for teaching residents. *Am J Bioeth* [Internet]. [cited 2013 Sep 20];6(4):25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885098>
146. Ford PJ, Boissy AR. Different questions, different goals. *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 20];7(2):46–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366195>
147. Adams DM. Ethics expertise and moral authority: is there a difference? *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):27–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391057>
148. Abma T a, Baur VE, Molewijk B, Widdershoven G a M. Inter-ethics: towards an interactive and interdependent bioethics. *Bioethics* [Internet]. 2010 Jun [cited 2013 Sep 3];24(5):242–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500761>
149. Trachtman H. Bioethicist: consultant or judge? *Am J Bioeth* [Internet]. 2001 Jan [cited 2013 Sep 23];1(4):W6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12861991>

150. Belkin G. Impact and accountability: improvement as a competency challenges the purposes of bioethics. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):14–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391050>
151. Fiester A. The failure of the consult model: why “mediation” should replace “consultation”. *Am J Bioeth* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 20];7(2):31–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366187>
152. Fiester A. Mediation and recommendations. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):23–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391055>
153. Cribb A. Translational ethics? The theory-practice gap in medical ethics. *J Med Ethics* [Internet]. 2010 Apr [cited 2013 Oct 8];36(4):207–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20338930>
154. Dispõe sobre a aprovação das normas de pesquisa em saúde. Brasil: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União 14 junho.; 1988.
155. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasil: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União em 16 de outubro.; 1996 p. 21082–5.
156. Diretrizes e Normas para a Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasil: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União 13 junho.; 2013 p. 59.
157. Procedimentos para Uso Científico de Animais. Brasil: Diário Oficial da União.9 de outubro.; 2008 p. 1–2.
158. Dispõe sobre a instalação e o funcionamento das Comissões de Ética no Uso de Animais (CEUAs). Brasil: Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Controle e Experimentação Animal. Diário Oficial da União de 12 de julho.; 2010 p. 10.
159. UFRGS. The University Ranking [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.ufrgs.br/english/the-university/ranking>
160. HCPA. Histórico Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>
161. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience. *J Int Bioethique* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 1];19(1-2):181–92, 207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664010>
162. Goldim JR, Francisconi CF. Os comitês de ética hospitalar. *Rev Med ATM*. 1995;15(1):327–34.

5 ARTIGOS

A seguir serão apresentados os três artigos originados a partir desta tese, onde estão descritos os respectivos Métodos, Resultados, Discussão e Referências de cada um deles.

5.1 ARTIGO 1

Características dos Profissionais Solicitantes e Referenciais Teóricos Envolvidos em Consultorias de Bioética Clínica.

Autores: Bruna Pasqualini Genro; José Roberto Goldim.

Este artigo será submetido para publicação ao periódico *Mayo Clinic Proceedings*.

Características dos Profissionais Solicitantes e Referenciais Teóricos Envolvidos em Consultorias de Bioética Clínica

Introdução

As mudanças sociais e tecnológicas para a prática da medicina levaram ao envolvimento de consultores de Bioética, advogados, juízes e outras pessoas no processo de tomada de decisão médica, que antes era apenas domínio do médico (1). Esta mudança de perspectiva levou também a uma grande alteração nas relações entre as diversas partes envolvidas nos cuidados à saúde, incluindo tanto os profissionais, como os pacientes e seus familiares. A intervenção de inúmeras outras pessoas na relação médico-paciente ampliou e dificultou o processo de tomada de decisão.

Neste cenário de mudanças culturais e científicas, que surge a possibilidade e a necessidade das consultorias de Bioética Clínica. A Bioética surge como uma área de intersecção de várias disciplinas, discursos e organizações que trazem novas questões com os avanços da ciência (2).

Quando os dilemas éticos surgem no âmbito de assistência à saúde, surge a necessidade de fazer uma reflexão no âmbito da Bioética Clínica, que pode ser entendida como sendo a identificação, análise e resolução de problemas ou dilemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes (3). As consultorias de Bioética Clínica são um importante instrumento para transposição das reflexões bioéticas para o ambiente assistencial.

Van Rensselaer Potter quando utilizou o termo Bioética, em 1970, enfatizou os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, os conhecimentos biológicos e os valores humanos (4). A abordagem bioética é a busca de soluções para os conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica (5).

Uma característica fundamental da Bioética é a sua visão pluralista, que permite que ela sirva como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais (6).

A abordagem da Bioética Complexa, entendida como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (7), permite uma perspectiva abrangente. As consultorias de Bioética Clínica analisadas neste trabalho foram realizadas utilizando esta abordagem, que utiliza como referenciais teóricos os Princípios, os Direitos Humanos, as Virtudes e a Alteridade. Todos estes referenciais sendo utilizados como elementos de fundamentação para as justificativas e para a argumentação.

O referencial ético das Virtudes tem por base os comportamentos individuais esperados e tidos como adequados, ou seja, é uma proposta baseada em características próprias do indivíduo (8).

O referencial ético dos Princípios, baseado na noção de deveres *prima facie* (9), deve orientar o raciocínio e não ser apenas um elemento taxonômico para os dilemas. Tom Beauchamp e James Childress consagraram o uso dos Princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos, a exemplo do que já havia sido utilizado no Relatório Belmont (10,11).

O referencial ético dos Direitos Humanos busca analisar as questões bioéticas a partir da perspectiva dos direitos e não dos deveres associados, mudando a perspectiva dos Princípios (12). A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) consagrou este referencial teórico, ao reconhecer a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da bioética (13). Os Direitos Humanos podem ser caracterizados em três grandes grupos, de acordo com a abrangência de suas propostas: os Direitos Humanos Individuais, que são os direitos que dizem respeito a cada pessoa individualmente; os Direitos Humanos Coletivos, que envolvem os direitos do indivíduo em relação ao seu grupo e aos bens; e os Direitos Humanos Transpessoais, que são atribuídos genericamente a todas as formações sociais, protegendo interesses de titularidade coletiva ou difusa (14).

O referencial ético da Alteridade, ou Outridade, parte do pressuposto da primazia do direito do outro e pela correspondente obrigação a este respeito (15). Ao invés do indivíduo agir frente ao outro como gostaria de ser tratado e que isto deveria ser uma norma universal, é a descoberta do outro que impõe a conduta adequada (16).

Embora as questões práticas sejam priorizadas na assistência ao paciente, é reconhecida a importância da teoria no processo de tomada de decisão, com o objetivo de

salvaguardar o rigor científico e coerência. A fundamentação teórica não contraria a aceitabilidade e a aplicação prática, mas ajuda a melhorar a qualidade geral da abordagem da consultoria de Bioética (17).

Nas consultorias de Bioética, os aspectos práticos podem ser fundamentados por reflexões teóricas. Na realização das consultorias, uma abordagem teórica mais ampla do problema, quando utilizada, permite demonstrar o que é importante, desde o ponto de vista de relevância teórica (18).

O objetivo deste artigo é descrever as consultorias de Bioética Clínica, por meio das características dos profissionais solicitantes, da sua ocorrência e dos referenciais teóricos associados.

Método

Foi realizado um estudo transversal de todas as 317 consultorias de Bioética Clínica realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de fevereiro de 2009 até abril de 2013, que tiveram registros nos prontuários de 300 pacientes atendidos nas unidades de internação.

O HCPA é o Hospital Geral Universitário, com 845 leitos, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), avaliada como a melhor Universidade do Brasil pelo Ministério da Educação (19). Desde 1993, o HCPA realiza atividades na área de Bioética Clínica, quando foi criado o Programa de Atenção aos Problemas de Bioética, primeiro Comitê de Bioética Clínica a ser constituído no Brasil. Em 2009, foi criado o Serviço de Bioética do HCPA, que ampliou as atividades já desenvolvidas e permitiu o registro, pelos próprios consultores, das informações relacionadas às consultorias de Bioética Clínica diretamente no prontuário dos pacientes (20).

O levantamento dos prontuários foi fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do Hospital, que é o responsável pela guarda e manutenção destes registros, com o uso do Aplicativo para Gestão Hospitalar (AGH). Após esta identificação, os dados foram coletados a partir de busca diretamente realizada no prontuário eletrônico dos pacientes, por meio do sistema AGH, com uma senha de acesso específica para

o perfil de pesquisador. As informações coletadas foram armazenadas em um banco de gerenciamento de dados utilizando o programa Office Access[®].

Os dados associados às características dos profissionais que solicitaram consultoria foram coletados no registro específico do prontuário eletrônico, onde ficam registradas as consultorias e as informações do solicitante. Na caracterização dos profissionais as variáveis consideradas foram: sexo e categoria profissional; Serviço Médico ao qual o paciente está vinculado.

Para avaliar os referenciais teóricos envolvidos nas consultorias foram utilizados os dados associados à sua solicitação, assim como a respectiva resposta do consultor, a evolução em prontuário, os registros de outras consultorias solicitadas pela equipe assistencial, e a própria nota de alta.

Os referenciais teóricos utilizados foram analisados a partir da abordagem complexa da Bioética, utilizando quatro grandes referenciais: Virtudes, Princípios, Direitos Humanos e Alteridade. Na avaliação destas consultorias, as diferentes características destes referenciais foram analisadas como categorias independentes, podendo ocorrer sobreposições, quando identificada a sua presença simultânea.

Para a caracterização dos referenciais teóricos, foram utilizadas as seguintes categorias: - Virtudes, subdividida em Polidez, Fidelidade, Prudência, Temperança, Coragem, Justiça, Generosidade, Compaixão, Gratidão, Humildade, Simplicidade, Tolerância, Boa-fé, Humor e Amor (21); - Princípios, subdivididos em Beneficência (Fazer o Bem e Evitar o Mal); Respeito às pessoas (Veracidade, Voluntariedade, Autonomia e Autodeterminação), e Justiça (Controle Social, Vulnerabilidade e Não Discriminação) (10); - Direitos Humanos, subdivididos em Direitos Individuais (o direito à Vida, à Liberdade, à Privacidade e à Não Discriminação), Direitos Coletivos (Direitos à Saúde, Educação e Assistência Social), e Direitos Transpessoais (Direitos Ambientais e Solidariedade) (14); - Alteridade, subdividida em Copresença Ética, Corresponsabilidade e Não Neutralidade (22).

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, utilizando frequências relativas e medidas de tendência central e de variabilidade, obtidas no sistema SPSS versão 18.

Os dados institucionais gerais do Hospital, utilizados na discussão, foram obtidos diretamente no sistema de Informações Gerenciais (IG) disponíveis na intranet do HCPA (23).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (GPPG110591).

Resultados

A maioria dos 300 profissionais que fizeram a solicitação formal de consultoria por meio do prontuário eletrônico do paciente eram do sexo feminino, totalizando 186 (62,0%) profissionais.

Em relação à Categoria Profissional do Solicitante, foi possível identificar que 284 (94,7%) solicitantes eram médicos e 16 (5,3%) eram enfermeiros. Este pequeno número de categorias profissionais solicitantes pode ser devido a restrições de perfis de acesso impostas pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado no Hospital. Outro dado importante é que, dos 284 médicos solicitantes, foi possível identificar em 162 (54,1%) casos, com base exclusivamente nas informações contidas nos prontuários, a sua posição na equipe assistencial. Dos médicos solicitantes, 158 (52,7%) eram médicos residentes, 2 (0,7%) eram médicos contratados e 2 (0,7%) professores da Faculdade de Medicina, que atuam como médicos assistentes responsáveis por equipes assistenciais.

No período analisado (julho/2009-abril/2013), o Hospital teve um total de 113.906 internações, sendo realizadas 300 consultorias de Bioética Clínica no mesmo período, correspondendo a uma incidência de 0,26%, ou seja, 26 consultorias a cada 10.000 internações.

O HCPA, desde o ponto de vista assistencial, é composto de 40 diferentes serviços médicos. Neste período, 30 (75,0%) serviços solicitaram, ao menos uma vez, consultorias de Bioética. Apenas três serviços médicos apresentaram demanda de consultorias superior a 5%. O Serviço de Medicina Interna demandou 67 (22,3%) consultorias, com uma incidência de 0,77%. O Serviço de Pediatria demandou 47 (15,7%) consultorias, com incidência igual a

0,86%. O Serviço de Psiquiatria solicitou 28 (9,3%) consultorias, com uma incidência de 1,96% (Gráfico 1).

Outros serviços médicos se destacaram, não pela demanda absoluta, mas sim pela incidência de suas consultorias. O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que teve 5 (1,7%) consultorias, teve uma incidência de 4,12%. O Serviço de Infectologia, com 9 (3,0%) consultorias, apresentou uma incidência de 3,28%. E finalmente, o Serviço de Tratamento da Dor, que teve apenas uma (0,3%) consultoria, teve uma incidência de 1,22%.

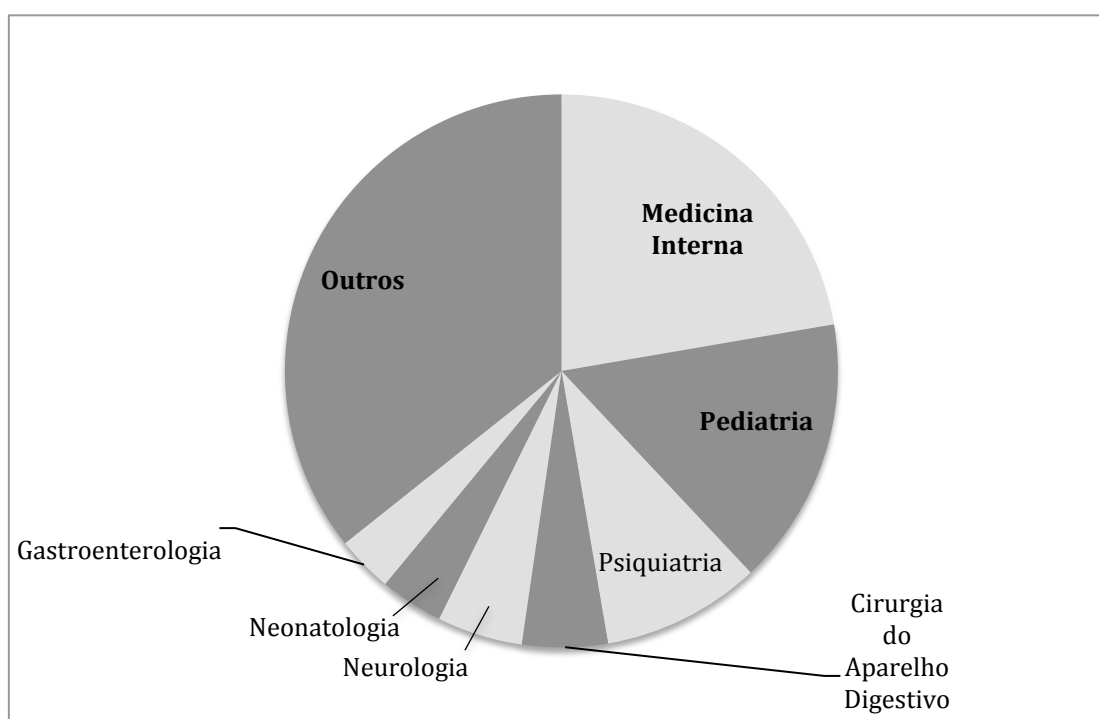


Gráfico 1 – Distribuição de solicitações de consultorias de Bioética Clínica por serviço médico. Outros: representa os demais 23 serviços que individualmente não totalizaram mais de 3% das demandas (N=300).

Em relação aos referenciais teóricos utilizados, as quatro teorias éticas foram identificadas em praticamente todas as consultorias. Em uma consultoria não foi possível identificar, nos registros avaliados, os referenciais éticos envolvidos no caso. Em todos os 299 (99,3%) casos, que tinham dados que permitiam a sua avaliação, o referencial das Virtudes estava presente. O referencial dos Princípios esteve presente em 298 (99,0%) casos; o

referencial dos Direitos Humanos em 293 (97,3%) e o Referencial da Alteridade em 284 (94,4%).

Nas 300 consultorias analisadas, em 191 (63,7%) foram identificadas de seis a oito virtudes das 15 relacionadas a este referencial. Considerando apenas as virtudes que tiveram mais de 50% de ocorrência, sete virtudes podem ser destacadas: a Temperança, identificada em 244 (81,4%) casos; seguida da Coragem em 220 (73,4%); da Tolerância em 194 (64,7%); da Prudência em 186 (62,0%); da Humildade em 184 (61,3%); da Compaixão em 183 (61,0%) e da Boa-fé em 151 (50,3%). A Gratidão foi a Virtude menos presente, identificada em apenas 7 (2,3%) casos.

Dentre os Princípios, a Beneficência foi a mais recorrente, identificada em 295 (98,3%) consultorias; seguida do Respeito às Pessoas em 251 (83,4%) e da Justiça em 207 (68,8%). Evitar o Mal, vinculado ao Princípio da Beneficência, foi o referencial mais utilizado nas consultorias, estando presente em 202 (67,2%) casos, em contraste com Fazer o Bem, que esteve presente em 113 (37,7%) consultorias. A questão da Vulnerabilidade, associada ao Princípio de Justiça, foi identificada em 166 (55,3%) das consultorias, já a questão do Controle Social, dentro do mesmo Princípio, foi identificado em apenas 20 (6,7%) casos. As questões envolvendo Voluntariedade e Autodeterminação, ambas dentro do Princípio de Respeito às Pessoas, estiveram presentes em 132 (44,0%) e 131(43,7%) casos, respectivamente.

Em relação ao Referencial Teórico dos Direitos Humanos, os Direitos Individuais, foram os mais presentes nas consultorias, sendo identificados em 284 (94,4%) casos; seguidos dos Direitos Coletivos em 206 (68,4%) casos; e por fim, os Direitos Transpessoais, presentes em 78 (25,9%) casos. A questão mais relevante envolvida nas consultorias, dentro do referencial teórico dos Direitos Humanos, foi a Não Discriminação, dentro dos Direitos Individuais, presente em 178 (59,3%) casos. A segunda questão mais evidente foi o Direito à Saúde, dentro dos Direitos Coletivos, identificada em 172 (57,3%) consultorias. O terceiro elemento mais relevante nas discussões envolvendo Direitos Humanos foi o Direito à Vida, dentro dos Direitos Individuais, sendo identificado em 154 (51,3%) casos. A questão menos evidenciada nas consultorias analisadas foi o Direito à Educação, dentro dos Direitos Coletivos, presente em apenas 5 (1,7%) casos.

Considerando o referencial teórico da Alteridade, a Corresponsabilidade foi a questão mais relevante identificada nas consultorias de bioética, estando presente em 253 (84,3%) dos casos. As discussões envolvendo Não Neutralidade foram identificadas em 146 (48,7%) casos e Copresença Ética em 123 (41,0%) casos.

