ELMA LOURDES CAMPOS PAVONE ZOBOLI

Deliberação:

leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para o Concurso de Livre-Docência junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

São Paulo
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone.
Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica / Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. – São Paulo, 2010.
348 p.

Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1. Cuidados primários de saúde 2. Bioética (análise, pesquisa) 3. Valores (ética) 4. Pesquisa qualitativa 5. Profissionais da saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para o Concurso de Livre-Docência junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Assinatura:_____

Julgamento:_____ Instituição:_____

Prof. Dr. _____ Assinatura:_____

Julgamento:_____ Instituição:_____

Prof. Dr. _____ Assinatura:_____

Julgamento:_____ Instituição:_____

Prof. Dr. _____ Assinatura:_____

Julgamento:_____ Instituição:_____

Prof. Dr. _____ Assinatura:_____

Julgamento:_____ Instituição:_____

Nosso amor se renova, a cada dia, em dedicação e carinho, por isso é duradouro...

A você, Rodolfo,

...sem seu amor, companheirismo e incentivo, ainda que fosse possível minha trajetória até aqui, ela não faria sentido.

Fiz a escalada da montanha da vida removendo pedras e plantando flores,
Cora Coralina

Minha gratidão,

À Vida,

Ao meu amor Rodolfo,

À minha amada família,

Ao Mestre Diego Gracia,

À minha querida amiga Lislaine,

Aos meus amados irmãos de fé da Igreja Matriz Jesus Bom Pastor,

Aos meus cuidadores: Fábio, Daniela, Marilda, Nídia, Rauflin, João Sergio,

Às minhas companheiras nas lides domésticas: Dna. Eloizía e Maria Aparecida,

Aos amigos que ficaram na Espanha: Jorge, Miguel e Ángel,

Às colegas docentes da 'Enfermagem em Saúde Coletiva' da EEEUSP,

Aos funcionários e às monitoras do ENS-EEUSP,

Aos Professores da UCM: Lydia Feito e Miguel Sanchez,

Aos companheiros do 'Máster en Bioética' (Madrid, 2009),

Aos serviços e profissionais de saúde participantes do estudo,

Às bolsistas do estudo: Danielle Morales, Aline Camilo, Natalia Sartório,

Às agências financiadoras: CAPES, CNPq e FAPESP,

Ao revisor Davi Tavares,

Por terem sido companheiros fieis e dedicados nessa etapa da escalada

Porque é tamanha bem-aventurança
O dar-vos quanto tenho e quanto posso
Que, quanto mais vos pago, mais vos devo.
Camões

Procurai o Senhor e tereis a Vida.

Am 5,6

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa

(Ricardo Reis)

Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Este estudo abordou a temática da bioética clínica e atenção básica, por meio de pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva, que se caracterizou como 'pesquisa empírica integrada em ética'. Seu o objetivo geral foi compreender a deliberação moral na atenção básica a partir das recomendações feitas pelos enfermeiros e médicos, frente a problemas éticos vividos na prática clínica. O marco teórico-metodológico foi a deliberação moral, segundo a concepção teórico-filosófica e a proposta metódica de Diego Gracia. O cenário de estudo foi a atenção básica, enquanto projeto político-assistencial para o SUS (Sistema Único de Saúde). Participaram como sujeitos de pesquisa 30 enfermeiros e 33 médicos da rede básica de saúde da cidade de São Paulo. A coleta de dados aconteceu, entre 2000 e 2009, em entrevista individual, anônima, semiestruturada, com uso alternado de duas vinhetas contendo casos clínicos hipotéticos usuais no cenário estudado. A 'prudência' foi categoria analítica para análise dos discursos. Os resultados mostraram diferenças quanto à prudência das recomendações para as duas vinhetas, revelando-se leques de possibilidades de 'cursos de ação' distintos em espectro e pendor. Ao centrar a análise nos 'cursos de ação' prudentes, em ambas vinhetas, desvelou-se como categoria empírica o 'cuidado', que abria espaço para a prudência e tornava possível a deliberação. Por configurar-se como saber que busca o 'sucesso prático', o cuidado assumido, ao mesmo tempo como 'valor fim' e 'valor meio' da prática clínica, propicia a deliberação. A prudência é critério da deliberação e o cuidado, seu espaço. Deliberação, prudência e cuidado são comportamentos éticos a serem forjados em exercício virtuoso diário. Vislumbra-se, assim, como sequência desse estudo uma grande e desafiadora tarefa educativa para profissionais da atenção básica, a fim de engendrar a deliberação, a prudência e o cuidado como saberes vividos na realidade da prática clínica de enfermeiros e médicos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Bioética clínica. Deliberação Moral. Análise ética. Pesquisa em bioética.