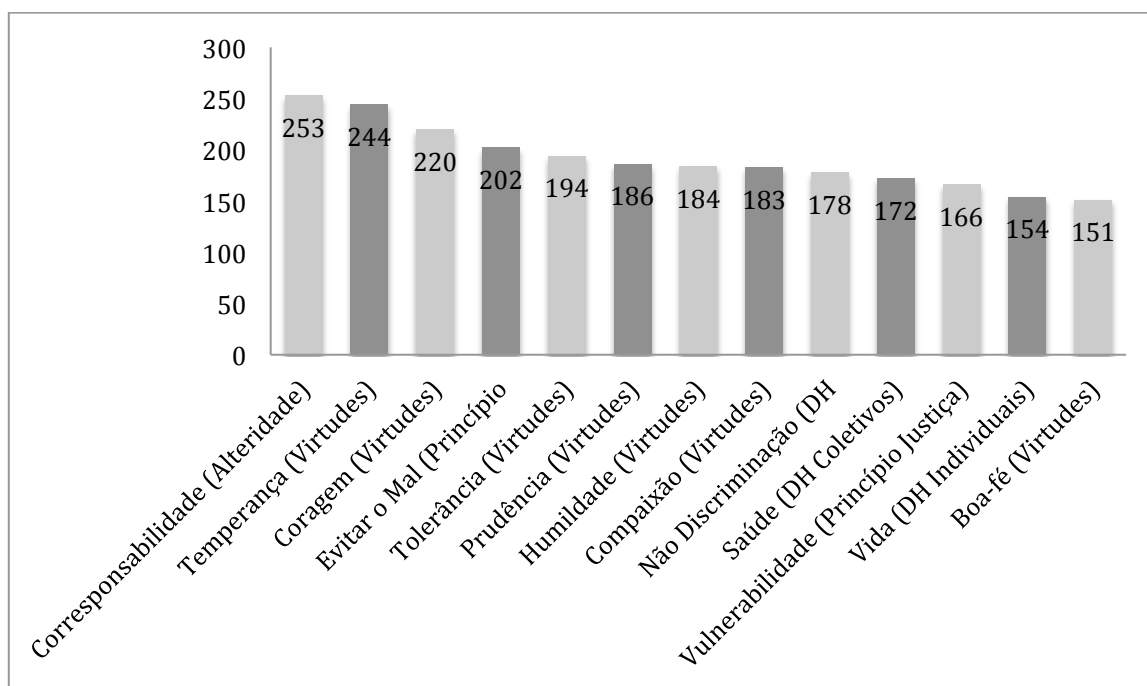


Gráfico 2 – Questões mais frequentes dentre os referenciais teóricos nas consultorias de Bioética Clínica. Representadas em número absoluto (N=300). DH= Direitos Humanos.

Discussão

A maioria dos profissionais que fizeram a solicitação formal de consultoria era do sexo feminino, que coincide com a distribuição dos profissionais médicos, não sendo este um fator decisivo para a solicitação de consultorias. Vale lembrar que todas as solicitações realizadas pela Enfermagem foram feitas por mulheres, o que também reflete a presença majoritária feminina neste segmento profissional.

A maioria dos solicitantes foram médicos, predominantemente médicos residentes. Isto pode refletir a prática e o funcionamento hierárquico das equipes assistenciais dos

diferentes serviços médicos. A maior parte dos registros na evolução nos prontuários de pacientes é realizada também por médicos residentes. As consultorias solicitadas tinham como temas centrais as questões da Morte e do Morrer, o Relacionamento Profissional e o Consentimento Informado, todos envolvendo o processo de tomada de decisões sob responsabilidade dos médicos. As consultorias solicitadas pelas Enfermeiras, envolvidos no cuidado direto e continuado, geralmente envolveram as questões de relacionamento com pacientes e familiares.

Dos 40 serviços médicos do Hospital, 10 não solicitaram consultorias de Bioética. Muitos destes serviços não se caracterizam pelo atendimento de pacientes em nível de internação. Os Serviços de Urologia e de Mastologia, que internam um grande número de pacientes, estão neste segmento. O Serviço de Urologia, que é responsável pela internação dos pacientes transexuais, atende estes pacientes com o encaminhamento prévio das questões bioéticas, que foram discutidas em consultorias ambulatoriais de Bioética.

Considerando-se apenas os serviços que demandaram consultorias de Bioética Clínica, a média foi de 10 solicitações por serviço e a incidência foi de 0,26%. Comparando-se estes dados com a única referência bibliográfica que apresenta este mesmo índice, a incidência aqui verificada foi superior à já publicada, que era de 0,16%, relativa a um hospital norte-americano (24). A distribuição da demanda de consultorias teve uma grande variação entre os serviços, com valores desde uma até 67 solicitações. O número de consultorias tem sido utilizado como uma medida substituta de visibilidade e acessibilidade dos serviços de Bioética Clínica, podendo ser considerado um marcador de eficácia, embora existam pontos de vista conflitantes quanto à sua legitimidade (25).

O Serviço de Psiquiatria apresentou uma alta demanda absoluta e relativa de consultorias, evidenciada pelas suas solicitações, tanto pelo número, 47 casos, quanto pela incidência, 1,96%. Na literatura a incidência da demanda da Psiquiatria foi de 0,07%, bastante inferior à verificada nesta pesquisa (24). A Psiquiatria apresenta problemas bioéticos geralmente relacionados à capacidade dos pacientes, tanto em termos de tomada de decisão, quanto ao exercício de sua autonomia. Exatamente por se tratar de pacientes psiquiátricos, existe uma necessidade de refletir sobre a preservação e os limites desta capacidade.

A maior demanda numérica de consultorias de Bioética Clínica foi do Serviço de Medicina Interna, com 67 solicitações e incidência de 0,77%, que pode ser em parte explicada

pelo grande número de pacientes atendidos, terceira demanda institucional de internações, e pela ampla diversidade de situações assistenciais, sociais e familiares.

O Serviço de Pediatria, também apresentou uma demanda importante, pois solicitou 47 consultorias e teve uma incidência de 0,86%. Este serviço apresenta características peculiares por atender pacientes menores, que são por definição legalmente incapazes, acarretando o envolvimento direto de familiares, também fragilizados pela situação de doença, no processo de tomada de decisão. Vale destacar que, neste período, todas as solicitações de consultoria de Bioética realizadas pela Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica estavam agregadas ao Serviço de Pediatria. Estes pacientes, de maior gravidade, agregam maior potencial de conflitos familiares e sociais.

A grande demanda assistencial, avaliada isoladamente, não justifica por si só, o número de solicitações. Alguns serviços, apesar de terem um alto número de internações no mesmo período analisado, tiveram baixa frequência de solicitações de consultorias de Bioética, por motivos variados. O Serviço de Emergência, que representa 18,1% das internações no Hospital, solicitou 1,7% das consultorias e uma incidência de 0,03%. O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que representa 15,2% das internações e solicitou 3,0% das consultorias, com uma incidência de 0,06%. Este valor se aproxima ao verificado em um hospital norte-americano, com uma incidência de 0,04% (24). Isto pode ser devido à pressão de demanda existente neste tipo de atendimento e ao curto período de internação dos pacientes.

Contrariamente, serviços que têm um pequeno número de internações, mas que tratam de pacientes com potenciais problemas, que necessitam de consultorias na área de Bioética Clínica, têm alta incidência, pois a relação entre o número de solicitações e pacientes atendidos fica magnificada. São exemplos desta situação os Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, de Infectologia e de Tratamento da Dor.

Algumas áreas assistenciais ficam prejudicadas nesta forma de avaliação de solicitação de consultorias na área de Bioética Clínica. Os pacientes atendidos no Serviço de Medicina Intensiva são um exemplo desta situação. O vínculo assistencial destes pacientes, contido nos registros em prontuário, permanece com as equipes assistenciais de origem, predominantemente o Serviço de Medicina Interna. Caso fosse considerada a referência

geográfica dos pacientes, a análise dos serviços vinculados às especialidades clínicas e cirúrgicas ficaria prejudicada, devido à alocação dinâmica de leitos utilizada na Instituição.

Quanto aos referenciais teóricos utilizados nas consultorias de Bioética Clínica, é possível identificar uma coerência entre as citações identificadas. Uma primeira constatação é que todos os referenciais foram identificados em grande número. Isto pode evidenciar a diversidade de argumentos que podem ser utilizados na abordagem das situações propostas nas solicitações de consultoria. Outra importante constatação é de que os problemas éticos apresentam uma grande complexidade, que pode ser demonstrada pelas inúmeras interfaces envolvidas nestas situações (26). A ampliação dos referenciais teóricos utilizados nas consultorias propicia, como já foi preconizado em outros estudos, maior qualidade à reflexão dos problemas a serem enfrentados (18).

Não foram localizadas referências bibliográficas sobre a utilização de aspectos referentes a Virtudes, Princípios, Direitos Humanos e Alteridade como elementos de argumentação e justificação na prática sistematizada de realizar consultorias de Bioética Clínica, embora haja alguns trabalhos abordando sua importância na Bioética (27–29). Foram utilizadas múltiplas estratégias de busca em diferentes bases de dados, especialmente no PUBMED.

Considerando o referencial das Virtudes, a Temperança foi a mais frequente (81,4%), sendo também o segundo referencial mais utilizado, considerando-se o conjunto de todas as observações. A Temperança pode ser entendida como moderação, como comedimento. Ela não visa superar os limites, mas respeitá-los (21). Esta é uma virtude essencial no cuidado aos pacientes, pois o comedimento é imprescindível quando se avalia se uma medida pode ser considerada como sendo ordinária ou extraordinária. A obstinação terapêutica, por exemplo, é fruto da perda da noção de Temperança aplicada à avaliação de medidas na área assistencial.

A Coragem, identificada em 73,3% das consultorias, é outra virtude essencial às atividades dos profissionais de saúde. A coragem não é a ausência do medo, mas a capacidade de superá-lo, por uma vontade mais forte e mais generosa. Está no meio-termo entre a covardia e a temeridade, pode ser entendida como a ação de fazer aquilo que se deve fazer, e por isso é tão presente nas questões assistenciais, pois por mais que os profissionais sintam medo diante de algumas situações, ele é superado pelo dever de prestar assistência.

Outras Virtudes também estiveram presentes em mais de 60% das consultorias de Bioética: Tolerância, no sentido de aceitar e considerar as diferenças, principalmente em termos de crenças e desejos envolvidos; Prudência, no sentido de bom senso, entendido como razão prática, para orientar as decisões; Humildade, sendo a virtude de reconhecer que se pode estar errado, permitindo a aprendizagem; e Compaixão, no significado de Simpatia (30), ou seja, de reconhecer uma relação de ajuda para uma pessoa que está sofrendo. Por outro lado, a Virtude da Gratidão foi encontrada em apenas 2,3% dos casos, geralmente em consultorias envolvendo concessão de imagens ou informações dos pacientes para pesquisas realizadas pela equipe assistencial. A Gratidão pode estar presente nas relações envolvendo os cuidados à saúde, principalmente de pacientes e familiares em relação à equipe assistencial, mas não é um referencial importante quando da discussão dos problemas bioéticos nas consultorias.

A avaliação isolada dos itens e subitens do referencial baseado em Princípios evidencia uma coerência na sua utilização. Isto pode ser demonstrado pelos altos valores obtidos pelos itens Evitar o Mal, Vulnerabilidade, Voluntariedade e Autodeterminação, que foram os quatro mais citados, com mais de 40% de referências. Eles demonstram a preocupação das equipes assistenciais com a possibilidade de dano e sofrimento, mas sem destituir a participação dos interessados no processo de tomada de decisão. Os dois itens de menor citação foram a Confidencialidade e o Controle Social. A Confidencialidade é uma característica tão marcante do comportamento profissional, que não mereceu maior destaque nas consultorias, justamente por ser adequadamente abordada. O baixo volume de referências ao Controle Social pode ser justificado pelas consultorias referirem-se a pacientes individuais, onde as questões de microalocação de recursos prevalecem sobre as questões sociais no processo de tomada de decisão das equipes.

Considerando o referencial dos Direitos Humanos, os mais relevantes foram os Direitos Individuais, seguidos pelos Direitos Coletivos e, de forma menos presente, os Direitos Transpessoais, demonstrando que o foco da assistência é efetivamente o indivíduo. O Direito à Não Discriminação, vinculado aos Direitos Individuais, foi o mais utilizado, evidenciando a amplitude das diferenças presentes nos problemas bioéticos, tanto culturais quanto de interesses e desejos associados. O Direito à Vida também foi bastante utilizado, já que sempre permeia as discussões bioéticas, envolvendo as questões de Morte e Morrer, especialmente no que concerne à não implementação de novas terapias fúteis de suporte em

pacientes incapazes de tomar decisões. O Direito Coletivo mais evidente foi o Direito à Saúde, já que este é um direito garantido pela Constituição Federal brasileira, em seu Artigo 196, que ao afirmar que “a saúde é um direito de todos e dever do estado” (31), deixando claro que este é um direito Coletivo, ou seja, para todos, e não Individual. Esta questão evidencia problemas de acesso às mais diversas formas de assistência através do sistema, desde dificuldade para garantir tratamentos e procedimentos até questões de demandas terapêuticas sem indicação técnica. Os Direitos Transpessoais foram consideravelmente menos utilizados, embora a Solidariedade possa estar presente nas inter-relações, alguns poucos casos envolveram diretamente as questões de Solidariedade como um referencial central. Os Direitos Ambientais também estiveram esparsamente presentes em alguns casos, especialmente envolvendo questões de doenças infecto-contagiosas que exigiam a restrição do paciente ao leito, e questões relacionadas à revelação de HIV.

O referencial da Alteridade, como um todo, foi o menos presente nas consultorias. Paradoxalmente, a Corresponsabilidade foi a característica mais identificada nas consultorias (84,3%). Certamente é uma característica intrínseca à assistência, pois todos os profissionais, de alguma forma envolvidos nos cuidados, sejam eles médicos, enfermeiros ou consultores de Bioética, compartilham a responsabilidade pelo melhor interesse do paciente.

Utilizando-se uma perspectiva complexa dos diferentes referenciais utilizados, para buscar uma visão abrangente das consultorias, é possível identificar uma coerência na sua utilização, pois a Temperança pode ser associada ao Evitar o Mal, que se vincula a Não Discriminação e a Corresponsabilidade.

Considerações Finais

Com base nos dados obtidos na presente pesquisa é possível identificar que os profissionais solicitantes das consultorias são predominantemente os médicos residentes, com uma distribuição sexual que se assemelha a verificada nos grupos estudados como um todo.

Quanto à ocorrência, as solicitações de consultorias de Bioética Clínica verificadas no HCPA são superiores às de outras instituições hospitalares. Destacaram-se os Serviços de Medicina Interna, Pediatria e Psiquiatria, quando se considera o número de consultorias.

Utilizando a incidência de solicitações, se incluem os Serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de Infectologia e do Tratamento da Dor.

Embora algumas características das consultorias de Bioética Clínica possam ser apenas representativas do perfil populacional, como o sexo dos solicitantes, e da organização da instituição, como a categoria profissional e quais serviços estavam vinculados à demanda, foi verificado uma coerência do tipo de atuação que a Bioética Clínica vem desenvolvendo há 20 anos na Instituição com as características apresentadas pelas demandas dos diferentes serviços.

Foi observada uma convergência em relação aos diversos referenciais utilizados, demonstrando que a abordagem teórica das consultorias deve contemplar a complexidade também presente na transposição prática. Os referenciais que foram identificados com mais frequência indicam que o foco da assistência está nos interesses do paciente. Neste mesmo foco devem se embasar as consultorias de Bioética Clínica, compartilhando o mesmo objetivo comum, que é estabelecer uma relação que permita a melhor assistência possível ao paciente.

Referências

1. Rothman DJ. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making (Google eBook) [Internet]. New York: Transaction Publishers; 1991 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=RWJKJnBUxtcC&pgis=1>
2. O'Neill O. Autonomy and Trust in Bioethics [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cited 2013 Oct 6]. Available from: http://books.google.com/books?id=F_2z0qJgrUoC&pgis=1
3. Bioethics Thesaurus [Internet]. Washington D.C: Bioethics Information Retrieval Project, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tm1qAAAAMAAJ&pgis=1>
4. Potter VR. Bioethics: bridge to the future [Internet]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=5mpEAAAAYAAJ&pgis=1>
5. Durand G. A bioética: natureza, princípios, objetivos [Internet]. São Paulo: Paulus; 1995 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=nphFAQAACAAJ&pgis=1>
6. Engelhardt HT jr. Manuale di bioetica [Internet]. Milano: Il Saggiatore; 1999 [cited 2013 Oct 8]. Available from: http://books.google.com/books?id=_IHvPAAACAAJ&pgis=1
7. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86–92.
8. Aristóteles. Ética a Nicômaco [Internet]. São Paulo: Edipro; 2007 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=mv1kNQAACAAJ&pgis=1>
9. Ross WD. The Right and the Good [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 1930 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=goT27vEOeeAC&pgis=1>
10. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington; 1978.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics [Internet]. 7 th. New York; 2013 [cited 2013 Sep 14]. Available from: http://books.google.com.br/books/about/Principles_of_Biomedical_Ethics.html?id=I9VIMQEACAAJ&pgis=1
12. Bandman EL, Bandman B. Bioethics and human rights: a reader for health professionals [Internet]. Boston: Little, Brown; 1978 [cited 2013 Oct 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1>

13. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 10]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
14. Bobbio N. Era Dos Direitos [Internet]. Rio de Janeiro: CAMPUS - RJ; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=sIlwViT8vJ8C&pgis=1>
15. Lévinas E. Humanisme de l'autre homme [Internet]. Montpellier: Fata Morgana; 1972 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=cB41AAAAIAAJ&pgis=1>
16. Descamps C. As idéias filosóficas contemporâneas na França. São Paulo: Jorge Zahar; 1991.
17. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin Giles N, Meyer-Zehnder B. Evidence - competence - discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):403–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790694>
18. Frolic A. Who are we when we are doing what we are doing?: the case for mindful embodiment in ethics case consultation. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 19];25(7):370–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790691>
19. UFRGS. The University Ranking [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.ufrgs.br/english/the-university/ranking>
20. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience. *J Int Bioethique* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 1];19(1-2):181–92, 207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664010>
21. Comte-Sponville A. A Small Treatise on the Great Virtues [Internet]. New York: Macmillan; 2002 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=l1jdWfnCROsC&pgis=1>
22. Souza RT de. As fontes do humanismo latino [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=t9hKUNv29GUC&pgis=1>
23. HCPA. Informações Gerenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: www.hcpa.ufrgs.br/intranet/IG
24. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Oct 3];85(5):433–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2861972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

25. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, Macrae SK, Tracy CS. Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): phase 1-- descriptive analysis of nine clinical ethics services. *J Med Ethics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Oct 3];31(9):505–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1734223&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Sep 19];23(8):460–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549426>
27. Sass HM. Educating and sensitizing health professionals on human rights and ethical considerations: the interactive role of ethics and expertise. *J Int Bioethique* [Internet]. 1999 [cited 2013 Oct 11];10(1-2):69–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11806430>
28. Sass H, Sass H-M. Cultivating and Harmonising Virtues and Principles. *Asian Bioeth Rev* [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 12];3(1):36 – 47. Available from: http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2013-10-12T10:06:08IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exlibrisgroup.com:primo3-Article-muse&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:&rft.genre=article&rft.atitle=Cultivating and Harmonising Virtues and Principles&rft.jtitle=Asian Bioethics Review&rft.btitle=&rft.aulast=Sass&rft.auinit=&rft.auinit1=&rft.auinitm=&rft.ausuffix=&rft.au=Sass,%2
29. Pellegrino ED. Clinical ethics consultations: some reflections on the report of the SHHV-SBC. *J Clin Ethics* [Internet]. 1999 Jan [cited 2013 Oct 11];10(1):5–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394533>
30. Hume D. *A Treatise of Human Nature* [Internet]. Boston: MobileReference; 2010 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=exk4MW5rYrkC&pgis=1>
31. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. p. 292.

5.1.1 ARTIGO 1 – versão em inglês.

Professionals Characteristics and Theoretical Benchmarks Involved in Bioethics Consultations.

Autores: Bruna Pasqualini Genro; José Roberto Goldim.

Este artigo será submetido para publicação ao periódico *Mayo Clinic Proceedings*.

Professionals Characteristics and Theoretical Benchmarks Involved in Bioethics Consultations

Introduction

The social and technological changes in medicine practice led to the involvement of Bioethics consults, lawyers, judges and others in the medical decision making process, which before was only the medical domain (1). This perspective change has also led to a major change in relations between the various parties involved in health care, including both professionals and patients and their families. The intervention of many others people in the doctor- patient relationship has broadened and complicated decision making process.

In this cultural and scientific change scenario, this arises the possibility and necessity of Bioethics consulting. Bioethics emerged as an intersection area of several disciplines, discourses and organizations that bring new issues to the science advancement (2).

When ethical dilemmas arise in the health care context, arises the need to make a reflection in the context of Clinical Bioethics, which can be understood as the identification, analysis and resolution of problems and moral dilemmas that arise in the care of individual patients (3). Bioethics Consultations are an important instrument for implementation of bioethical reflections in the health care environment.

When Van Rensselaer Potter used the term Bioethics in 1970, he emphasized the two most important components to achieve a new wisdom, biological knowledge and human values (4) . Bioethics approach is the search for solutions to the values conflicts in the world of biomedical intervention (5).

A Bioethics key feature is its pluralistic vision, which allows it to serve as an instrument for the peaceful negotiation of moral institutions (6).

The Complex Bioethics approach, understood as a complex, shared and interdisciplinary reflection on the actions appropriateness that involve life and living (7) , allows a broad perspective. Bioethics Consultations analyzed in this work were performed using this approach, which uses as theoretical references the Principles, Human Rights, the

Virtues and Alterity. All these references being used as arguments elements of reasoning and justification.

The Virtue ethical framework is based on the expected and adequate individual behavior is a proposal based on individual characteristics (8).

The Principles ethical framework, based on the *prima facie* duties notion (9), should guide the thinking and not just be a taxonomic element to the dilemmas. Tom Beauchamp and James Childress established the use of the Principles in bioethical dilemmas and problems approach, similar to what had already been used in the Belmont Report (10, 11).

The Human Rights ethical framework seeks to analyze bioethical issues from the perspective of the rights and not from related duties, changing the perspective of the Principles (12). The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) enshrined this theoretical framework, recognizing the interconnection between ethics and human rights in the bioethics specific field (13). Human Rights can be categorized into three main groups, according to the proposals scope of: Individual Human Rights, which are rights that relate to each person individually; Collective Human Rights, involving the rights of individuals in relation to his group and property; Transpersonal Human Rights, which are generally attributed to all social formations, protecting interests of collective or diffuse ownership (14).

The Alterity ethical framework or Otherness, assumes the others rights primacy and the corresponding obligation in this respect (15). Instead of the individual action been guide by the way he would like to be treated and this should be a universal norm, the discovery is the other that enforces proper behavior (16).

Although the practical issues are prioritized in patient care, is recognize the theory importance in the decision making process, in order to safeguard the scientific rigor and coherence. The theoretical basis is not contrary to the acceptability and practical application, but it helps to improve the overall quality of the Bioethics consults approach (17).

In the Bioethics Consultations, the practicalities can be substantiated by theoretical reflections. In carrying out consultations, a broader theoretical approach to the problem, when used, allows to demonstrate what is important from the theoretical relevance point of view (18).

The purpose of this article is to describe the Bioethics consultations, through the requestors' professionals characteristics, their occurrence and the associated theoretical frameworks.

Method

A cross-sectional study was conducted with all 317 Bioethics consultations performed at the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) from February 2009 to April 2013 , which had the charts of 300 patients treated in inpatient units.

HCPA is the General University Hospital, with 845 beds, linked to the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), evaluated as the best University of Brazil by the Ministry of Education (19). Since 1993, the HCPA conducts activities in the Clinical Bioethics area, when was created the Attention Program to Bioethics Problems, first Clinical Bioethics Committee to be incorporated in Brazil. In 2009, the HCPA Bioethics Service was created, which expanded the activities already carried out and allowed the record, by the consults themselves, from the information related to Bioethics consultations directly in the patients records (20).

The medical records survey was provided by the Hospital Medical and Health Information File Service (SAMIS), which is responsible for the custody and maintenance of these records, using the Application for Hospital Management (AGH). After this identification, data were collected from the search performed directly in the patients' electronic medical records through the AGH system with a specific researcher profile password. The data were stored in a database, data management using Office Access ® program.

The professionals characteristics associated data who have requested consultations were collected at specific field from the electronic records, where are recorded all consultations and requestor's information. In professionals characterization the considered variables were: gender and professional category; medical service to which the patient is bound.

To evaluate the theoretical frameworks involved in consultations were used the data associated with the request, as well as the response of the consult, the patient records

evolution, records from other consultations requested by the health team, and the hospital discharge note.

The theoretical framework used was analyzed from the Complex Bioethics approach, using four major benchmarks: Virtues, Principles, Human Rights and Alterity. In evaluating these consultations, the references different characteristics were analyzed as separate categories, overlaps may occur when identified their simultaneous presence.

The following categories were used to characterize the theoretical frameworks: - Virtues , subdivided into Politeness, Fidelity, Prudence , Temperance , Justice, Courage, Generosity, Compassion, Gratitude, Humility, Simplicity, Tolerance, Good Faith, Humor and Love (21) - Principles , subdivided into Beneficence (Do Good and Avoid Harm) ; Respect for People (Veracity, Voluntariness, Autonomy and Self-determination) , and Justice (Social Control , Vulnerability and Non-discrimination) (10) - Human Rights subdivided into Individual Rights (the Right to Life, Liberty, for Privacy and Non-discrimination), Collective Rights (Rights to Health, Education and Welfare) , and Transpersonal Rights (Environmental Rights and Solidarity) (14) - Alterity , subdivided into Ethics Co-presence , Non-neutrality and Co-responsibility (22) .

A descriptive analysis of variables was performed using relative frequencies and central tendency and variability measurements obtained using SPSS system version 18.

General Hospital institutional data used in the discussion were obtained directly from the Management Information System available on the HCPA intranet (23).

The research project was approved by HCPA Research Ethics Board (GPPG110591).

Results

Most of the 300 professionals who have made the formal request for consultations through the patient electronic record were females, totaling 186 (62.0%) professionals.

Regarding the Professional Category of the requestor, we found that 284 (94.7%) applicants were physicians and 16 (5.3%) were nurses. This small number of professional categories requestors may be due to restrictions on access profiles imposed by the electronic medical record system used in Hospital. Another important fact is that among the 284

referring physicians, in 162 (54.1 %) cases was possible identify, based only on records information, its position in healthcare team. Of referring physicians, 158 (52.7%) were residents, 2 (0.7%) were contracted physicians and 2 (0.7 %) Medicine College Professor, which act as attending physicians responsible for care teams.

In the analyzed period, the Hospital had a total of 113906 admissions, 300 Bioethics consultations being held at the same period, corresponding to an incidence of 0.26%, thus in 10,000 hospitalizations there was 26 consults.

The HCPA, from the health care point of view, is composed of 40 different medical services. In this period, 30 (75.0%) medical services requested, at least once, Bioethics consultations. Only three medical services showed more than 5% of consultations demand. The Internal Medicine service demanded 67 (22.3%) consults, with a 0.77% incidence. The Pediatrics service demanded 47 (15.7%) consults, with a 0.86% incidence. The Psychiatry service requested 28 (9.3%) consults, with a 1.96% incidence (Chart 1).

Other medical services stood out, not by the absolute demand, but by the incidence of their consultations. The Psychiatric Service for Children and Adolescents, which had 5 (1.7%) consults, had a 4.12% incidence. The Infectious Disease Service, with 9 (3.0%) consults presented a 3.28% incidence. And finally, the Pain Treatment Service, which had only one (0.3 %) consultancy, had a 1.22% incidence.

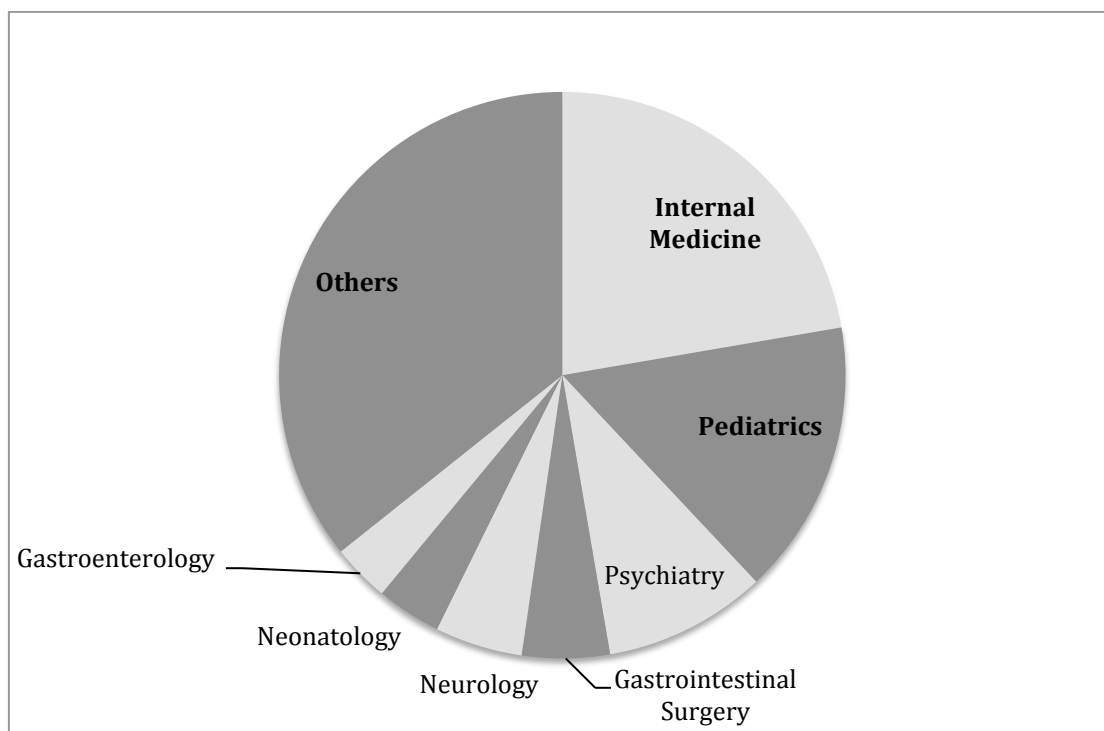


Chart 1 - Distribution of Bioethics consultations requests for medical services. Other: represents 23 other services that did not reach alone more than 3% of requests (N = 300).

In relation to the theoretical framework used, the four ethical theories have been identified in virtually all consultations. In one consultancy was not possible identify, in records reviews, ethical references involved in the case. In all 299 (99.3%) cases, that had information that would allow their evaluation, the benchmark Virtue was present. The Principles framework was present in 298 (99.0%) cases, the Human Rights framework in 293 (97.3%) and Alterity Framework in 284 (94.4%).

From 300 consultations analyzed, in 191 (63.7%) were identified six to eight of the 15 virtues related to this benchmark. Considering only the virtues that had more than 50% occurrence, seven virtues can be highlighted: Temperance, identified in 244 (81.4%) cases, followed by Courage in 220 (73.4%); Tolerance in 194 (64.7%); Prudence in 186 (62.0 %); Humility in 184 (61.3%); Compassion in 183 (61.0%) and Good Faith in 151 (50.3%). Gratitude was the less present Virtue, identified in only 7 (2.3%) cases.

Among the Principles, the Beneficence was the most recurrent, identified in 295 (98.3%) consults; then the Respect for People in 251 (83.4%) and Justice in 207 (68.8%). Avoid Harm, linked to the Principle of Beneficence, was the most widely used reference in

consultations, present in 202 (67.2%) cases, in contrast to Do Good, who was present in 113 (37.7%) consults. The issue of Vulnerability associated with the Principle of Justice, was identified in 166 (55.3%) of the consults, since the issue of Social Control within the same principle, was identified in only 20 (6.7%) cases. Issues involving Voluntariness and Self-determination, both within the Principle of Respect for People, were present in 132 (44.0%) and 131 (43.7%) cases, respectively.

Regarding the Human Rights Theoretical Framework, the Individual Rights, were the most present in consultations, identified in 284 (94.4%) cases, followed by the Collective Rights in 206 (68.4%) cases, and finally, the Transpersonal Rights, present in 78 (25.9%) cases. The most important issue involved in consultations, within the Human Rights Theoretical Framework, was Non-discrimination inside of Individual Rights, present in 178 (59.3%) cases. The second most obvious issue was the Right to Health within the Collective Rights, identified in 172 (57.3%) consults. The third most important element in discussions involving Human Rights was the Right to Life, within the Individual Rights, identified in 154 (51.3%) cases. The Right to Education, within the Collective Rights, was the less evidenced question analyzed in consultations, present in only 5 (1.7%) cases.

Whereas the Alterity Theoretical Framework, the Co-responsibility was the most important issue identified in bioethics consultations, present in 253 (84.3%) cases. Discussions concerning Non-neutrality were identified in 146 (48.7%) cases and Ethics Co-presence in 123 (41.0%) cases.

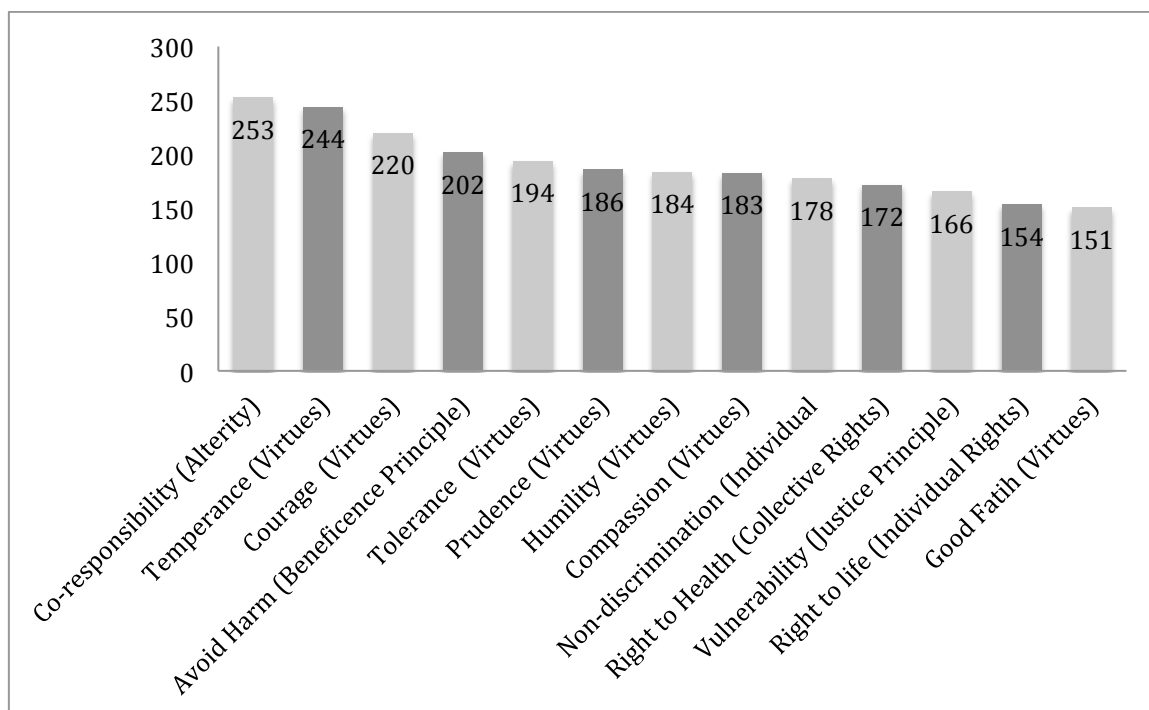


Chart 2 – Bioethics consultations most common issues from theoretical frameworks. Represented in absolute number (N = 300).

Discussion

Most professionals who have made the formal request for consultations was female, which coincides with the medical professionals distribution, which is not a decisive factor to request consultations. All nursing requests were made by women, which also reflect the female majority in this business segment.

Most requestors were physician, mostly resident physician. This may reflect the care teams practice and hierarchical functioning from different medical services. Most records in the patient records evolution is also performed by resident physicians. The request consultations had as central themes Death and Dying, Professional Relationship and Informed Consent, all involving the decision-making process under physicians' responsibility. The consults requested by nurses, that are involved in direct and continuous care, usually involves relationship issues with patients and families.

Of the 40 hospital medical services, 10 did not request the Bioethics consultations. Many of these services are not characterized by caring for in-patients. Urology and Mastology Services that usually admitted a large number of patients are in this segment. The Urology Service, which is responsible for the hospitalization of transsexual patients, meets these

patients with prior referral of bioethical issues, which were discussed in outpatient Bioethics consultations.

Considering only the services that demanded Bioethics consultations, the average was 10 requests for service and the incidence was 0.26%. Comparing these data with the single bibliographic reference that presents the same kind of ratio, the observed incidence here was higher than already published, which was 0.16% on an American (24) hospital. The consultations demand distribution had a large variation between services, with values ranging from one to 67 requests. The consults number has been used as a surrogate measure of visibility and accessibility of Bioethics services and can be considered an efficacy marker, although there are conflicting views as to its legitimacy (25).

The Psychiatric Service presented an absolute and relative high demand for consulting, evidenced by their requests, both by number, 47 cases, as the incidence, 1.96%. In the literature, the incidence of Psychiatry demand is 0.07%, much lower than that observed in this study (24). Psychiatry presents bioethical issues generally related to the patients' ability, both in terms of decision making, and regarding the exercise of their autonomy. Just because it is psychiatric patients, there is a need to reflect on this capacity preservation and limits.

The largest numerical demand for Bioethics consultations was from Internal Medicine Service, with 67 requests and incidence of 0.77%, which can be partly explained by the large number of patients, third institutional demand for admissions, and the wide diversity of medical care, social and family situations.

The Pediatrics Service also showed a significant demand, as requested 47 consults and had an incidence of 0.86%. This service has peculiar characteristics by serving under-age patients, who by definition are legally incapable, leading to the direct involvement of family, also fragilized by disease situation, in the decision-making process. We highlight that during this period, all requests for Bioethics consultations conducted with the Pediatric Intensive Care Unit were aggregated at the Pediatrics Service. These patients, more critical, assemble greater family and social conflicts potential.

Great care demand, evaluated alone, does not justify by itself the requests number. Some services, despite having a high hospitalizations number in the same reporting period, had a low requests frequency for Bioethics consultations for many reasons. The Emergency

Service, representing 18.1% of admissions to our hospital requested 1.7% of consults and had an incidence of 0.03%. The Gynecology and Obstetrics Service, representing 15.2% of admissions and 3.0% of the requested consultations, with an incidence of 0.06%. This value is close to that seen in an American hospital, with an incidence of 0.04% (24). This may be due to existing demand pressure from this type of care and patients short hospitalization time.

In contrast, services those have a small number of admissions, but who treat patients with potential problems that need consulting in the area of Clinical Bioethics, have a high incidence, since the relationship between the number of requests and the patients admitted is magnified. Examples of this are Psychiatry for Child and Adolescent, Infectious Diseases and Pain Services.

Some care areas are hindered in this form of Bioethics consultations request evaluation. Patients treated at the Intensive Care Unit are an example of this. These patients care Service link contained in the medical records, remains with the original care teams, predominantly the Internal Medicine Service. If it were considered the patients geographical reference, analysis of the services related to the clinical and surgical specialties would be impaired due to the beds dynamic allocation used in the Institution.

Related to the theoretical frameworks used in Bioethics consultations, it was identify consistency between the identified citations. A first observation is that all references were identified in large numbers. This can show the arguments diversity that can be used in addressing the situations proposed in consulting requests. Another important finding is that the ethical problems present a great complexity, which can be demonstrated by the numerous interfaces involved in these situations (26). As has been done in other studies, the theoretical references expansion used in consultations, favors higher quality reflection of the problems to be addressed (18).

No references were found on the use of aspects concerning the Virtues, Principles, Human Rights and Alterity as argumentation and justification elements on the systematic practice of holding Bioethics consultations, although there are few studies addressing its importance in Bioethics (27-29). Multiple strategies were used in different databases, especially in PUBMED.

Considering the Virtues framework, Temperance was the most frequent (81.4%), and also the second most used reference, considering the set of all observations. Temperance can be understood as moderation, as self-restraint. It is not intended to overcome the limits, but respect them (21). This is an essential virtue in patient care because the restraint is essential when assessing whether a measure can be considered to be ordinary or extraordinary. The therapeutic obstinacy, for example, is result of the Temperance concept loss applied to the measures evaluation in health care.

Courage, identified in 73.3% of consultations, is another essential virtue due to the health professionals' activities. Courage is not fear absence, but the ability to overcome it by a stronger and more generous will. Is the mean between cowardice and temerity, can be understood as the action of doing what must be done, and why it is so present in healthcare issues, because even when professionals feel fear in some situations, it is outweighed by the duty to assist .