Zoboli ELCP. Moral Deliberation: range of possibilities to understand conflicts of values of clinical practice in primary health care [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

This study is an 'integrated empirical ethics' which addressed the issue of clinical bioethics and primary care. It was a qualitative research in the interpretative tradition. It aimed to interpret and obtain a deeper understanding of moral deliberation process used by primary health care providers. The study investigated the 'course of action' proposed by nurses and physicians in order to solve moral conflicts in clinical practice. The reference point was the fundamentals of moral deliberation, according to the theoretical-philosophical and methodological procedure proposed by Diego Gracia. The sample consisted of 30 registered nurses and 33 medical doctors from primary health care centers in Sao Paulo, Brazil. Data collection took place between 2000 and 2009. Data were obtained from anonymous, semistructured interviews by using vignettes containing two common ethical problems in primary care. The qualitative content analysis used Wisdom (*phronésis)* as analytical category. The results showed differences related to the prudence of the recommendations for both vignettes. The 'courses of action' presented for each one were disposed in a hermeneutical range with the possibilities for solving the moral conflict. The two hermeneutical ranges revealed differences in their spectrum and tendency. The analysis focused on the prudent 'courses of action' revealed 'care' as an empirical category, which makes possible wisdom in the deliberation process. 'Care' aims 'practical success in projects for human happiness' as a target to clinical practice in primary health care. 'Care' assumed as intrinsic, and at the time, as instrumental value of clinical practice makes deliberation possible. Wisdom is the moral criterion of deliberation process and 'care' makes room for deliberation in clinical practice. Deliberation, wisdom and care are moral behaviors. They have to be forged in a daily virtuous exercise. The results pointed to a educative huge and challenging task involving primary health care teams in order to engender deliberation, wisdom and care as a practical knowledge to be experienced by nurses and doctors in their daily clinical practice.

KEYWORDS: Primary Health Care. Clinical Bioethics. Moral Deliberation. Ethical Analysis. Empirical Ethics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Dilema do prisioneiro	59
Figura 2 -	Problema ético e valores em conflito na Vinheta 'Preservando a Confidencialidade'	268
Figura 3 -	Problema ético, valores em conflito e cursos de ação extremos na vinheta 'Preservando a Confidencialidade'	270
Figura 4 -	Leque dos cursos de ação para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'	274
Figura 5 -	Tendência no leque de cursos de ação para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'	274
Figura 6 -	Problema ético e valores em conflito na vinheta 'Atendendo Adolescentes'	295
Figura 7 -	Problema ético, valores em conflito e cursos de ação extremos na vinheta 'Atendendo Adolescentes'	297
Figura 8 -	Leque dos cursos de ação para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'	302
Figura 9 -	Tendência no leque de cursos de ação para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'	302

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sujeitos que responderam à vinheta 'Preservando a Confidencialidade', distribuídos segundo local de trabalho e categoria profissional	267
Tabela 2 -	Sujeitos que responderam à vinheta 'Atendendo adolescentes', distribuídos segundo local de trabalho e categoria profissional	294

QUADROS

Quadro 1 -	Abordagens dilemática e problemática dos conflitos de valores	108
Quadro 2 -	Etapas e passos do procedimento deliberativo, segundo a proposta de Diego Gracia	181
Quadro 3 -	A prática clínica na atenção básica e na atenção hospitalar	223
Quadro 4 -	Enfermeiros entrevistados segundo sexo, idade, 'tempo de trabalho como enfermeiro' e 'tempo e local de trabalho na atenção básica'	238
Quadro 5 -	Médicos entrevistados segundo sexo, idade, 'tempo de trabalho como médico' e 'tempo e local de trabalho' na atenção básica	240
Quadro 6 -	Cursos de ação recomendados pelos enfermeiros e médicos para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'	271
Quadro 7 -	Cursos de ação recomendados pelos enfermeiros e médicos para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'	298
Quadro 8 -	Comparação do 'cuidado-técnica' e do 'cuidado-ética' como constituintes da prática clínica na Atenção Básica	327

SUMÁRIO

1 BIOÉTICA: UM CONVITE PARA TRILHAR UMA PONTE.....19

2 PONTES ENTRE BIOÉTICA E ATENÇÃO BÁSICA.....23

3 ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O OBJETO E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....27

4 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO..... 35

4.1 DO OBJETO..... 35

4.2 DA RELEVÂNCIA SOCIAL..... 36

4.3 DO MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....38

5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: A DELIBERAÇÃO MORAL SEGUNDO DIEGO GRACIA.....41

5.1 A PALAVRA DELIBERAÇÃO.....44

5.2 O MARCO DE REFERÊNCIA: DO DILEMATISMO AO PROBLEMATISMO.....46

5.2.1 A abordagem dilemática..... 48

5.2.2 A abordagem problemática.....66

5.2.3 O problematismo moral na prática clínica.....112

5.2.3.1 Falácias da bioética clínica.....117

5.2.3.1.1 Reducionismo técnico.....118

5.2.3.1.2 Reducionismo religioso.....121

5.2.3.1.3 Reducionismo jurídico ou legal.....122

5.3 A DELIBERAÇÃO EM ARISTÓTELES.....124

5.4 A DELIBERAÇÃO COMO ATITUDE.....135

5.5 A DELIBERAÇÃO COMO PROCEDIMENTO.....142

5.5.1 Momentos da análise do ato moral.....142

5.5.1.1 Os Fatos.....146

5.5.1.2 Os Valores.....150

5.5.1.3 Os Deveres.....169

5.5.2 O procedimento deliberativo.....180

5.6 PARA ENTENDER A ESTRUTURA DA FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA DELIBERATIVA DE DIEGO GRACIA.....189

6 O PROBLEMA DE PESQUISA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO NA LINGUAGEM DA DELIBERAÇÃO.....197
6.1 RETOMANDO O PROBLEMA DE PESQUISA.....197
6.2 DESDOBRAMENTOS DO OBJETIVO GERAL DO ESTUDO.....197
6.3 PROPÓSITO COM O ESTUDO.....198
7 METODOLOGIA DO ESTUDO.....199
7.1 TIPO DE ESTUDO.....199
7.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....208
7.2.1 Atenção Básica.....208
7.2.2 Clínica Ampliada.....220
7.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....229
7.3.1 A ética em pesquisa com seres humanos no âmbito do estudo.....242
7.4 COLETA DE DADOS.....243
7.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....244
7.6 CATEGORIA ANALÍTICA DA PESQUISA: A 'PRUDÊNCIA' ENQUANTO CRITÉRIO ÉTICO DA DELIBERAÇÃO.....247
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A DELIBERAÇÃO MORAL NA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DO DESVELADO NAS VINHETAS.....263
8.1 A DELIBERAÇÃO NA VINHETA 'PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE'.....267
8.2 A DELIBERAÇÃO NA VINHETA 'ATENDENDO ADOLESCENTES'.....294
8.3 O CUIDADO COMO O ESPAÇO DA DELIBERAÇÃO.....322
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....331
REFERÊNCIAS.....337

"…la ética trata de lo que debería ser y no es, por tanto de lo que no es aún real, pero tenemos la obligación de hacerlo real en el menor tiempo posible. Quizá no lo consigamos nunca. Pero aun así, ésa es nuestra obligación."

Diego Gracia, 2009

La bioética es un proceso

de deliberación individual y colectiva, en

orden

a buscar el perfeccionamiento de la vida

humana, tanto individual como sobre todo

colectiva.

Diego Gracia, 2001

1 BIOÉTICA: UM CONVITE PARA TRILHAR UMA PONTE...

É na disposição de 'trilhar uma ponte' que compartilho com o leitor esta tese de livre- docência, na qual tracei pontes da Bioética na Atenção Básica.

Nos anos 70, a Bioética apresentou-se ao mundo, especialmente à saúde, como ponte para interligação de esferas do conhecimento humano, ou, poderíamos dizer, da própria vida, que se não andavam realmente separadas na produção acadêmica ao menos tal vinha sendo a tentativa: distanciar biologia (*bios* - fatos) e humanidades (ética – valores humanos).