Other Virtues were also present in over 60% of Bioethics consultations: Tolerance, to accept and consider the differences, especially in terms of beliefs and desires involved; Prudence, as meaning common sense, understood as practical reason, to guide decisions; Humility, as the virtue of recognizing that we may be wrong, enabling learning; and Compassion, as meaning sympathy (30), that is, recognizing a help relationship to a suffering person. Moreover, Gratitude virtue was found in only 2.3% of cases, usually involving consultations granting images or patient information for research conducted by the health care team. Gratitude may be present in relationships involving health care, especially for patients and families regarding the care team, but it is not an important reference when discussing bioethical issues in consulting.

The items and sub-items isolated assessment of the standard based on Principles framework highlights a consistency in their use. This can be demonstrated by the high values obtained for items Avoid Harm, Vulnerability, Voluntariness and Self-determination, which were the four most cited, with over 40 % of referrals. They demonstrate the health care teams concern with the possibility of damage and suffering, but without dismissing the stakeholders' involvement in the decision- making process. The two lowest quote items were Confidentiality and Social Control. Confidentiality is such a hallmark of professional behavior that not deserved higher profile in consultations, just by being adequately addressed. The referrals low volume of Social Control can be justified by consults refer to individual

patients, where microallocation resource issues predominate over social issues in the decision-making process of healthcare staff.

Considering Human Rights framework, the most relevant were the Individual Rights, followed by Collective Rights and, less current, Transpersonal Rights, demonstrating that care focus is effectively the person. The Right to Non-discrimination, linked to Individual Rights, was the most used, showing the differences extent present in bioethical issues, both cultural and interests and desires associated. The Right to Life was also used widely, since it always permeates bioethical discussions involving issues of Death and Dying, especially regarding the new futile supportive therapies non-implementation in patients unable to make decisions. The most obvious Collective Right was the Right to Health, since this is a guaranteed right by the Federal Constitution, in Article 196, that claim "health is a right for all and a state duty " (31), making clear that this is a collective right, in other words, for all, and not individual. This question highlights access problems to various forms of assistance through the system, from difficulty to ensure treatments and procedures to therapeutic demands with no technical indication issues. The Transpersonal Rights were considerably less used, though Solidarity may be present in the inter-relations, a few cases directly involving solidarity questions as a central reference. The Environmental Rights were also sparsely present in some cases, especially involving infectious diseases issues requiring the patient bed restriction, and issues related to HIV disclosure.

The Alterity benchmark as a whole was less present in consultations. Paradoxically, the Co-responsibility was the most identified characteristic in the consultations (84.3%). Certainly it is a health assistance intrinsic feature, for all professionals in some way involved in the care, been they physicians, nurses or Bioethics consults, share responsibility for the patient's best interest.

Using a complex perspective of the different frameworks used to get consults comprehensive view, it is possible to identify a consistency in its use because Temperance can be linked to Avoid Harm, which binds to Non-discrimination and Co-responsibility.

Final Remarks

Based on the data obtained in this study, we can identify that consult requestors are predominantly medical physicians, with a gender distribution that resembles that seen in the groups studied as a whole.

Regarding the occurrence, Bioethics consultations requests at HCPA are superior to other hospitals. The highlights Internal Medicine, Psychiatry and Pediatrics Services, when consider the consultations number. Using the requests incidence, we can include the Psychiatric for Children and Adolescents, Infectious Diseases and Pain Management Services.

Although some Bioethics consultations characteristics may be representative only of the population profile, as the requestors sex, and of the institution organization, as the professional category and what services were tied to demand, consistency was verified in the action way that Clinical Bioethics has been developing for the last 20 years at the Institution with the features provided by the different services demands.

Convergence was observed for the different benchmarks used, demonstrating that consults theoretical approach should also contemplate complexity present in practical implementation. The references that were identified most frequently indicate that the health care focus is the patient's interests. In this same focus should stand Bioethics consultations, sharing the same common goal, which is establish a relationship that offers the best possible patients care.

References

1. Rothman DJ. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making (Google eBook) [Internet]. New York: Transaction Publishers; 1991 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=RWJKJnBUxtcC&pgis=1>
2. O'Neill O. Autonomy and Trust in Bioethics [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cited 2013 Oct 6]. Available from: http://books.google.com/books?id=F_2z0qJgrUoC&pgis=1
3. Bioethics Thesaurus [Internet]. Washington D.C: Bioethics Information Retrieval Project, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tm1qAAAAMAAJ&pgis=1>
4. Potter VR. Bioethics: bridge to the future [Internet]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=5mpEAAAAYAAJ&pgis=1>
5. Durand G. A bioética: natureza, princípios, objetivos [Internet]. São Paulo: Paulus; 1995 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=nphFAQAACAAJ&pgis=1>
6. Engelhardt HT jr. Manuale di bioetica [Internet]. Milano: Il Saggiatore; 1999 [cited 2013 Oct 8]. Available from: http://books.google.com/books?id=_IHvPAAACAAJ&pgis=1
7. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86–92.
8. Aristóteles. Ética a Nicômaco [Internet]. São Paulo: Edipro; 2007 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=mv1kNQAACAAJ&pgis=1>
9. Ross WD. The Right and the Good [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 1930 [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://books.google.com/books?id=goT27vEOeeAC&pgis=1>
10. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington; 1978.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics [Internet]. 7 th. New York; 2013 [cited 2013 Sep 14]. Available from: http://books.google.com.br/books/about/Principles_of_Biomedical_Ethics.html?id=I9VIMQEACAAJ&pgis=1
12. Bandman EL, Bandman B. Bioethics and human rights: a reader for health professionals [Internet]. Boston: Little, Brown; 1978 [cited 2013 Oct 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1>

13. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 10]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
14. Bobbio N. Era Dos Direitos [Internet]. Rio de Janeiro: CAMPUS - RJ; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=sIlwViT8vJ8C&pgis=1>
15. Lévinas E. Humanisme de l'autre homme [Internet]. Montpellier: Fata Morgana; 1972 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=cB41AAAIAAJ&pgis=1>
16. Descamps C. As idéias filosóficas contemporâneas na França. São Paulo: Jorge Zahar; 1991.
17. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin Giles N, Meyer-Zehnder B. Evidence - competence - discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):403–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790694>
18. Frolic A. Who are we when we are doing what we are doing?: the case for mindful embodiment in ethics case consultation. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 19];25(7):370–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790691>
19. UFRGS. The University Ranking [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.ufrgs.br/english/the-university/ranking>
20. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience. *J Int Bioethique* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 1];19(1-2):181–92, 207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664010>
21. Comte-Sponville A. A Small Treatise on the Great Virtues [Internet]. New York: Macmillan; 2002 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=l1jdWfnCROsC&pgis=1>
22. Souza RT de. As fontes do humanismo latino [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=t9hKUNv29GUC&pgis=1>
23. HCPA. Informações Gerenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: www.hcpa.ufrgs.br/intranet/IG
24. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Oct 3];85(5):433–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2861972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

25. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, Macrae SK, Tracy CS. Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): phase 1-- descriptive analysis of nine clinical ethics services. *J Med Ethics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Oct 3];31(9):505–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1734223&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Sep 19];23(8):460–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549426>
27. Sass HM. Educating and sensitizing health professionals on human rights and ethical considerations: the interactive role of ethics and expertise. *J Int Bioethique* [Internet]. 1999 [cited 2013 Oct 11];10(1-2):69–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11806430>
28. Sass H, Sass H-M. Cultivating and Harmonising Virtues and Principles. *Asian Bioeth Rev* [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 12];3(1):36 – 47. Available from: http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2013-10-12T10:06:08IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exlibrisgroup.com:primo3-Article-muse&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:&rft.genre=article&rft.atitle=Cultivating and Harmonising Virtues and Principles&rft.jtitle=Asian Bioethics Review&rft.btitle=&rft.aulast=Sass&rft.auinit=&rft.auinit1=&rft.auinitm=&rft.ausuffix=&rft.au=Sass,%2
29. Pellegrino ED. Clinical ethics consultations: some reflections on the report of the SHHV-SBC. *J Clin Ethics* [Internet]. 1999 Jan [cited 2013 Oct 11];10(1):5–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394533>
30. Hume D. *A Treatise of Human Nature* [Internet]. Boston: MobileReference; 2010 [cited 2013 Oct 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=exk4MW5rYrkC&pgis=1>
31. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. p. 292.

5.2 ARTIGO 2

Problemas Éticos Identificados em Consultorias de Bioética Clínica.

Autores: Bruna Pasqualini Genro; José Roberto Goldim.

Este artigo será submetido para publicação ao periódico *Journal of Medical Ethics –BMJ Journals*.

Problemas Éticos Identificados em Consultorias de Bioética Clínica

Introdução

A Bioética pode ser entendida de múltiplas maneiras. A Bioética é a combinação da biologia com conhecimentos humanísticos diversos, constituindo uma ciência que estabelece um sistema de prioridades médicas e ambientais para a sobrevivência aceitável (1).

A Bioética também pode ser entendida, sob a perspectiva biomédica, como a reflexão ética sobre os seres vivos, incluído o homem, tais como esses seres vivos se apresentam nas relações cotidianas do mundo vivido e nos contextos teóricos bem como práticos da ciência e da pesquisa (2).

Outra forma de definir Bioética a caracteriza como sendo o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (3).

Vários avanços ocorridos na prática médica contribuíram para a reflexão bioética de suas adequações, tais como as manobras de reanimação, os transplantes de órgãos, a reprodução assistida, entre outros. Estes problemas, surgidos no âmbito da assistência à saúde, geraram a necessidade do surgimento da Bioética Clínica, que é a identificação, análise e resolução de problemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes (4). O objetivo de solucionar problemas morais, não é identificar um ideal moral, mas buscar achar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais. Algumas vezes as circunstâncias podem ser alteradas, em outras não (5).

Em muitas instituições hospitalares norte-americanas e européias foram criados Comitês de Bioética Clínica com a finalidade de prestar consultorias aos profissionais de saúde e aos próprios pacientes. As consultorias de Bioética Clínica são um importante instrumento para aproximar a reflexão bioética à prática médica. Smith e Weise apontam

quatro objetivos das consultorias de bioética: promover uma resolução ética do caso em questão; apoiar a comunicação de forma confortável e respeitosa entre as partes envolvidas no processo de consultoria ética; ajudar as pessoas, envolvidas no caso, a trabalhar com incertezas éticas futuras por conta própria; e ajudar a instituição a reconhecer padrões de questões que requerem atenção especial (6).

Na realização das consultorias de Bioética Clínica analisadas nesta pesquisa é utilizada a perspectiva da Bioética Complexa, definida como sendo uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (7). Esta reflexão pode ser considerada complexa, pois inclui uma diversidade de aspectos envolvidos na situação analisada; é interdisciplinar, devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber podendo cada uma delas contribuir substancialmente para uma melhor visão do problema; e é compartilhada, por utilizar as diferentes interfaces entre estes saberes para realizar diálogos mutuamente enriquecedores. A reflexão busca verificar a adequação das ações e suas consequências associadas, considerando as circunstâncias e os múltiplos aspectos envolvidos. A reflexão bioética não busca fazer julgamentos morais das ações propriamente ditas.

Este modelo, proposto com base na definição de Bioética Profunda de Potter (8) é integrador por buscar uma aproximação através do diálogo dos diferentes referenciais teóricos possíveis, como o dos Princípios (9), dos Direitos Humanos (10), das Virtudes (11) e da Alteridade (12), incluindo também os casos paradigmáticos. A complexidade emerge justamente ao envolver estes inúmeros aspectos na reflexão proposta.

O objetivo deste artigo é verificar as características e os problemas éticos associados aos pacientes internados em um hospital geral universitário que tiveram solicitação de consultoria de Bioética Clínica.

Método

Foi realizado estudo transversal de todas as 317 consultorias de Bioética Clínica realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de julho de 2009 até abril de 2013, que tiveram registros nos prontuários de 300 pacientes atendidos nas unidades de internação.

O HCPA é o Hospital Geral Universitário, com 845 leitos, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), avaliada como a melhor Universidade do Brasil pelo Ministério da Educação (13). Desde 1993, o HCPA realiza atividades na área de Bioética Clínica, quando foi criado o Programa de Atenção aos Problemas de Bioética, primeiro Comitê de Bioética Clínica a ser constituído no Brasil (14). Em 2009 foi criado o Serviço de Bioética do HCPA, que ampliou as atividades já desenvolvidas e permitiu o registro, pelos próprios consultores, das informações relacionadas às consultorias de Bioética Clínica diretamente no prontuário dos pacientes.

O levantamento dos prontuários foi fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do Hospital, que é o responsável pela guarda e manutenção destes registros com o Aplicativo para Gestão Hospitalar (AGH). Após esta identificação, os dados foram coletados a partir de busca diretamente no prontuário eletrônico dos pacientes, por meio do sistema AGH, com uma senha de acesso específica para o perfil de pesquisador. As informações coletadas foram armazenadas em um banco de gerenciamento de dados utilizando o programa Office Access[®].

Os dados demográficos foram coletados a partir do cadastro do paciente, que é parte integrante do seu prontuário eletrônico. As informações referentes à consultoria foram coletadas no campo específico do prontuário, tanto os dados associados à solicitação de consultoria, assim como a respectiva resposta do consultor, ambos com o registro da data e horário da evolução em prontuário. A partir destes registros foi possível avaliar os temas envolvidos e os tempos associados à realização das consultorias.

Os temas das consultorias foram analisados de acordo com a classificação proposta pela *National Reference Center for Bioethics Literature*, da *Georgetown Law Library* (15), que foi adaptada para este fim. Foram utilizados 16 grandes temas integradores, divididos em 80 subtemas, que envolvem uma ampla diversidade de assuntos de Bioética. Uma mesma consultoria pode ser classificada em diversos temas e subtemas, de acordo com as suas características próprias.

As variáveis consideradas foram: sexo; gênero; idade; tempo de internação; tempo decorrente para a solicitação da primeira consultoria; número de consultorias solicitadas para cada um dos pacientes; tempo transcorrido entre a primeira consultoria e a alta; os temas envolvidos; e o tipo de alta ocorrido.

Foi realizada uma análise descritiva destas variáveis, utilizando frequências relativas e medidas de tendência central e de variabilidade, obtidas no sistema SPSS versão 18.

Os dados institucionais gerais do Hospital, utilizados na discussão, foram obtidos diretamente no sistema de Informações Gerenciais (IG) disponíveis na intranet do HCPA (16).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (GPPG110591).

Resultados

Foram analisadas 317 consultorias envolvendo 300 pacientes. Ocorreram 15 (4,7%) situações de pacientes que tiveram mais de uma solicitação de consultoria, sendo que, 14 (4,4%) tiveram duas solicitações e um (0,3%) teve três solicitações diferentes de consultorias. Todos os demais dados avaliados se referem a estes 300 pacientes, sendo que as situações de consultorias múltiplas foram consideradas em conjunto para cada paciente.

Dos 300 pacientes, 150 (50,0%) eram do sexo feminino e 149 (49,6%) do sexo masculino. Em um paciente (0,4%) não foi possível avaliar o sexo por se tratar de uma consultoria envolvendo o diagnóstico de genitália ambígua, ainda sem definição desta variável. Quanto ao gênero dos pacientes, 153 (51,0%) eram do gênero feminino e 146 (49,0%) do gênero masculino. Esta alteração verificada entre as variáveis sexo e gênero se deve a presença de três pacientes transexuais no grupo estudado, com sexo masculino e gênero feminino.

A média de idade dos pacientes foi 37,42 anos com um desvio padrão de 25,61 anos e mediana de 36 anos. A idade dos pacientes variou de 1 dia até 93 anos. A faixa etária de maior participação foi dos adultos com 50,8%, seguida dos idosos com 23,4%, das crianças com 21,1% e dos adolescentes com 4,7%. Vale destacar que 10,4% dos pacientes tinham idade abaixo de um ano de vida e apenas 1,3% acima de 85 anos.

O tempo de internação, ou seja, o tempo que o paciente permaneceu internado na instituição foi em média $52,1 \pm 120,82$ dias, variando de 1 a 1983 dias. Em média, a primeira

solicitação de consultoria ocorre após $29,0 \pm 77,4$ dias de internação, com uma variação entre 0 e 1253 dias. A alta dos pacientes ocorreu, em média, após $21,0 \pm 30,6$ dias da primeira solicitação de consultoria, com uma variação entre 0 e 267 dias.

Quanto ao tipo de alta, relacionada ao período de internação em que ocorreu a consultoria de Bioética, 189 (63,0%) pacientes tiveram alta para o domicílio, 100 (33,3%) foram a óbito, sete (2,3%) obtiveram alta por transferência e apenas um (0,3%) paciente continuava internado no momento da coleta de dados. Este dado não estava disponível em três (1,0%) pacientes avaliados.

Dos 16 temas presentes na classificação, 15 (93,7%) foram identificados nas consultorias realizadas. Apenas o tema da Reprodução/Tecnologias Reprodutivas não estava presente. Dos 80 subtemas possíveis, 57 (71,2%) estavam presentes nos relatos de consultorias. Vale destacar que mais de um tema ou subtema podem estar presentes em cada consultoria.

Os três temas mais frequentes nas consultorias foram: Morte e Morrer, presente em 245 (81,7%) consultorias; Relacionamento Profissional com 198 (66,0%) consultorias, e Consentimento Informado, que esteve presente em 194 (64,7%) consultorias (Tabela 1).

TEMAS	Frequência	%
Morte e morrer	245	81,7
Relacionamento profissional	198	66,0
Consentimento Informado	194	64,7
Informações	136	45,3
Alocação de Recursos da Saúde	132	44,0
Direito à Saúde	120	40,0
Neurociências e Terapias em Saúde Mental	68	22,7
Ética Aplicada e Profissional	50	16,7
Ética Religiosa	35	11,7
Órgãos Artificiais e Transplantados	16	5,3
Sexualidade/ Gênero	8	2,7
Aconselhamento Genético/ Diagnóstico Pré-natal	4	1,4
Aborto	4	1,3
Saúde Ocupacional	3	1,0
Contracepção	2	0,7
Reprodução/ Tecnologias Reprodutivas	0	0

Tabela 1 – Temas presentes nas consultorias de Bioética Clínica, apresentados em número absoluto e porcentagem relativa a N=300.

Na avaliação dos subtemas, foram considerados apenas os que tiveram 20,0% ou mais de frequência relativa nas consultorias. Dos 11 subtemas destacados, cinco deles se associam ao tema da Morte e Morrer. Dentre estes, 164 (54,7%) eram questões relacionadas à Família do paciente; 130 (43,3%) envolveram Atitudes Frente à Morte; 101 (33,7%) Pessoal da Saúde; 82 (27,3%) Cuidados com o Paciente que está Morrendo; e 62 (20,7%) Prolongamento da Vida.

O tema Relacionamento Profissional teve apenas um subtema destacado, que foi Relacionamento com Pacientes, com 171 (57,0%) ocorrências.

No tema Consentimento Informado, três subtemas tiveram destaque: Aspectos Legais, presentes em 96 (32%) situações; Consentimento de Terceiros/Incompetentes em 88 (29,3%); e Direito de Recusar Tratamento em 74 (24,7%) das consultorias.

Dois outros subtemas também se destacaram: o Acesso a Serviços Públicos, presente em 120 (40%) casos, e a Revelação de Informações, que ocorreu 118 (39,3%) das consultorias realizadas. O primeiro associado ao tema do Direito à Saúde e o segundo ao de Informações.

Discussão

Quanto ao número de consultorias solicitadas por paciente, a maioria (95,3%) se restringiu a apenas uma solicitação. As solicitações de novas consultorias para um mesmo paciente, em uma mesma internação, não apresentavam novos problemas éticos, mas serviram para comunicação entre a equipe assistente e os consultores de Bioética.