A enriquecedora confluência de fatos e valores ficava esquecida. Não se considerava que os fatos sem valores tornam-se cegos e que os valores sem o suporte dos fatos são vazios.

A Bioética, ponte vital entre *bios* e ética, interliga esses dois campos de vida e desafia a problematizar a realidade que estamos construindo para os tempos atuais e para o futuro da Terra, da humanidade.

Vê-se, então, que a Bioética não se restringe a debates em torno aos últimos avanços da biotecnologia, tampouco à assistência, aos cuidados da saúde e à ética profissional ou em pesquisa. Ao contrário, sem deixar de abarcá-los, penetra-os de maneira contextualizada e os amplia para a complexidade da própria vida, problematizando-os para encontrar soluções, quando possível.

Na atenção à saúde, a Bioética pode possibilitar o 'ser profissional' em ponte com o 'mundo do trabalho' e esse ligado ao mundo institucional e às políticas públicas, em uma via de mão dupla entre o âmbito da realidade vivida (fatos) e o do 'deveria' (a plena realização de todos os valores positivos), para encontrar em outra ponte o 'deve', ou seja, o que é possível realizar dos valores no mundo real, vivido, com vistas a melhorar a prática *na* e *da* saúde. Entendendo 'possível' como oposto a 'necessário', ou

seja, como aquilo que é passível de ser modificado, transformado pela ação humana, a fim de pôr a realidade em condições favoráveis para que nela possamos viver como pessoas, em condições compatíveis com nossa condição de humanos – a dignidade. E lembrando que o âmbito do 'deveria' consiste no norte a não ser perdido de vista em nosso horizonte ético.

As pontes para que isso aconteça são muitas e em várias direções, mas há sempre uma bússola a guiar quem se propõe a caminhar suas trilhas. Essa é a da 'vida boa', 'vida plena' para todos os viventes.

Mas... O que é 'vida boa'? O que é 'vida plena'? O caro leitor pode estar se perguntando: em um mundo tão plural como o atual, com tantas concepções do bom, o que vem a ser 'vida boa'? Haveria 'uma' 'vida boa' ou 'vidas boas'? Se for assim, seria possível conjugá-las? Em meio a tanta diversidade do que é tido como bom, há limites? Limites a serem respeitados, quebrados ou dialogados? É possível o consenso? Que valores são eticamente válidos? Todas as morais são igualmente respeitáveis? O 'justo' e o 'bom' são o mesmo? Ou seja, em que direção apontar nossa bússola? Que valores integrar ao nosso norte? Essas e outras são perguntas abertas para a trilha da Bioética.

Sabemos bem o que não é uma vida digna de humanos, incompatível com nossa dignidade humana. No período em que escrevo esta tese, estamos convivendo, diariamente, com as imagens do Haiti devastado pelo terremoto. Não resta dúvida de que nossos irmãos haitianos – sim, irmãos, porque, de maneira interdependente, compartilhamos da identidade humana – vivem uma vida muito abaixo do digno, do humano.

Por isso, a Bioética não é tarefa apenas cognitiva, mas empreitada para o espírito humano. Requer, como bagagem para a trilha das pontes, o diálogo entre interlocutores válidos, tolerância ativa, compreensão para a complexidade, respeito mútuo, escuta intersubjetiva, atenção e valorização do outro como fim em si mesmo, curiosidade simpática pelo diferente,

humildade para se reconhecer que se pode estar equivocado, discernimento, consciência planetária e ecológica, abertura para transformar-se e disposição para tornar os valores realidade no cotidiano.

E os calçados para a trilha são os da 'responsabilidade'. Para a Bioética, as questões éticas não se resumem a pendências de direitos, individuais ou coletivos, mas consistem em rupturas na rede de responsabilidades mútuas, decorrente da intersubjetividade e interdependência, fundamentais na manutenção de todas as formas de vida.

Quem é responsável justifica atos, escolhas e seus impactos para vida. E justifica-os depois de interligar: obrigações; convicções; o que deveria fazer; os valores que deveria realizar. Faz isso considerando as circunstâncias, o contexto e as consequências previsíveis de seus atos e de suas opções. O responsável sabe que a ética acontece na vida real, cotidiana, como construção complexa, partilhada e constante, em uma espiral hermeneutico-dialética entre nossas convicções, nossos valores, fatos, circunstâncias e consequências.

Por ter convicções e buscar realizá-las, o responsável não se perde no fundamentalismo, relativismo ou pragmatismo. É convicto, sem ser fundamentalista ou doutrinador; é flexível, sem ser relativista. Sabe e deseja dialogar para encontrar cursos de ação que não sejam extremos ou trágicos para lidar com os problemas e as questões éticas, mas prudentes e sábios.

A Bioética implica a construção conjunta, de maneira deliberativa, de uma sabedoria prática, de um saber como usar o conhecimento para o bem social, com justiça e cuidado'. Ampliando o discernimento por meio do confronto dialogado dos fatos e dos valores envolvidos nos problemas práticos nas diferentes áreas das ciências da vida e da saúde, a Bioética propõe-se ser atitude responsável na realização de valores que permitam viver de forma humana.

Desejo a todos uma boa leitura! Ou melhor: boa travessia!

2 PONTES ENTRE BIOÉTICA E ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica configura-se como o primeiro contato do usuário do SUS (Sistema Único de Saúde) com a rede de serviços de assistência à saúde. Suas ações referem-se aos âmbitos individual e coletivo da assistência à saúde, com uma abrangência que inclui a promoção e proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, tratamento, reabilitação; e manutenção da saúde.

Presentes no encontro que dá espaço a essas ações estão dois cidadãos: o que usufrui um bem público por direito (usuário) e o que tem a responsabilidade de distribuir e promover o acesso ao usufruto desse bem. A cidadania pode ser boa chave-de-leitura para as questões da assistência como política pública, mas é apenas uma das facetas desse complexo fenômeno. Quando o encontro entre usuário e profissional personaliza-se e personifica-se na prática clínica que acontece cotidianamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) o giro se dá no sentido de que são duas pessoas em um encontro intersubjetivo que hão de encarnar, na assistência à saúde, o cuidado e os pilares de uma política pública. Eis aí uma primeira ponte para a Bioética na atenção básica.

Devido à Bioética ter centrado sua agenda nas questões de ponta da assistência terciária e dos avanços da biotecnologia, em consequência de sua própria gênese, ainda são poucas as discussões, e produções, na interface da Bioética com a atenção básica ou, mais especificamente, com a prática clínica nesse âmbito da assistência à saúde, que se distingue dos demais por usar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Isso confere à atenção básica uma configuração da prática clínica diferente da que se delineia na atenção terciária, uma vez que não implica, obrigatoriamente, o manuseio e a incorporação de aparelhagens de última geração, mas, necessariamente, requer compreender e lidar com a profunda complexidade das relações

intersubjetivas, em sua teia de interconexões. Vê-se que as pontes que a Bioética terá para traçar nessa sua interface são muitas e bastante distintas das que traça nos outros âmbitos da assistência à saúde.

Os problemas éticos na atenção básica, segundo as vozes dos enfermeiros e médicos que têm participado das pesquisas que desenvolvo, mostram crises em vários aspectos da relação clínica. Há dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário e, assim, não sabem se, como e quanto interferir no estilo de vida deles ou de suas famílias. O desrespeito do profissional para com o usuário é uma situação frequente, ainda que muitos não a percebem como conflito ético. O usuário recusa-se às indicações médicas, e os profissionais sentem o fato de não conseguirem informar o paciente de maneira a pactuar sua adesão como um problema ético que os angustia e lhes causa sofrimento. A falta de companheirismo e o desrespeito entre os profissionais de saúde também constituem uma questão eticamente conflituosa, especialmente quando é difícil delimitar os papéis e responsabilidades de cada um[1,2,3].

Na Atenção Básica, os enfermeiros e médicos têm de deslocar seu raciocínio ético, assim como sua prática clínica, do hospitalocentrismo que tem marcado a conformação do sistema e a formação dos profissionais de saúde, voltando-se à riqueza e complexidade própria das pessoas e da realidade onde elas vivem e se relacionam.

As peculiaridades da assistência na Atenção Básica conferem a seus aspectos éticos tal sutileza que, muitas vezes, torna-se bastante difícil perceber e delimitar os conflitos morais, os conflitos de valores presentes na relação clínica e no trabalho da equipe[1].

Assim, pensar a Bioética na Atenção Básica é considerar um reforço da sensibilidade e do compromisso éticos, em pontes de responsabilidade. Para Gracia[4], não resta dúvida de que a

Bioética nasceu e se desenvolveu dentro da mentalidade das éticas da responsabilidade.