A distribuição apresentada pelas variáveis sexo e gênero, quanto às solicitações de consultoria, foi equivalente. Neste mesmo período de avaliação, considerando todos os pacientes que internaram no hospital, a distribuição de sexos foi a seguinte: 56,1% de feminino e 43,9% de masculino. Comparando-se estes dados com os obtidos nas consultorias, pode-se verificar um acréscimo de 5,1% nas solicitações referentes ao sexo masculino e uma redução de 6,1% para o feminino (Gráfico 1). Ou seja, existem, proporcionalmente, mais solicitações para pacientes masculinos que femininos.

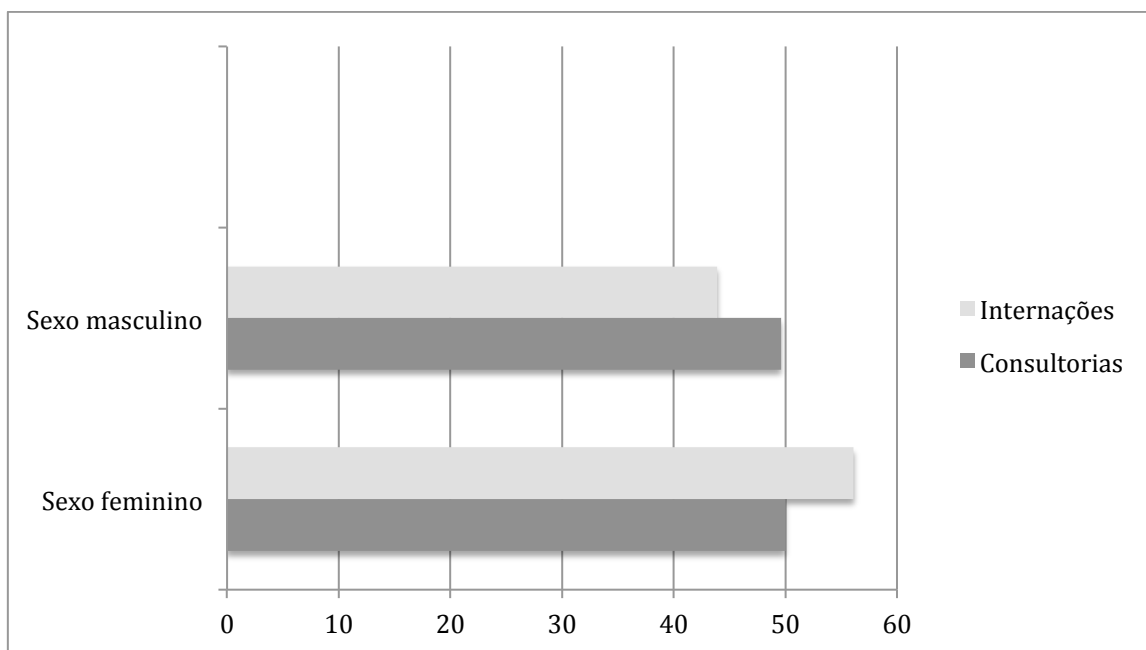


Gráfico 1 – Distribuição do sexo dos pacientes. Representados em porcentagem (x), comparando os pacientes internados no hospital (N=113906) com os pacientes que tiveram solicitação de consultoria de Bioética Clínica (N=300) no mesmo período.

A média de idade dos pacientes foi 37,42 anos com um desvio padrão de 25,61 anos e mediana de 36 anos, pouco menor que a média de 42,3 anos de idade dos pacientes internados no hospital neste mesmo período (Gráfico 3). A idade dos pacientes variou de 1 dia até 93 anos. A faixa etária de maior participação foi dos adultos com 50,7%, seguida dos idosos com 23,4%, das crianças com 21,1% e dos adolescentes com 4,8%. Vale destacar que 10,4% dos pacientes tinham idade abaixo de um ano de vida e apenas 1,3% acima de 85 anos.

O fator idade apresentou grande variação, demonstrando que os problemas éticos ocorrem em todas as faixas etárias do pacientes internados. Comparando-se a distribuição das idades com a verificada no conjunto dos pacientes internados no hospital, neste mesmo período, é possível constatar que a faixa etária adulta é a mais numerosa em ambas as distribuições, aproximando-se de 50%. A faixa etária dos adolescentes é, por outro lado, a menos representativa, em ambas as distribuições, refletindo uma característica de saúde esperada para este segmento da população. Nas outras duas faixas etárias – crianças e idosos – se verifica uma inversão: as crianças têm maior proporção de consultorias em relação às internações, enquanto que nos idosos a proporção é menor. As crianças, pacientes com menos de 12 anos de idade, têm uma frequência de 21,1% das solicitações de consultoria, mas

representam 13,9% das internações. Por outro lado, os idosos, considerando-se as pessoas acima de 60 anos, têm uma frequência de 23,4% de solicitações de consultorias e são responsáveis por 31,6% das internações (Gráfico 2). Se forem comparadas as distribuições apenas dos pacientes com 80 anos ou mais, os valores se aproximam muito, pois estes pacientes representam 5,7% das internações e são responsáveis por 5,0% das solicitações de consultorias. Isto pode indicar que no tratamento de pacientes pediátricos ou muito idosos as questões éticas podem gerar maior sensibilidade ou desconforto, resultando em um maior número proporcional de solicitações de consultorias. O reconhecimento desta vulnerabilidade associada à idade, em ambos os extremos, gera a necessidade de proteção adicional (17).

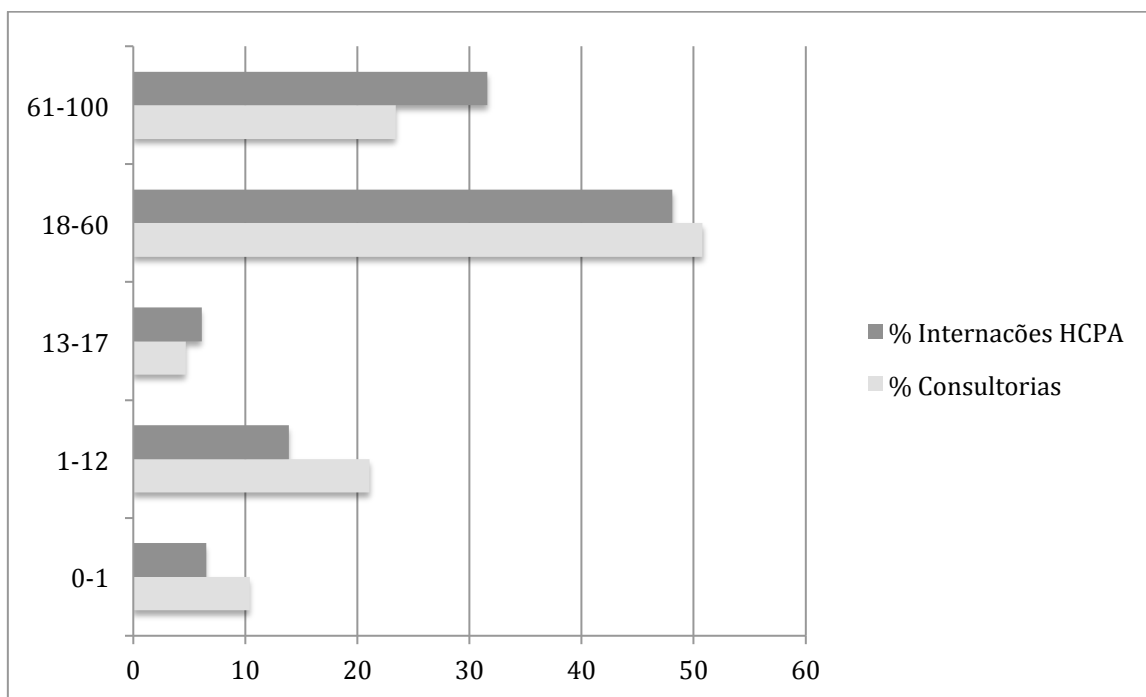


Gráfico 2 - Distribuição de idade dos pacientes. Representados em porcentagem (x) por faixas etárias (y), comparando os pacientes internados no Hospital (N=113906) com os pacientes que tiveram solicitação de consultoria de Bioética Clínica (N=300) no mesmo período.

O tempo de internação dos pacientes que tiveram solicitação de consultoria de Bioética Clínica apresentou grande variabilidade, com períodos de um a 1983 dias de internação. A linha de tempo média das situações envolvendo consultorias de Bioética apresenta um tempo médio para solicitação de 29 dias, de alta de 52 dias e de 21 dias no

período entre a solicitação e a alta do paciente. A média do período de internação obtida, com valor de 52,1 dias, é superior a média de internação do hospital, como um todo, no mesmo período, que se situou em 8,2 dias (Gráfico 3). Apenas 9,4% dos pacientes que tiveram solicitação de consultorias têm período de internação até 8 dias. Dos pacientes com consultoria solicitada, mais de 50% tem período de permanência superior a 34 dias. Estes dados, avaliados em conjunto, permitem inferir que as consultorias de Bioética Clínica ocorrem, na maioria das vezes, em internações mais prolongadas, podendo estar associadas ao surgimento de questões éticas vinculadas aos temas verificados, que se agravam ou geram desconforto, justamente pelo prolongamento deste período de internação.

Da mesma maneira, o tipo de alta dos pacientes também pode ser associado à solicitação de consultorias. Nos pacientes com solicitação de consultoria foi verificada uma taxa de 33,3% de altas por óbito, enquanto que neste mesmo período a taxa de mortalidade hospitalar foi de 5,0% (Gráfico 3). Este dado pode ser indicativo da gravidade dos pacientes que tiveram consultorias de Bioética solicitadas.

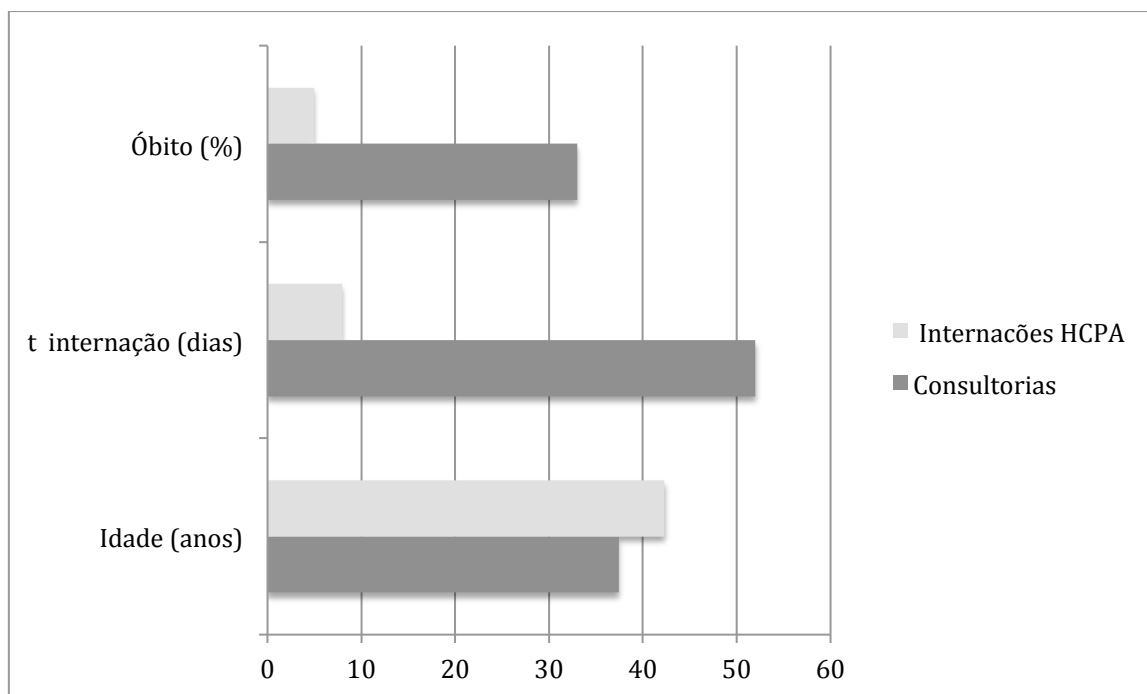


Gráfico 3 - Distribuição da taxa de óbito, tempo (t) médio de internação e idade média dos pacientes. Representados em porcentagem, dias, e anos, respectivamente (x), comparando os pacientes internados no Hospital (N=113906) com os pacientes que tiveram solicitação de consultoria de Bioética Clínica (N=300) no mesmo período.

O tema mais frequentemente abordado nas consultorias foi o da Morte e Morrer, em 81,7% das situações abordadas. Todos os 100 pacientes que tiveram alta por óbito tinham a Morte e o Morrer como um dos temas de suas consultorias. Da mesma forma, nos 189 pacientes com alta para domicílio, este tema estava presente em 135 (71,4%) destas consultorias. Este é, sem dúvida, um tema que gera muito desconforto, já tendo sido identificado como um dos temas centrais das consultorias de Bioética Clínica (18). Os profissionais da área da saúde, apesar de se depararem diariamente com situações de morte e morrer no exercício da profissão, não deixam de sentir este desconforto (19).

De todos os subtemas avaliados, as questões que envolvem Família foram as mais presentes nas consultorias. Sabe-se que a relação familiar tem grande repercussão, especialmente no processo de tomada de decisão em situações de fim de vida, de autorização para a realização de procedimentos, na troca de informações com a equipe assistencial e com as próprias ansiedades dos familiares frente ao diagnóstico e prognóstico do paciente. Em todas estas situações os vínculos familiares têm papel decisivo (20). As relações familiares podem facilitar ou dificultar o próprio processo de realização das consultorias (21). Grande parte das questões éticas envolvidas nas consultorias não apenas preocupam a Família, mas 33,7% das consultorias também envolveram o Pessoal da Saúde dentro da temática de Morte e Morrer.

O segundo subtema mais presente, dentro da temática de Morte e Morrer, foi o das Atitudes Frente à Morte, presente em 43,3% das consultorias. Atitude entendida como situação de pensamento e de vontade, posição adotada em relação a um problema ou a uma doutrina (22). Neste subtema foram consideradas as situações que envolveram reações de pacientes, familiares ou profissionais de saúde frente à perspectiva de morte.

Desta situação derivamos para dois outros subtemas relacionados que também estiveram bastante presentes: Cuidados com o Paciente que está Morrendo (27,3%) e Prolongamento da Vida (20,7%). Ambas as situações abordadas nestes subtemas têm respaldo para a atuação do profissional, no próprio Código de Ética Médica, no sentido de não empreender ações obstinadas (23). Esta previsão deontológica não minimiza o desconforto a elas associada. A determinação da futilidade algumas vezes envolve julgamentos de valor, particularmente quando a qualidade de vida é o objetivo (4). Vale salientar que as ações que

visam o cuidado do paciente nunca são fúteis. As medidas de conforto básico, alimentação, hidratação e controle de dor são exemplos de cuidados que podem ser denominados de medidas de conforto, não podendo, desta forma, ser chamadas de fúteis (24). Não foi identificado, em qualquer consultoria, o subtema Suicídio/Suicídio Assistido. As questões envolvendo a Definição/Determinação da Morte ou a Legislação e Casuística associadas à Morte e Morrer estiveram presentes em até 3% das consultorias.

Os outros dois temas, que tiveram referência em mais de 50% das consultorias foram os de Relacionamento Profissional e Consentimento Informado.

O subtema mais frequente no tema Relacionamento Profissional, foi o que se refere ao Relacionamento com Pacientes, presente em 57,0% das consultorias. Estão incluídas neste subtema as consultorias onde o problema central era relacionamento com os pacientes. Foram também incluídas nesta categoria, as situações de relacionamento com familiares que assumiam a representação do paciente, quando o mesmo estava impossibilitado de se comunicar e o familiar assumia a sua “voz” na relação com os profissionais.

Dentre os motivos não explícitos nas solicitações de consultoria, os relacionamentos com os profissionais foram muito frequentes. Considerando que, na literatura, 15 a 60% dos pacientes são considerados “difíceis” por seus médicos assistentes, sugere-se que os pacientes são rotulados como difíceis com base em suas reações à percepção de tratamento inadequado (25). Estas reações podem levar à deterioração das relações paciente-cuidador, e por fim, interferir no cuidado. As dificuldades de relacionamento podem ser apenas percebidas, sem necessariamente que exista um conflito real e aparente (26). A relação profissional-paciente pressupõe um vínculo de confiança, e esta confiança pode ser abalada, ou até mesmo não estabelecida, devido a diversos fatores presentes no atendimento assistencial (27).

O Consentimento Informado foi o terceiro tema mais frequente, ocorrendo em 64,7% das consultorias. O consentimento informado é inerente ao próprio ato de assistir (28), devendo ser entendido como um processo e não apenas como a obtenção de um documento específico de autorização, que é o Termo de Consentimento (29). A preocupação com os Aspectos Legais (32%) foi o subtema mais presente nos problemas apresentados envolvendo consentimento. Isto evidencia uma visão burocrática do consentimento, que busca mais resguardar responsabilidades do que estabelecer um processo de decisão compartilhada. Esta preocupação, principalmente dos profissionais, com os aspectos legais envolvidos no

consentimento, se referia especificamente ao Termo de Consentimento como documento e não com o consentimento como processo. Os profissionais tendem a considerar que este documento possa protegê-los em eventuais demandas judiciais. Já foi constatado que o Termo de Consentimento não constitui, em ações judiciais, prova suficiente de que houve um adequado processo de consentimento (30). Nas consultorias envolvendo estas questões, foi ressaltada a importância de ter um entendimento adequado sobre o processo e não apenas com a sua documentação. O subtema Consentimento de Terceiros/Incompetentes foi igualmente relevante. Isto pode ser devido ao frequente cenário de tomada de decisão em unidades de tratamento intensivo, onde geralmente o paciente está incapacitado e em uma situação clínica potencialmente grave. Estas características podem favorecer o surgimento de conflitos, já que, além da preocupação habitual da família com a condição de saúde do paciente, se faz necessário tomar decisões, muitas vezes de grande impacto, e envolvendo diversas pessoas neste processo (31). O Direito de recusar tratamento, que é um direito básico do paciente, garantido pelo Artigo 15 do Código Civil Brasileiro, quando estabelece que “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (32), foi outro dos subtemas destacados. Esta questão também está explicitamente descrita no próprio Código de Ética Médica, que afirma que “Aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento”(33). Estes subtemas se entrelaçam e se complementam ao abordar diferentes facetas do consentimento informado.

O subtema Acesso a Serviços Públicos foi o único, vinculado ao tema do Direito à Saúde, que mereceu destaque nas consultorias. Isto pode ser explicado pela característica pública do próprio hospital. A discussão sobre acesso envolveu, principalmente, temas de alocação de recursos e sobre futilidade terapêutica. Nas consultorias foram abordadas questões desde o próprio acesso aos recursos do Sistema de Saúde, condições de continuidade do cuidado no período pós-alta e acesso a medicamentos, dietas e equipamentos fora do ambiente hospitalar. Este subtema complementa o tema específico sobre Alocação de Recursos da Saúde, onde os consultores de Bioética podem trazer uma contribuição importante utilizando dados empíricos da sua atividade (34).

Vale destacar ainda o tema referente às Informações, especialmente o subtema sobre Revelação de Informações foi o mais presente. As situações se relacionavam diretamente às questões de privacidade e confidencialidade, e também a problemas na comunicação com familiares e com o próprio paciente. A garantia da preservação das informações, além de uma

obrigação legal é um dever *prima facie* de todos os profissionais e também das instituições. Vale lembrar que tanto nas exceções legais quanto na quebra de confidencialidade eticamente admitida, a justa causa utilizada como justificativa para o não cumprimento do dever é a preservação da vida ou a proteção de outras pessoas (35). A maioria das situações envolvia questões sobre revelar ou não informações e ainda a quem revelar, se fosse esta a alternativa.