E de fato. Potter[5] radica a Bioética Global na compreensão da ética da responsabilidade. Para o autor, a responsabilidade inserida no bojo da Bioética Global torna-se 'cabeça-de-ponte' para os esforços, de homens e mulheres, que almejam promover o bem-estar e a sobrevivência da comunidade Terra. Defende, o propositor da Bioética na década de 1970, que a Bioética Global tem de se fundamentar na combinação, na ponte, de direitos e responsabilidades, dimensões que não são mutuamente exclusivas e/ou excludentes, e sim pólos de um *continuum*.

Na Bioética Global, com base nas concepções de Aldo Leopold, Potter ressalta a conexão e interdependência de todas as formas de vida na "comunidade Terra"[5] (p. 21). E complementa que, no seu entendimento, "como Carol Gilligan, Leopold estava preocupado mais com responsabilidades do que com direitos"[5] (p. 21), coincidindo ambos na 'visão do cuidado': os problemas morais decorrem mais de responsabilidades em conflito do que de confrontos de direitos individuais. Assim, para Potter[5], a Bioética Global representava o resultado do impacto da 'visão do cuidado' sobre a ecologia e a bioética médica.

Parece, então, que 'cuidado', 'responsabilidade' e 'bioética' estão, se não intrinsecamente unidos, ao menos contextualmente imbricados. E mais, diria que precisam ser, praxicamente, articulados e realizados na atenção à saúde, especialmente na atenção básica, dadas as peculiaridades de sua clínica.

Nesse sentido, ou mais honestamente nessa tendência, traço e trilho as pontes que construo entre Bioética e Atenção Básica, na presente pesquisa.

Antes de finalizar, uma 'nota ao leitor'...

Minha intenção com esse texto introdutório não foi discorrer, exaustivamente, sobre a interface da Bioética com a Atenção Básica, incorporando uma revisão bibliográfica sobre o tema, ou mesmo, acerca do objeto da presente pesquisa: a deliberação moral na clínica em atenção básica. É claro que a incipiente produção na temática e no objeto contribuiu para minha decisão, mas não foi o principal motivo de minha opção, porque a produção, ainda que reduzida, existe e já a tenho compilado em algumas de minhas produções[5].

A minha decisão decorreu de uma dupla intenção. Primeiro, queria localizar o leitor na direção das pontes que venho traçando entre a Bioética e a Atenção Básica e pontes que me propus a continuar trilhando, construindo e ampliando com esse estudo.

A segunda intenção era deixar claro para o leitor que não pretendi e não me propus a discutir a deliberação moral na atenção básica ou a compreendê-la a partir do que tem sido estudado sobre a temática. De fato, aspirava, e aspiro, compreender a deliberação moral na clínica em atenção básica a partir de um determinado referencial teórico-metodológico. Ou seja, busquei compreender essa realidade a partir de um olhar específico e, assim, fez-me mais sentido revisar os assentamentos epistemológicos do referencial do que o objeto ou a temática do estudo. A revisão de tais fundamentos epistemológicos e procedimentais encontra-se, mais detalhadamente apresentada, no apartado relativo ao referencial teórico-metodológico e na metodologia, sendo retomada nas discussões, em alguns de seus pontos, de acordo com que o desvelado nos resultados.

Se minha opção parecer-lhe injusta, ó caro leitor, rogo-lhe que me perdoe!

3 ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O OBJETO E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Fui enfermeira em serviços de atenção básica e de vigilância epidemiológica do início de minha vida profissional, em 1984, até meu ingresso na carreira docente, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 2000.

Durante esses quase 15 anos de experiência profissional na assistência em atenção básica e na gestão em saúde pública, vivi muitas situações eticamente significativas, que me questionaram e me fizeram perceber a necessidade de dispor de instrumentais e referenciais para lidar melhor com essa questão na prática, para refletir e analisar mais amplamente o que devemos fazer diante de problemas éticos, para justificar o porquê de nossas escolhas e atitudes frente às situações que devemos resolver.