O tema Ética Religiosa não teve alta ocorrência entre as consultorias, comparado aos demais temas, mas assume uma relevância por lidar com crenças e valores que nem sempre são adequadamente compreendidos, sendo considerados como um elemento estranho ao ambiente clínico, e sua linguagem e argumentação podem ser uma fonte de conflito (36). O subtema Testemunhas de Jeová esteve presente em 28 situações de consultorias, envolvendo a restrição ao uso de sangue e hemoderivados como alternativa terapêutica. Este subtema esteve sempre associado às questões já descritas em relação a outro subtema, o Direito de Recusar Tratamento. A posição religiosa era a motivação ou justificativa associada ao exercício deste direito. Nestas consultorias, este tema não foi abordado apenas em sua dimensão religiosa, mas sim na possibilidade de compatibilizar o exercício da autonomia do paciente e dos profissionais envolvidos.

Vários motivos podem servir de explicação para que alguns temas, especialmente os que se referem à Reprodução (Aborto; Aconselhamento Genético e Diagnóstico Pré-natal; Sexualidade/Gênero; Contracepção; e Reprodução/ Tecnologias Reprodutivas) tenham tido frequências abaixo do que poderia ser aparentemente esperado em consultorias de Bioética Clínica. Todos estes temas tiveram frequências inferiores a 3,0%. O primeiro motivo é que estes atendimentos, excetuando-se especialmente o Aborto, são realizados em nível ambulatorial, e o foco do levantamento realizado foram os pacientes internados. Apenas quatro consultorias envolveram o tema Aborto. Outro motivo podem ser as consultorias pró-ativas, realizadas em nível de ambulatório, especialmente nas áreas de Aconselhamento Genético e de atendimento a pacientes com Transtorno de Identidade de Gênero. Estes pacientes, quando internam, já tiveram uma prévia discussão ética sobre diferentes questões potencialmente geradoras de conflitos. As equipes, pela continuidade deste tipo de atividade de consultoria, já estão familiarizadas com a discussão de aspectos éticos envolvidos.

Os dados obtidos no presente levantamento corroboram outros já descritos anteriormente na literatura. Em estudos realizados com profissionais norte-americanos, as questões encaminhas para consultorias de Bioética envolviam decisões de fim de vida e

autonomia do paciente (37,38). Os motivos mais comuns, na literatura, que levaram aos pedidos de consultoria foram: ajuda para resolver um conflito; ajuda para interagir com uma família, paciente, ou representante de difícil convivência; ajuda para fazer uma decisão ou planejar cuidados; e questões emocionais (37).

Os levantamentos sobre temas envolvidos em consultorias de Bioética Clínica também podem ter importância para a formação de novos profissionais. Muitos temas importantes não são adequadamente discutidos ao longo do processo educativo (39). Alguns casos excepcionais e de alta visibilidade são longamente discutidos, enquanto que questões relevantes pela sua frequência assumem um caráter de banalização, sendo relegadas a um plano secundário de reflexão.

Considerações Finais

Os dados obtidos nesta amostra de pacientes internados em um hospital geral universitário permitem identificar que as consultorias de Bioética Clínica envolvem temas de grande relevância, tais como Morte e Morrer, Relacionamento Profissional e Consentimento Informado. Uma visão abrangente destes resultados apresenta um panorama onde as situações difíceis, as interações entre pessoas e a tomada de decisão são os elementos predominantes. As consultorias de Bioética se referiam a pacientes de longa permanência, de todas as faixas etárias e sem um predomínio de sexo ou gênero, demonstrando a sua necessidade e utilidade em qualquer dos cenários de cuidado em internação hospitalar.

A importância destes dados transcende a área assistencial, tendo repercussões educacionais. A formação dos alunos dos diferentes cursos da área da Saúde, e necessidade de atualização constante dos profissionais já em atuação, devem ser reorientadas para a reflexão prioritária destes temas relevantes. Na vida cotidiana dos profissionais são precisamente as situações evidenciadas pelas solicitações de consultorias que geram desconforto e eventuais conflitos.

Referências

1. Potter VR. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy* [Internet]. East Lansing; 1988 [cited 2013 Oct 2]. Available from: http://books.google.com.br/books/about/Global_Bioethics.html?id=VNgfAQAAIAAJ&pgis=1
2. Engels E-M. O desafio das biotécnicas para a Ética e a Antropologia. *Veritas*. 2004;50(2):205–28.
3. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics: Revised Edition* [Internet]. New York: Macmillan Library Reference; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=3NU4twAACAAJ&pgis=1>
4. *Bioethics Thesaurus* [Internet]. Washington D.C: Bioethics Information Retrieval Project, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tm1qAAAAMAAJ&pgis=1>
5. Morreim EH. Philosophy lessons from the clinical setting: seven sayings that used to annoy me. *Theor. Med.* [Internet]. 1986 Feb [cited 2013 Oct 2];7(1):47–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3704958>
6. Smith ML, Weise KL. The goals of ethics consultation: rejecting the role of “ethics police”. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 23];7(2):42–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366193>
7. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev. HCPA*. 2006;26(2):86–92.
8. Potter VR. Palestra apresentada em vídeo no IV Congresso Mundial de Bioética. Tóquio/Japão. *O Mundo da Saúde*. 1998;22(6):370–4.
9. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.
10. Bandman EL, Bandman B. *Bioethics and human rights: a reader for health professionals* [Internet]. Boston: Little, Brown; 1978 [cited 2013 Oct 7]. p. 386. Available from: <http://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1>

11. Aristóteles. *Ética a Nicômaco* [Internet]. São Paulo: Edipro; 2007 [cited 2013 Oct 8]. p. 319. Available from: <http://books.google.com/books?id=mvlkNQAACAAJ&pgis=1>
12. Lévinas E. *Humanisme de l'autre homme* [Internet]. Montpellier: Fata Morgana; 1972 [cited 2013 Oct 8]. p. 111. Available from: <http://books.google.com/books?id=cB41AAAAIAAJ&pgis=1>
13. UFRGS. *The University Ranking* [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.ufrgs.br/english/the-university/ranking>
14. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. *Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience*. *J. Int. Bioethique* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 1];19(1-2):181–92, 207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664010>
15. *National Reference Center for Bioethics Literature* [Internet]. *Georg. Law Libr.* [cited 2013 Sep 1]. Available from: <http://www.law.georgetown.edu/library/research/guides/upload/classscheme.pdf>.
16. HCPA. *Informações Gerenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: www.hcpa.ufrgs.br/intranet/IG
17. Bajotto AP, Goldim JR. *Consentimento Informado: cuidados para o recrutamento de populações vulneráveis*. *Rev. Bioética*. 2012;20(2):226–31.
18. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, Macrae SK, Tracy CS. *Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): phase 1-- descriptive analysis of nine clinical ethics services*. *J. Med. Ethics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Oct 3];31(9):505–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1734223&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. LIND E, Lind E. *VOICE, CONTROL, AND PROCEDURAL JUSTICE - INSTRUMENTAL AND NONINSTRUMENTAL CONCERNS IN FAIRNESS JUDGMENTS*. *J. Pers. Soc. Psychol.* [Internet]. [cited 2013 Oct 4];59(5):952 – 959.

20. Goldim JR. Bioética e Família [Internet]. UFRGS. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/famili.htm>
21. Melnik CS, Goldim JR. Perfil das consultorias de bioética clínica envolvendo famílias que dificultaram a resolução de problemas. *Rev. Bioética*. 2013;21(1):113–18.
22. Lalande A. Vocabulário técnico e crítico de filosofia [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 1996 [cited 2013 Oct 6]. p. 1336. Available from: <http://books.google.com/books?id=FHXvAAAACAAJ&pgis=1>
23. CFM. Artigo 41. Código ética médica Resolução CFM no 1931, 17 setembro 2009 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. Available from: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo>
24. Schneiderman LJ, Jecker NS. *Wrong Medicine: Doctors, Patients, and Futile Treatment* (Google eBook) [Internet]. Baltimore: JHU Press; 2011 [cited 2013 Oct 2]. p. 248. Available from: <http://books.google.com/books?id=br4Qk9QIIPcC&pgis=1>
25. Fiester A. The “difficult” patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 23];12(5):2–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548510>
26. Gardner W, Lidz C. Gratitude and coercion between physicians and patients. *Psychiatr. Ann.* [Internet]. 2001 Feb [cited 2013 Oct 5];31(2):125–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12785376>
27. O’Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cited 2013 Oct 6]. p. 213. Available from: http://books.google.com/books?id=F_2z0qJgrUoC&pgis=1
28. Alho C, Souza RT de. *Ciência e ética: os grandes desafios* [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006 [cited 2013 Sep 17]. p. 168. Available from: <http://books.google.com/books?id=YIkke0nSARkC&pgis=1>
29. Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. *Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil* [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000 [cited 2013

- Oct 6]. p. 130. Available from:
<http://books.google.com/books?id=R3gVAQAIAAJ&pgis=1>
30. Pithan LH. The informed consent in the brazilian judiciary. *Rev. AMRIGS* [Internet]. [cited 2013 Oct 2];56(1):87–92. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=647298&indexSearch=ID>
 31. Nelson HL, Lindemann H, Nelson JL. *The Patient in the Family: An Ethics of Medicine and Families* [Internet]. New York: Routledge; 1995 [cited 2013 Oct 6]. p. 251. Available from: <http://books.google.com/books?id=XDfff7zL8AQC&pgis=1>
 32. Brasil. Código Civil Brasileiro. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Brasília; 2002.
 33. CFM. Código de ética médica: Resolução CFM no 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. p. 98.
 34. Strech D, Hurst S, Danis M. The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4-stage process. *Med. Care* [Internet]. 2010 Sep [cited 2013 Sep 20];48(9):821–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3622545&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 35. Francisconi CFM, Goldim JR. Confidencialidade e Privacidade. Iniciação à bioética [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998 [cited 2013 Oct 6]. p. 320. Available from: <http://books.google.com/books?id=rZtcAAAACAAJ&pgis=1>
 36. Kuczewski MG. Talking about spirituality in the clinical setting: can being professional require being personal? *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2007 Jul [cited 2013 Sep 23];7(7):4–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370>
 37. DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations? *J. Med. Ethics* [Internet]. 2001 Apr [cited 2013 Oct 3];27 Suppl 1:i24–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1765539&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

38. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J. Gen. Intern. Med.* [Internet]. 2004 Mar [cited 2013 Oct 3];19(3):251–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1492156&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Craig JM, May T. Ethics consultation as a tool for teaching residents. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. [cited 2013 Sep 20];6(4):25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885098>

5.3 ARTIGO 3

A Bioética Complexa como Instrumento para as Consultorias de Bioética Clínica.

Autores: Bruna Pasqualini Genro; José Roberto Goldim.

Este artigo será submetido para publicação ao periódico *American Journal of Bioethics*.

A Bioética Complexa como Instrumento para as Consultorias de Bioética Clínica

Introdução

No final dos anos 1960, cenário de mudanças sociais, culturais e científicas, ocorreram grandes questionamentos sobre direitos humanos, preservação ambiental, feminismo, bem-estar animal e problemas decorrentes da crescente incorporação tecnológica, surgindo a necessidade de refletir sobre as próprias mudanças e o seu impacto na vida das pessoas. Dentro deste contexto, Van Rensselaer Potter utilizou o termo Bioética para enfatizar os dois componentes - conhecimentos e valores - para se atingir uma nova sabedoria necessária para garantir a sobrevivência e o futuro da humanidade (1).

A Bioética surge como uma área de intersecção de várias disciplinas, discursos e organizações trazidos pelas novas questões dos avanços da ciência (2). A visão pluralista deve ser considerada como uma característica fundamental da Bioética, que deve servir como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais (3). Desta forma, a Bioética Clínica pode ser entendida como a identificação, análise e resolução de problemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes, no âmbito de assistência à saúde (4).

A Dra. Karen Teel, que era pediatra, sugeriu em um artigo, publicado em 1975, a criação de comitês de ética em hospitais com o objetivo de possibilitar o diálogo em situações clínicas individuais, como forma de dividir responsabilidades entre o profissional e a instituição. (5) Em 1976, a Suprema Corte de Nova Jersey/Estados Unidos (EUA), designou que o Comitê de Ética do Hospital Saint Clair deveria estabelecer o prognóstico da paciente Karen Ann Quinlan, e assegurar que a mesma nunca seria capaz de retornar a um "estado cognitivo sapiente". Este hospital, assim como a maioria dos demais hospitais norte-americanos naquela época, não possuía um Comitê de Ética que avaliasse tal tipo de situação. Nesta intersecção entre a Medicina e o Direito é que surgiu a possibilidade de consolidar a reflexão sobre os aspectos éticos associados às atividades assistenciais por meio de consultorias bioéticas (6).

Desde 1993, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) realiza atividades na área de Bioética Clínica, quando foi criado o Programa de Atenção aos Problemas de Bioética, primeiro Comitê de Bioética Clínica a ser constituído no Brasil (7). Em 2009 foi criado o Serviço de Bioética do HCPA, que ampliou as atividades já desenvolvidas e permitiu o registro, pelos próprios consultores, das informações relacionadas às consultorias de Bioética Clínica diretamente no prontuário dos pacientes. Os consultores do Serviço continuam vinculados e participando do Comitê de Bioética Clínica, o que proporciona um fluxo de informações mais adequado. As respostas às consultorias são sempre do tipo Sugestão de Conduta, já que as consultorias não têm caráter deliberativo, e sim apresentam uma abordagem que se aproxima da facilitação (8).

A Bioética Clínica enfrenta resistências na sua implementação como atividade rotineira nos hospitais. Mostrar a capacidade de melhorar o funcionamento da instituição, especialmente em termos de relacionamento entre profissionais, pacientes e familiares, pode ajudar a justificar a necessidade desta atividade de apoio aos serviços clínicos. Este é um longo caminho para construir uma relação de confiança com as equipes assistenciais (9).

Desde o início da Bioética Clínica, existe uma grande discussão de qual seria o modelo mais adequado para a realização das consultorias, objetivando um melhor desfecho para todas as partes envolvidas (10,11). Estes questionamentos envolvem o desenvolvimento de padrões formais de consultoria, o credenciamento dos programas de formação, a sua estrutura e a capacitação dos consultores (12,13). Dada a diversidade de questões, colocadas pelos diferentes tipos de casos, também é um erro atribuir prospectivamente um único papel apropriado para os consultores de Bioética, que seja uniforme e rigidamente aplicado a todos os casos da mesma forma (14).

Em 2007, foi divulgado o último grande levantamento nacional em hospitais dos EUA, envolvendo questões de Bioética Clínica. Foi descrito que em 81% de todos os hospitais gerais e em 100% dos hospitais com mais de 400 leitos existiam serviços de consultoria de Bioética (15). A média de consultorias realizadas ao ano, pelos Comitês ou Serviços de Bioética Clínica norte-americanos é de 3 a 8 consultorias (16,17). Em algumas instituições maiores, foram descritas 95 consultorias ao ano, incluindo diversos tipos de consultorias de ética em saúde (15,16,18–21). No Canadá, em um levantamento de nove serviços de Bioética Clínica, foram contabilizadas de 4 a 250 consultorias realizadas por ano (22).

Há quem afirme que os consultores teóricos e os consultores clínicos parecem viver em dois mundos diferentes, pois enquanto os clínicos permanecem centrados na prática, correndo o risco de prestar atenção apenas aos interesses práticos, e não refletindo sobre as implicações teóricas e metodológicas, os teóricos correm o risco de negligenciar o conhecimento moral prático e as competências dos profissionais de saúde, bem como o quanto a experiência e o significado que as narrativas dos profissionais de saúde e pacientes podem acrescentar (23).

Embora as questões práticas sejam usualmente priorizadas na assistência ao paciente, é reconhecida a importância da teoria nos modelos de tomada de decisão. A teoria é um instrumento que salvaguarda o rigor científico e a coerência. A fundamentação teórica não é uma contradição à aceitabilidade e aplicação prática, mas sim, ajuda a melhorar a qualidade geral de uma abordagem da consultoria de Bioética (24).

Agich argumenta que a discussão do método tende a se afastar da prática de consultoria de Bioética, e concentrar-se, ao invés dos fundamentos teóricos da consultoria, na filosofia política e social. Quando a atenção se volta para a prática, descobrimos regras complexas de ação e percepção que raramente são discutidas. Estas regras orientam consultores na interpretação dos casos, na comunicação com os outros, na compreensão das dimensões psicológicas e políticas dos casos (25).

Nesta mesma orientação, Porz e colaboradores sugerem uma abordagem filosófica hermenêutica das questões envolvidas nas consultorias. A teoria além de servir como elemento de entendimento para a prática, influencia a abordagem e os métodos escolhidos para o trabalho na prática (26).

A necessidade de efetivar um diálogo entre teoria e prática já foi amplamente discutida nas reflexões sobre as noções de Prudência, entendida como Razão Prática (27), e de Práxis (28). Contemporaneamente, surgiu o conceito de Ética Translacional, entendida como a busca de transpor as discussões éticas acadêmicas para as esferas pessoal e social (29).

O Modelo da Bioética Complexa busca agregar estas visões, e sugere que a Bioética é uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (30). Esta reflexão pode ser considerada complexa, pois inclui uma diversidade de aspectos envolvidos na situação analisada; é interdisciplinar, devido à

possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber; e é compartilhada, por utilizar as diferentes interfaces entre estes saberes para realizar diálogos mutuamente enriquecedores. A reflexão busca verificar a adequação das alternativas, e suas consequências associadas, em relação aos diferentes referenciais teóricos possíveis, sem se ater especificamente a um único referencial como fonte de justificativa, considerando as circunstâncias, desejos e interesses envolvidos neste processo. Os referenciais teóricos utilizados no Modelo da Bioética Complexa incluem os Princípios (31), os Direitos Humanos (32), as Virtudes (27) e a Alteridade (33). Todos estes referenciais são utilizados como elementos de fundamentação para as justificativas e argumentos utilizados nas reflexões sobre casos concretos.

Há poucas evidências empíricas de que a Bioética Clínica gere algum impacto ou valor agregado na resolução dos problemas assistenciais apresentados em consultorias. A Bioética não é um domínio distinto e restrito de especialistas, mas é um processo pragmático, participativo e sistemático de buscar e alcançar objetivos comuns entre todos os envolvidos nas diferentes situações objeto de reflexão (34).

O objetivo deste artigo é verificar as características e os aspectos translacionais das consultorias de Bioética Clínica.

Método

Foi realizado estudo transversal de todas as 317 consultorias de Bioética Clínica realizadas no HCPA de fevereiro de 2009 até abril de 2013, que tiveram registros nos prontuários de 300 pacientes atendidos nas unidades de internação. Estas consultorias foram prestadas por diferentes profissionais de saúde, todos formalmente capacitados em Bioética Clínica.

O HCPA é o Hospital Geral Universitário, com 845 leitos, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), avaliada como a melhor Universidade do Brasil pelo Ministério da Educação (35).

O levantamento dos prontuários foi fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do Hospital, que é o responsável pela guarda e manutenção

destes registros com o Aplicativo para Gestão Hospitalar (AGH). Após esta identificação, os dados foram coletados a partir de busca diretamente no prontuário eletrônico dos pacientes, por meio do sistema AGH, com uma senha de acesso específica para o perfil de pesquisador. As informações coletadas foram armazenadas em um banco de gerenciamento de dados utilizando o programa Office Access[®].

As variáveis consideradas para caracterizar as consultorias foram o número de solicitações por ano e o período de tempo entre esta solicitação e a resposta do consultor.

Os aspectos translacionais foram considerados em três níveis: presentes, parcialmente presentes e não presentes. A transposição foi verificada comparando-se a Sugestão de Conduta, descrita pelo consultor, com as ações registradas pelas equipes assistenciais. Foram utilizadas nesta avaliação apenas as informações contidas nos registros dos prontuários dos pacientes, sejam as informações das evoluções assistenciais, das consultorias de Bioética, das outras consultorias solicitadas pela equipe assistencial, e das notas de alta.

Foi realizada uma análise descritiva destas variáveis, utilizando frequências relativas e medidas de tendência central e de variabilidade, obtidas no sistema SPSS versão 18.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (GPPG110591).

Resultados

A demanda de consultorias solicitadas ao Serviço de Bioética pelas equipes assistenciais, com registro em prontuário, vem aumentando gradativamente desde a sua criação em 2009. A primeira consultoria registrada em prontuário foi realizada em julho de 2009. Até o final daquele ano, foram realizadas 30 consultorias. Em 2010 foram solicitadas 47 consultorias, em 2011 outras 85 consultorias e em 2012 foram 103 solicitações. Até abril de 2013, período de levantamento deste estudo, haviam sido solicitadas 35 consultorias. Considerando-se todo o período de avaliação, a média anual de consultorias foi de 78,0 e a mensal de 6,52 (Gráfico 1).

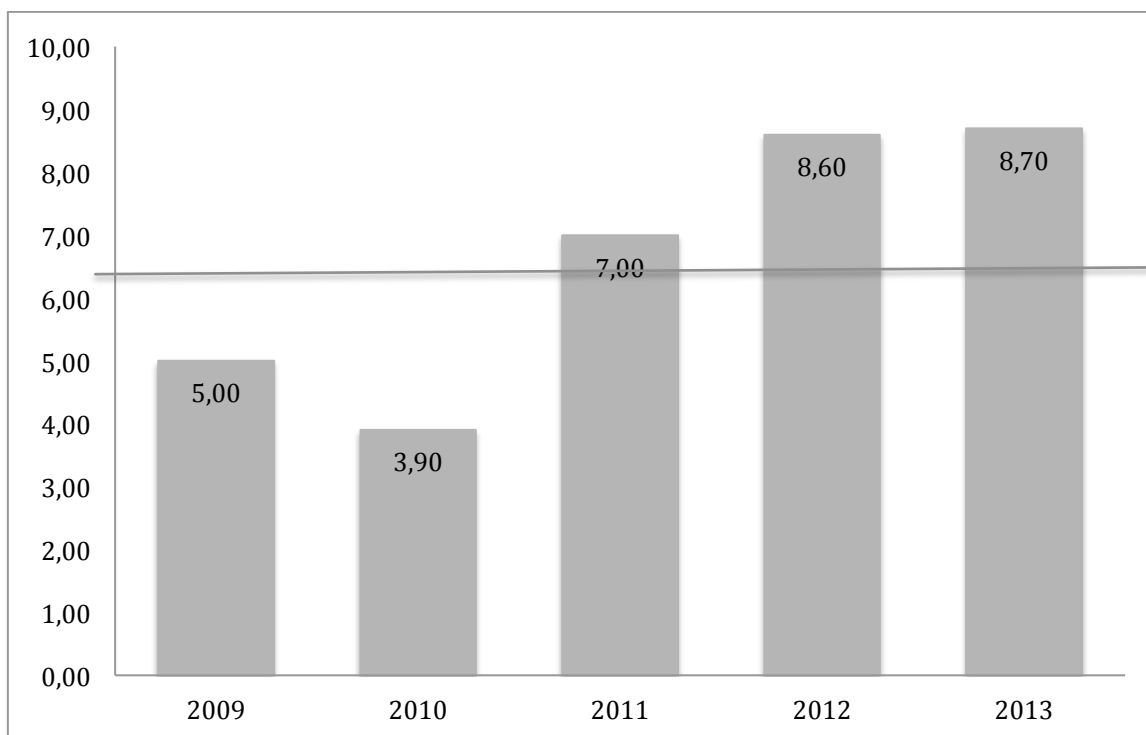


Gráfico 1 – Solicitações de Consultorias de Bioética Clínica. Média mensal, representada por ano, e média global, representada pela linha horizontal (N=300).

O tempo entre a solicitação da consultoria no sistema e o registro da última resposta em prontuário, foi, em média, de $40,0 \pm 102,1$ horas, com uma variação de menos de uma hora até 1001,3 horas. O sistema de prontuários fornece como tempo o período que decorre desde a solicitação até o último registro do consultor de Bioética realizado. Quando ocorrem internações de longa duração e com registros continuados, este tempo se eleva. No caso específico do maior período verificado, 1001,3 horas, a primeira resposta ocorreu em 24 horas, tendo sido realizados cinco registros ao longo da internação.

Não foi possível avaliar 34 (11,3%) consultorias em relação aos aspectos translacionais, pois os registros em prontuário estavam incompletos, impedindo a avaliação da adesão ou não às condutas sugeridas. Avaliando os aspectos translacionais nas demais consultorias, foi possível identificar que em 221 (73,3%) delas houve transposição das condutas sugeridas para a prática assistencial. Em outras 39 (13,0%) consultorias esta transposição foi parcial e em apenas 6 (2,0%) consultorias não houve qualquer registro que identificasse esta situação (Gráfico 2).

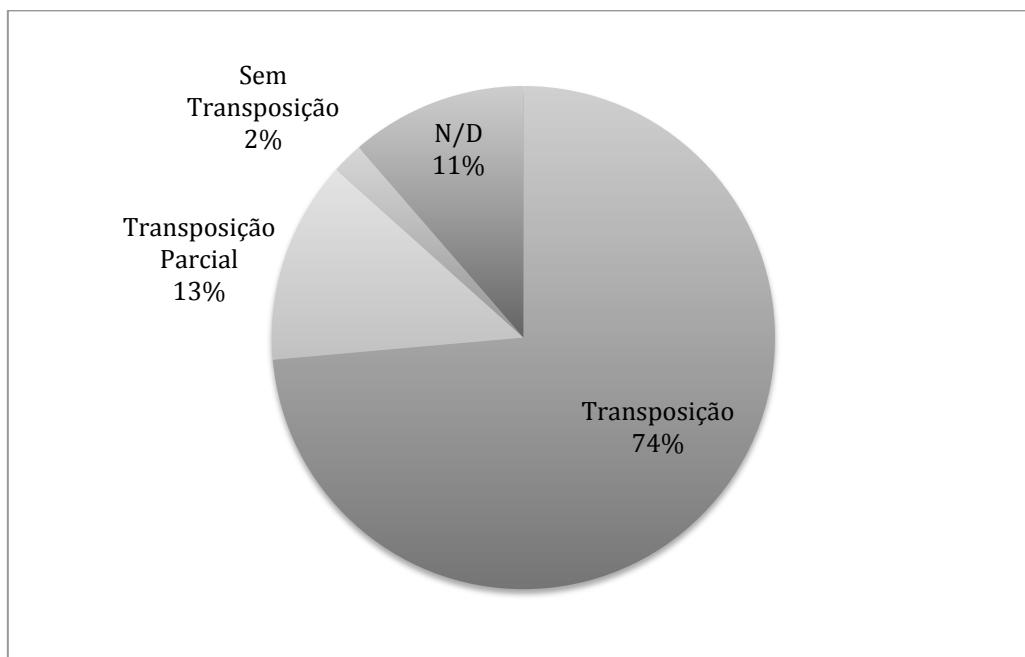


Gráfico 2 - Aspectos translacionais das consultorias de Bioética Clínica. Representado em porcentagens (N=300).

Discussão

Os dados apontam uma crescente demanda de solicitações de consultorias ao Serviço de Bioética, pois a média mensal de consultorias vem se elevando de 5,0 para 8,7. A média anual é de 78 pacientes que tiveram consultorias solicitadas.

No Brasil, um levantamento de consultorias de Bioética, realizadas em outro hospital universitário, relatou que foram feitas solicitações para 65 pacientes em um período de 10 anos (36). Em outro levantamento de 151 casos de pacientes que tiveram limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital universitário, não houve registro de consulta formal dirigida ao Comitê de Bioética da instituição (37).

Nos comitês de bioética norte-americanos a média varia 3 a 250 consultorias (15–22). Estas comparações devem ser realizadas com cautela, pois nos estudos de Tapper e de Godkin, que apresentam valores anuais de 95 e 250 consultorias, respectivamente, estes valores se referem a todas as atividades realizadas pelo comitê (20,22).

No estudo de Tapper, realizado nos EUA, foram incluídas consultorias breves e completas. Consultorias breves são aquelas onde ocorre uma conversa informal com algumas das partes envolvidas e uma recomendação deixada por escrito; e as completas, que são casos mais difíceis, onde uma consultoria formal é convocada, com a participação de mais membros do Comitê para revisar as informações, falar com todas as partes envolvidas e prestar uma recomendação formal. Este último tipo de atendimento teve uma média de 9,6 consultorias por ano (20).

No estudo de Godkin, realizado no Canadá, foram incluídas todas as atividades realizadas pelos consultores de Bioética, incluindo as assessorias à administração do hospital, consultorias breves e atividades educativas (22).

No modelo utilizado para prestação de consultorias utilizado pelo Serviço de Bioética, que foram analisadas neste artigo, todas elas poderiam ser consideradas como consultorias formais. Todas as consultorias analisadas foram solicitadas através do sistema de prontuário, os consultores realizaram contato com as partes interessadas e as sugestões de conduta foram registradas formalmente em prontuário. Os casos mais relevantes foram levados para discussão com todos os membros do Comitê de Bioética Clínica do Hospital, sendo também informado do volume e do tipo das demais consultorias realizadas para discussão quando envolvia assuntos com algum impacto institucional.

O Serviço de Bioética do HCPA desenvolve inúmeras outras atividades além das consultorias formais registradas em prontuário. São exemplo destas atividades as consultorias ambulatoriais e as consultorias pró-ativas, que são aquelas realizadas de forma regular em rounds clínicos de diferentes unidades do Hospital que foram identificadas como mais sensíveis à ocorrência de conflitos éticos. A necessidade de uma atuação pró-ativa dos serviços de Bioética se dá especialmente devido as características complexas do ambiente de atenção à saúde (38), sendo uma abordagem promissora inclusive para pacientes de alto risco (39).

As consultorias pró-ativas são um excelente recurso para a capacitação, em temas de Bioética Clínica, dos profissionais de saúde que atuam nestas áreas (9). Isto já foi evidenciado quando os registros em prontuário sobre práticas médicas e modos de morrer em três unidades de tratamento intensivo (UTI) pediátrico foram comparados. A UTI pediátrica do HCPA, que já vinha desenvolvendo consultorias de bioética pró-ativas desde 1997, foi a que teve maior

registro em prontuário de questões relativas fim de vida, pois a continuidade destas atividades capacita todos envolvidos (40). Além disto, as reuniões regulares desenvolvem uma maior colaboração entre os profissionais e os consultores de Bioética (9). A presença dos consultores de Bioética nas atividades das equipes assistenciais reduz o impacto da própria discussão destes temas. Os consultores deixam de ter a imagem distorcida de serem agentes de fiscalização das atividades profissionais (41).

O tempo de resposta formal à consultoria, registrada em prontuário, é razoável, considerando que a média verificada foi inferior a dois dias. Muitas situações foram encaminhadas preliminarmente em contatos pessoais ou por telefone, sendo o registro efetuado posteriormente. A variação verificada no tempo para o registro foi bastante elevada. Nos finais de semana a consultoria atende solicitações por meio telefônico, sendo que os registros são realizados posteriormente, no primeiro dia útil. Não foi encontrado na literatura qualquer dado semelhante que permitisse uma comparação com outros serviços de Bioética, nos diferentes artigos que relatam a experiência destes grupos não há menção ao tempo de registro das respostas.

Algumas avaliações de eficácia das consultorias de Bioética realizadas em diferentes instituições baseiam-se exclusivamente na visibilidade e no volume de consultorias prestadas (22). Esta abordagem pode ser questionada, pois apenas reflete o que foi realizado e não as suas consequências, especialmente a transposição à prática do que foi discutido em consultoria. A avaliação dos aspectos translacionais das consultorias de Bioética do HCPA permitiu verificar que a grande maioria destas atividades teve repercussão na assistência. Orr, em 1993, já propunha que, quando a consultoria de Bioética interfere na condução do caso, ou foi considerada pelos profissionais, ela teve eficácia (42). Nos dados obtidos na presente amostra de consultorias, esta característica foi verificada em 86,3% das situações, pois as condutas sugeridas estavam presentes ou parcialmente presentes nos registros posteriores da equipe assistencial.

Estes resultados podem indicar que a utilização do modelo de Bioética Complexa é adequada à prática de realização de consultorias, devido às suas características de buscar integrar diferentes referenciais teóricos e a experiência advinda de casos relacionáveis ao problema a ser abordado. A reflexão realizada nas consultorias assume as características de ser complexa, compartilhada e interdisciplinar.

Na área da assistência à saúde, a complexidade é inerente, exigindo dos profissionais de saúde e dos consultores de Bioética um amplo e variado conjunto de habilidades e conhecimentos (11,22,25,38). A complexidade dessas relações é amplamente reconhecida (43–45). Incluir a complexidade como um elemento fundamental das reflexões em Bioética Clínica (30), facilita este diálogo e permite que a Bioética seja entendida como um campo interdisciplinar que favorece a troca de saberes (2).

O diálogo necessário ao encaminhamento das reflexões surge do compartilhamento de informações, que também se reflete nas decisões que serão tomadas. Assumir uma perspectiva dialógica é essencial para o processo das consultorias, tendo em vista que muitas das questões abordadas envolvem problemas de comunicação entre as partes (46). O consultor deve ser sensível ao adequado entendimento dos relacionamentos interpessoais, permitindo envolver as partes interessadas nos diálogos sobre as suas corresponsabilidades, ajudando a integrar diferentes conhecimentos e entendimentos (47). As questões éticas podem ser vistas como existindo em um *continuum* (38), ampliando a própria concepção do processo de tomada de decisão compartilhada (48).

A interdisciplinaridade também é fundamental neste sistema de prestação de consultorias. Alguns autores propõem que a atuação de consultores não médicos e não enfermeiros pode diminuir a demanda de consultorias de Bioética Clínica (19,49). Os dados desta amostra contradizem estas afirmativas, pois na sua grande maioria as consultorias foram prestadas por outros profissionais de saúde, mantendo-se uma perspectiva interdisciplinar. O que pode reduzir a demanda é a falta de capacitação e familiaridade dos consultores com os aspectos associados ao atendimento de pacientes e ao próprio funcionamento dos hospitais.

Os consultores devem ter respaldo, no exercício de suas atividades, em uma ampla discussão interdisciplinar de sua própria atuação. Uma das vantagens dos Comitês de Bioética Clínica é a diversidade de qualificação de seus membros. O exercício da interdisciplinaridade como processo, pode compensar a falta de formação individual, em diferentes aspectos de conhecimentos, de cada um dos seus membros. Esta vantagem se amplia quando o Comitê inclui os consultores como seus membros (50,51). A discussão de casos individuais pode ser levada, excepcionalmente, para a discussão em grande grupo no próprio Comitê, quando a sua complexidade ou gravidade exigirem uma ampliação dos participantes no processo de discussão. O papel mais importante do Comitê de Bioética, como um todo, é permitir uma discussão sobre as próprias recomendações dadas pelos consultores e verificar a sua coerência

e adequação. Os Comitês de Bioética Clínica podem também sugerir novas propostas de abordagem para questões éticas que ocorrem nos hospitais.

As noções teóricas são utilizadas, na prática diária, para auxiliar os profissionais a compreender as situações envolvidas nos problemas éticos associados à assistência. Da mesma forma, esta interação com a prática clínica leva a novas proposições teóricas (26). O entendimento da relação entre teoria e prática não é linear, não deve ser entendido como uma via única da teoria à prática, nem da prática à teoria (27). Deste diálogo entre teoria e prática surgem novos temas com crescente complexidade.

Esta integração gera a necessidade de incluir a discussão de práxis nas atividades de consultoria em Bioética Clínica. Este fluxo bidirecional entre teoria e prática, só é possível quando se tem uma sólida fundamentação teórica e ao mesmo tempo se exerce isso na prática. Na medida em que teoria e prática passam a modular-se continuamente, surge a práxis bioética. Através da práxis, a relação entre a teoria e a prática resulta em algo mais do que a soma do conteúdo de cada uma delas (52), sendo exatamente por esta razão, ambas essenciais, de forma conjunta, para a atuação no campo interdisciplinar da Bioética.

Considerações Finais

As principais características das consultorias de Bioética Clínica avaliadas no presente estudo foram:

- Que a demanda de solicitações é crescente, com média mensal superior a seis solicitações de consultorias, e alta em relação a outros serviços de Bioética que atuam de forma semelhante em diferentes países;
- Que o tempo de registro das sugestões de conduta oriundas das consultorias é relativamente curto, menor que dois dias após a solicitação. Vale ressaltar que a maioria das consultorias se refere a pacientes com longo período de internação;
- Que os aspectos translacionais das consultorias de Bioética Clínica realizadas puderam ser identificados, pois em mais de 85% dos registros realizados após a sua

realização, foram identificadas características que demonstram a adesão às condutas sugeridas.

Os dados obtidos nesta amostra de consultorias realizadas em um hospital geral universitário demonstram a possibilidade de transpor as reflexões teóricas realizadas pela Bioética ao mundo real da assistência aos pacientes, permitindo um efetivo diálogo entre teoria e prática.

Referências

1. Potter VR. Bioethics: bridge to the future [Internet]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971 [cited 2013 Oct 8]. p. 205. Available from: <http://books.google.com/books?id=5mpEAAAAYAAJ&pgis=1>
2. O'Neill O. Autonomy and Trust in Bioethics [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cited 2013 Oct 6]. p. 213. Available from: http://books.google.com/books?id=F_2z0qJgrUoC&pgis=1
3. Engelhardt HT jr. Manuale di bioetica [Internet]. Milano: Il Saggiatore; 1999 [cited 2013 Oct 8]. p. 564. Available from: http://books.google.com/books?id=_IHvPAAACAAJ&pgis=1
4. Bioethics Thesaurus [Internet]. Washington D.C: Bioethics Information Retrieval Project, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University; 1995 [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://books.google.com/books?id=tm1qAAAAMAAJ&pgis=1>
5. Teel K. The physician's dilemma: a doctor's view--what the law should be. *Bayl. Law Rev.* [Internet]. 1975 Jan [cited 2013 Oct 8];27(1):6–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11660887>
6. Goldim JR, Francisconi CF. Os comitês de ética hospitalar. *Rev. Med. ATM.* 1995;15(1):327–34.
7. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience. *J. Int. Bioethique* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 1];19(1-2):181–92, 207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664010>
8. Fiester A. Mediation and recommendations. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):23–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391055>
9. Agich GJ. Education and the improvement of clinical ethics services. *BMC Med. Educ.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13:41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3608248&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, Juknialis BW, Smith EM. A national survey of hospital ethics committees. *Crit. Care Med.* [Internet]. 1983 Nov [cited 2013 Sep 23];11(11):902–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6627962>
11. Rosner F. Hospital Medical Ethics Committees: A Review of Their Development. *JAMA J. Am. Med. Assoc.* [Internet]. American Medical Association; 1985 May 10 [cited 2013 Sep 23];253(18):2693. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=398397>

12. Bishop JP, Fanning JB, Bliton MJ. Of goals and goods and floundering about: a dissensus report on clinical ethics consultation. *HEC Forum* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Sep 23];21(3):275–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19669702>
13. Engelhardt HT. Credentialing strategically ambiguous and heterogeneous social skills: the emperor without clothes. *HEC Forum* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Sep 23];21(3):293–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705284>
14. Ford PJ, Boissy AR. Different questions, different goals. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 20];7(2):46–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366195>
15. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 20];7(2):13–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366184>
16. McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2001 Jan [cited 2013 Sep 23];1(4):60–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11954647>
17. Aulisio MP, Moore J, Blanchard M, Bailey M, Smith D. Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Camb. Q. Healthc. Ethics* [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Oct 2];18(4):371–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715624>
18. Johnson LS, Lesandrini J, Rozycki GS. Use of the medical Ethics Consultation Service in a busy Level I trauma center: impact on decision-making and patient care. *Am. Surg.* [Internet]. 2012 Jul [cited 2013 Oct 3];78(7):735–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748529>
19. Courtwright A, Brackett S, Cist A, Cornelia Cremens M, Krakauer EL, Robinson EM. The Changing Composition of a Hospital Ethics Committee: A Tertiary Care Center's Experience. *HEC Forum* [Internet]. 2013 Aug 2 [cited 2013 Oct 3]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23907593>
20. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin. Proc.* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Oct 3];85(5):433–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2861972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Milmore D. Hospital ethics committees: a survey in Upstate New York. *HEC Forum* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Oct 10];18(3):222–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650761>
22. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, Macrae SK, Tracy CS. Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): phase 1-- descriptive analysis of nine clinical ethics services. *J. Med. Ethics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Oct 3];31(9):505–12. Available from:

- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1734223&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Molewijk B, Slowther A, Aulisio M. The practical importance of theory in clinical ethics support services. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):ii–iii. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790688>
 24. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin Giles N, Meyer-Zehnder B. Evidence - competence - discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):403–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790694>
 25. Agich GJ. The question of method in ethics consultation. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2001 Jan [cited 2013 Sep 20];1(4):31–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11954634>
 26. Porz R, Landeweer E, Widdershoven G. Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. *Bioethics* [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Sep 3];25(7):354–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790689>
 27. Aristóteles. *Ética a Nicômaco* [Internet]. São Paulo: Edipro; 2007 [cited 2013 Oct 8]. p. 319. Available from: <http://books.google.com/books?id=mvlkNQAACAAJ&pgis=1>
 28. Marx K. *Teses Sobre Feuerbach*. Marx. Karl ENGELS, Friedrich. A Ideol. Alemã. 3a edição. São Paulo: Ciências Humanas; 1982.
 29. Cribb A. Translational ethics? The theory-practice gap in medical ethics. *J. Med. Ethics* [Internet]. 2010 Apr [cited 2013 Oct 8];36(4):207–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20338930>
 30. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev. HCPA*. 2006;26(2):86–92.
 31. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.
 32. Bandman EL, Bandman B. *Bioethics and human rights: a reader for health professionals* [Internet]. Boston: Little, Brown; 1978 [cited 2013 Oct 7]. p. 386. Available from: <http://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1>
 33. Lévinas E. *Humanisme de l'autre homme* [Internet]. Montpellier: Fata Morgana; 1972 [cited 2013 Oct 8]. p. 111. Available from: <http://books.google.com/books?id=cB41AAAIAAJ&pgis=1>
 34. Belkin G. Impact and accountability: improvement as a competency challenges the purposes of bioethics. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):14–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391050>
 35. UFRGS. *The University Ranking* [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: <http://www.ufrgs.br/english/the-university/ranking>

36. Loch J de A, Gauer GJC, Casado M (Organizadores). Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008 [cited 2013 Oct 9]. p. 414. Available from: <http://books.google.com/books?id=y4LgFvPuq3wC&pgis=1>
37. Linhares, Daniela Grignani Siqueira JE, Previdelli I. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bioética*. 2013;21(2):291–7.
38. Bean S. Navigating the murky intersection between clinical and organizational ethics: a hybrid case taxonomy. *Bioethics* [Internet]. 2011 Jul [cited 2013 Sep 3];25(6):320–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20002069>
39. Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. *Crit. Care Med.* [Internet]. 1998 Feb [cited 2013 Oct 4];26(2):252–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9468161>
40. Kipper DJ, Piva JP, Garcia PCR, Einloft PR, Bruno F, Lago P, et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr. Crit. Care Med.* [Internet]. 2005 May [cited 2013 Oct 9];6(3):258–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857521>
41. Smith ML, Weise KL. The goals of ethics consultation: rejecting the role of “ethics police”. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 23];7(2):42–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17366193>
42. Orr RD, Moon E. Effectiveness of an ethics consultation service. *J. Fam. Pract.* [Internet]. 1993 Jan [cited 2013 Oct 3];36(1):49–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8419503>
43. Morin E. *La nature de la nature* [Internet]. Paris: Éd. du Seuil; 1977 [cited 2013 Oct 9]. p. 398. Available from: <http://books.google.com/books?id=3VclAAAAMAAJ&pgis=1>
44. Singer P. *Ética prática* [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 2002 [cited 2013 Sep 3]. p. 399. Available from: <http://books.google.com/books?id=SdirPAAACAAJ&pgis=1>
45. Habermas J, McCarthy T. *The Theory of Communicative Action: Reason and the rationalization of society* [Internet]. Boston: Beacon Press; 1985 [cited 2013 Sep 3]. p. 512. Available from: <http://books.google.com/books?id=16ntg728ZdAC&pgis=1>
46. Morin E. *O Metodo 3: O conhecimento do conhecimento* [Internet]. Porto Alegre: Sulina; 2008 [cited 2013 Oct 12]. p. 285. Available from: <http://books.google.com/books?id=yNQ5kgEACAAJ&pgis=1>
47. Abma T a, Baur VE, Molewijk B, Widdershoven G a M. Inter-ethics: towards an interactive and interdependent bioethics. *Bioethics* [Internet]. 2010 Jun [cited 2013 Sep 3];24(5):242–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500761>
48. Kon AA. The shared decision-making continuum. *JAMA* [Internet]. 2010 Aug 25 [cited 2013 Sep 21];304(8):903–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20736477>

49. Chwang E, Landy DC, Sharp RR. Views regarding the training of ethics consultants: a survey of physicians caring for patients in ICU. *J. Med. Ethics* [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Oct 3];33(6):320–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2598279&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
50. Altisent R, Martín-Espildora N, Delgado-Marroquín MT. Health care ethics consultation. Individual consultant or committee model?: pros and cons. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 20];13(2):25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391056>
51. Tarzian AJ. Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities' core competencies update task force. *Am. J. Bioeth.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Sep 23];13(2):3–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23391049>
52. Genro Filho A. *Marxismo, filosofia profana*. Porto Alegre: Tchê; 1986. p. 29–38.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos nesta amostra de 300 pacientes internados em um hospital geral universitário que tiveram solicitações de realização de consultorias de Bioética Clínica, no período de 2009 a 2013, permitem identificar que:

- Os médicos, especialmente os médicos residentes, foram os profissionais responsáveis pela maior demanda de consultorias;

- A demanda de solicitações tem sido crescente e superior a verificada em outros serviços de Bioética, que atuam de forma semelhante em diferentes países;

- Considerando-se o número absoluto de solicitações de consultorias, os Serviços de Medicina Interna, Pediatria e Psiquiatria foram os que mais se destacaram. Utilizando a incidência de solicitações, relativa ao número de internações de cada especialidade, se incluem os Serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de Infectologia e do Tratamento da Dor. O Serviço de Psiquiatria é o único que se destaca em ambos critérios para medir as solicitações;

- O tempo para o registro das sugestões de conduta oriundas das consultorias é menor que dois dias após a solicitação;

- As consultorias se referiam a pacientes de longa permanência, de todas as faixas etárias e sem um predomínio de sexo ou gênero, demonstrando a sua necessidade e utilidade em qualquer dos cenários de cuidado em internação hospitalar.

- Os pacientes tiveram predominantemente, alta para domicílio, mas a taxa de mortalidade associada às solicitações de consultoria foi mais elevada que a verificada na Instituição, considerando-se o mesmo período, o que demonstra a gravidade dos pacientes desta amostra;

- As consultorias envolveram situações difíceis, interações entre pessoas e tomada de decisão, abordando predominantemente os temas da Morte e Morrer, do Relacionamento Profissional e do Consentimento Informado;

- Houve uma convergência em relação aos diversos referenciais teóricos utilizados – Virtudes, Princípios, Direitos Humanos e Alteridade – todos com alta frequência de utilização, demonstrando que a abordagem teórica das consultorias deve contemplar a complexidade teórica, também presente na transposição para a prática assistencial.

- As características dos referenciais teóricos mais identificadas – Corresponsabilidade, Temperança, Coragem e Evitar o Mal - indicam que o foco das consultorias é o melhor interesse do paciente;

- Foram identificados aspectos translacionais nas consultorias de Bioética Clínica, pois a maioria dos registros demonstram a adesão às condutas sugeridas.

Embora algumas características das consultorias de Bioética Clínica possam ser apenas representativas do perfil populacional, como o sexo dos solicitantes, e da organização da própria instituição, como a categoria profissional e quais serviços estavam vinculados à demanda, foi verificado uma coerência do tipo de atuação que a Bioética Clínica vem desenvolvendo há 20 anos na Instituição com as características apresentadas pelas demandas dos diferentes serviços.

As características dos profissionais que solicitaram as consultorias, para quais pacientes ocorreram estas solicitações, e os respectivos serviços médicos associados, possibilitaram identificar os temas mais relevantes nas consultorias de Bioética Clínica, e quais os referenciais teóricos que estão envolvidos nestes problemas éticos. Esta análise independente de cada uma das características permitiu verificar a interação existente entre teoria e prática.

Estes dados permitiram, em uma instituição que possui um Serviço de Bioética consolidado, com uma grande demanda de consultorias, uma melhor caracterização de quem são as pessoas envolvidas nas consultorias, especialmente focando nos profissionais e pacientes, de forma diversa da literatura, que centra as análises no consultor. Por estes dados serem pioneiros, não há medidas de comparação possível, mas espera-se que outros trabalhos sejam desenvolvidos neste mesmo sentido, buscando conhecer melhor as consultorias de Bioética Clínica como forma de contribuir para a assistência e educação.

A importância destes dados transcende a área assistencial, pois a ampla identificação dos temas que foi realizada também é essencial para guiar as consultorias e capacitação dos

profissionais. Apesar dos exemplos de casos serem úteis, muitas vezes as discussões envolvendo Bioética que são realizadas nos diferentes meios, sociais ou acadêmicos, não tem a relevância que se deseja atribuir. Situações envolvendo temas como, por exemplo, aborto, reprodução assistida, suicídio e eutanásia, que são automaticamente relacionados à Bioética, apesar de grande visibilidade, não representam os problemas éticos reais que pacientes e profissionais se deparam na assistência.

A diversidade e simultaneidade de referenciais teóricos identificados na realização das consultorias, atentam para a importância do embasamento teórico como elemento essencial da prática. A complexidade das situações que demandam consultorias de Bioética Clínica exigem esta mesma complexidade na forma que os problemas são abordados. Possivelmente por esta razão, um modelo de tomada de decisão que contemple estas características, seja o mais adequado na busca de um melhor atendimento.

Talvez a questão mais relevante que foi identificada seja a transposição verificada, pela primeira vez, em registros formais de consultoria de Bioética. O título da presente tese “Consultorias de Bioética Clínica: da Teoria à Prática” de forma alguma significa que a transposição se dá somente neste sentido, mas busca indicar a importância da fundamentação teórica e seu exercício na prática, permitindo um fluxo bidirecional entre estes dois elementos. Os dados obtidos nesta amostra demonstram a clara possibilidade de transpor as reflexões teóricas realizadas pela Bioética ao mundo real da assistência aos pacientes, permitindo um efetivo diálogo entre teoria e prática.

7 APÊNDICES

A seguir são disponibilizadas as tabelas com os dados completos que foram coletados na tese e que não foram incluídos por limitação de espaço dos artigos ou relevância. São apresentados os dados em relação aos Serviços Médicos, Referenciais Teóricos e Temas, respectivamente.

7.1 SERVIÇOS MÉDICOS. Tabela Geral dos Serviços Médicos do HCPA que solicitaram consultorias de Bioética Clínica. Dados apresentados em número absoluto de solicitações e sua relativa porcentagem (N=300) e número geral de internações de cada serviço, no mesmo período, e a incidência de solicitações de consultorias sobre este número.

Serviço Médico	Número solicitações	%	Internações	Incidência (%)
Medicina Interna	67	22,3	10034	0,77
Pediatria	47	15,7	6273	0,86
Psiquiatria	28	9,3	1641	1,96
Cirurgia do Aparelho Digestivo	15	5,0	4184	0,41
Neurologia	15	5	2799	0,62
Neonatologia	11	3,7	3381	0,37
Gastroenterologia	10	3,3	2532	0,45
Ginecologia e Obstetrícia	9	3,0	17345	0,06
Hematologia Clínica	9	3,0	2050	0,50
Infectologia	9	3,0	315	3,28
Oncologia	9	3,0	2015	0,51
Oncologia Pediátrica	9	3,0	2226	0,46
Nefrologia	6	2,0	2187	0,32
Ortopedia e Traumatologia	6	2,0	3872	0,18
Pneumologia	6	2,0	1756	0,39
Cirurgia Geral	5	1,7	4130	0,12
Emergência	5	1,7	17977	0,03
Medicina Intensiva	5	1,7	3192	0,16
Psiquiatria da Infância/Adolescência	5	1,7	121	4,12
Cardiologia	4	1,3	3551	0,11
Cirurgia Vasculard Periférica	4	1,3	1882	0,21
Cirurgia Cardiovascular	3	1,0	1309	0,23
Cirurgia Torácica	2	0,7	967	0,21
Coloproctologia	2	0,7	812	0,25
Reumatologia	2	0,7	497	0,40
Cirurgia Pediátrica	1	0,3	1125	0,09
Cirurgia Plástica	1	0,3	846	0,12
Endocrinologia	1	0,3	632	0,16
Otorrinolaringologia	1	0,3	2553	0,04
Tratamento da Dor	1	0,3	82	1,22
Anestesia	0	0	1	0
Dermatologia	0	0	25	0
Fisiatria e Reabilitação	0	0	1	0

Serviço Médico (cont.)	Número solicitações	%	Internações	Incidência (%)
Medicina Nuclear	0	0	7	0
Medicina Ocupacional	0	0	3	0
Nutrologia	0	0	7	0
Oftalmologia	0	0	328	0
Urologia	0	0	3730	0
Emergência e Medicina Intensiva Pediátrica	0	0	28	0
TOTAL	298		113906	0,26

7.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS. Tabela Geral dos Referenciais Teóricos identificados nas consultorias de Bioética Clínica, apresentados em frequência relativa ao número absoluto (N=300) e porcentagem.

Referencial Teórico		Frequência	%
Virtudes		299	99,3
	Temperança	244	81,4
	Coragem	220	73,3
	Tolerância	194	64,7
	Prudência	186	62,0
	Humildade	184	61,3
	Compaixão	183	61,0
	Boa-fé	151	50,3
	Generosidade	147	49,0
	Polidez	105	35,0
	Justiça	98	32,7
	Simplicidade	93	31,0
	Fidelidade	62	20,7
	Amor	54	18,0
	Humor	29	9,7
	Gratidão	7	2,3
Princípios		298	99,0
<i>Beneficência</i>		295	98,3
	Evitar o Mal	202	67,2
	Fazer o Bem	113	37,7
<i>Respeito às Pessoas</i>		251	83,4
	Voluntariedade	132	44,0
	Autodeterminação	131	43,7
	Veracidade	92	30,7
	Confidencialidade	49	16,3
<i>Justiça</i>		207	68,8
	Vulnerabilidade	166	55,3
	Não Discriminação	80	26,7
	Controle Social	20	6,7
Direitos humanos		293	97,3
<i>Individuais</i>		284	94,4
	Não Discriminação	178	59,3
	Vida	154	51,3
	Liberdade	104	34,7
	Privacidade	59	19,7
<i>Coletivos</i>		206	68,4
	Saúde	172	57,3
	Assistência Social	73	24,3
	Educação	5	1,7

Referencial Teórico (cont.)		Frequência	%
Direitos humanos (cont.)			
<i>Transpessoais</i>		78	25,9
	Solidariedade	47	15,7
	Ambiente	33	11,0
Alteridade		284	94,4
	Corresponsabilidade	253	84,3
	Não Neutralidade	146	48,7
	Copresença Ética	123	41,0

7.3 TEMAS E SUBTEMAS. Tabela Geral de Temas e Subtemas identificados nas consultorias de Bioética Clínica, apresentados em frequência relativa ao número absoluto (N=300) e porcentagem.

TEMAS	SUBTEMAS	Frequência	%
Ética Religiosa		35	11,7
	Testemunha de Jeová	28	9,3
	Católica	5	1,7
	Umbanda	1	0,3
	Outras denominações	1	0,3
	Evangélicas de Missão	0	0
	Evangélicas Pentecostais	0	0
	Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias	0	0
	Espírita	0	0
	Candomblé	0	0
	Judaísmo	0	0
	Hinduísmo	0	0
	Islamismo	0	0
	Budismo	0	0
Ética Aplicada e Profissional		50	16,7
	Educação	24	8,0
	Justiça Criminal	21	7,0
	Governo	7	2,3
Relacionamento Profissional		198	66,0
	Relacionamento com Pacientes	171	57,0
	Má Conduta	37	12,3
	Relacionamento entre Profissionais	34	11,3
	Má Prática	8	2,7
Consentimento Informado		194	64,7
	Aspectos Legais	96	32,0
	Consentimento de Terceiros/Incompetentes	88	29,3
	Direito de Recusar Tratamento	74	24,7
	Consentimento dos Pais/Menores	39	13,0
Informações		136	45,3
	Revelação de Informações	118	39,3
	Privacidade	56	18,7
	Confidencialidade	43	14,3
Direito à Saúde		120	40,0
	Acesso a Serviços Públicos	120	40,0
	Seguros Saúde	0	0

TEMAS (cont.)	SUBTEMAS	Frequência	%
Alocação de Recursos da Saúde		132	44,0
	HIV e AIDS	35	11,7
	Abuso de Substâncias	33	11,0
	Recém-nascidos e Menores	28	9,3
	Idosos	25	8,3
	Minorias	16	5,3
	Pessoas com Deficiência Mental	11	3,7
	Mulheres	4	1,3
	Embriões e Fetos	2	0,7
	Indigentes	1	0,3
Sexualidade/ Gênero		8	2,7
	Genitália Ambígua	5	1,7
	Transexualidade	3	1,0
Contraceção		2	0,7
	Esterilização	2	0,7
	Disponibilidade para Menores	0	0
	Falha de Anticoncepção	0	0
Aborto		4	1,3
	Aspectos Legais	2	0,7
	Aspectos Sociais	2	0,7
	Aconselhamento de Aborto	2	0,7
	Interesse do Pessoal Saúde/ Instituição	1	0,3
	Aspectos Morais e Religiosos	0	0
	Interesses Mulher/Feto/Pai	0	0
Reprodução/ Tecnologias Reprodutivas		0	0
	Inseminação e Maternidade Substitutiva	0	0
	Seleção Sexo	0	0
	FIV e Transferência Embriões	0	0
	Congelamento Gametas/Embriões	0	0
Aconselhamento Genético e Diagnóstico Pré-natal		4	1,4
	Triagem Genética/Testes	4	1,3
	Terapia Gênica	0	0
	Eugenia	0	0
Saúde Ocupacional		3	1,0
	Preservação de Informações	3	1,0
	Programa de Vacinação	0	0

TEMAS (cont.)	SUBTEMAS	Frequência	%
Neurociências/Terapias em Saúde Mental		68	22,7
	Modificação de Comportamento	47	15,7
	Psicoterapia	12	4,0
	Direito do Paciente Institucionalizado a Tratamento	12	4,0
	Psicofarmacologia	8	2,7
	Internação Compulsória	8	2,7
	Estimulação Elétrica	5	1,7
	Psicocirurgia	0	0
Órgãos artificiais e Transplantados		16	5,3
	Doação/Aquisição órgãos	6	2,0
	Alocação de Órgãos e Tecidos	6	2,0
	Rins	3	1,0
	Corações	1	0,3
Morte e Morrer		245	81,7
	Família	164	54,7
	Atitudes Frente à Morte	130	43,3
	Pessoal da Saúde	101	33,7
	Cuidados com o Paciente que está Morrendo	82	27,3
	Prolongamento da Vida	62	20,7
	Cuidados com o Menor que está Morrendo	43	14,3
	Vontades Antecipadas em Vida	25	8,3
	Permitir Morte de Menores	15	5,0
	Legislação e Casuística	9	3,0
	Definição/Determinação da Morte	7	2,3
	Suicídio/Suicídio Assistido	0	0