Uma das situações que mais me marcou vivi entre 1984 e 1986, quando atuava como enfermeira em um 'Centro de Saúde II' na periferia de Mauá, na Grande São Paulo. Realizávamos, na unidade, o teste para diagnóstico de gravidez (Pregnosticon). Como enfermeira da unidade, era a responsável por sua realização, diariamente, pela manhã. A devolutiva dos resultados para cada mulher era feita logo após todos os testes feitos em uma consulta de enfermagem na qual eu iniciava o pré-natal, em caso de gestação confirmada, ou procedia a outros encaminhamentos, se necessário. O acompanhamento das gestantes, na unidade, era feito por mim e pela ginecologista, alternando-se a consulta médica e a de enfermagem.

Em uma das manhãs, uma jovem, com cerca de 20 anos de idade, assim que entregou a urina coletada, disse-me que se estivesse grávida abortaria ou se suicidaria. Senti que não era apenas efeito de linguagem, pois estava de fato bastante nervosa, angustiada, ansiosa, enfim, tão desesperada como suas palavras faziam crer. O resultado do exame foi positivo. Eu ponderei que o melhor seria não lhe revelar a verdade naquele

momento. Conversei com a ginecologista, que concordou comigo. Decidimos que deveríamos prepará-la para a notícia, ajudá-la naquele momento difícil. Então, disse-lhe que seu atraso menstrual era ainda de poucos dias e que o exame que fazíamos na unidade não dava certeza da gravidez ou não, mas que, como estava muito preocupada, deveria voltar no dia seguinte para passar por uma consulta médica e, quem sabe, pudéssemos repetir o exame. Até o dia seguinte, com o apoio da diretora da unidade, acertamos para os próximos dias atendimentos com a psicóloga, com o psiquiatra e com a assistente social de referência da unidade para tentarmos dar-lhe um suporte antes de revelar a notícia da gravidez. Sentíamo-nos amarrados, sem ter o que fazer. O aborto era, e ainda é, legalmente proibido, então, não poderíamos encaminhá-la para que realizasse o procedimento de maneira segura, embora conhecêssemos clínicas para tal. Além disso, todas eram privadas e a usuária não teria como pagar. Também ponderamos as restrições morais e religiosas que alguns dos profissionais envolvidos na conduta do caso tínhamos ao aborto. Concluímos que queríamos poupar vidas, embora não soubéssemos como, tampouco se poderíamos fazê-lo.

A usuária voltou para a consulta médica no dia seguinte, como combináramos. Contou-nos, mais detalhadamente, que trabalhava como empregada doméstica, que vivia na casa dos patrões e vinha somente nos finais de semana para a casa dos irmãos, que residiam na área de abrangência da unidade. Não havia falado nada sobre seu namoro para os irmãos e cunhados, pois o rapaz era casado. O namorado da jovem não era da área da unidade de saúde, mas residia na cidade vizinha, onde a jovem trabalhava. Disse-nos que sua patroa e seus irmãos a colocariam na rua se soubessem que estava grávida. Além do mais, temia porque seus irmãos eram violentos e poderiam fazer algo contra o rapaz. O namorado não sabia nada de sua suspeita de gravidez. Não conhecíamos sua família, porque não eram

usuários da unidade, mas nos oferecemos para intermediar a questão, no que ela foi relutante. Isso nos desencorajou, posteriormente, a realizar visitas domiciliares, pois a jovem não queria que sua família nem sequer soubesse que estava se consultando na unidade de saúde, para não levantar suspeita. Sabíamos que não poderíamos delongar por muito tempo a revelação do resultado. Foi cerca de uma semana, ou uns poucos dias mais, de acompanhamento da jovem com consultas médicas, de enfermagem, com a psicóloga, com a assistente social e com o psiquiatra. Alegamos, para justificar, que, como tínhamos que esperar mais algum tempo para repetir o exame, estávamos aproveitando esse tempo para tentar ajudá-la na decisão, tentando deixá-la menos nervosa na hora de decidir o que fazer, se por acaso estivesse grávida. Orientamos sobre os riscos do aborto, especialmente pela situação insegura em que teria de fazê-lo; das possibilidades de encaminhar a criança para adoção; de que talvez ela estivesse equivocada quanto a sua família não aceitar a gravidez e querer mandá-la para fora de casa. Ao cabo desses dias, sentimos que a jovem estava lidando melhor com a situação, que já não se punha tão desesperada com a possibilidade da gravidez e que começava a aceitar nossa mediação junto à família. Repetimos o exame e lhe demos a devolutiva do resultado positivo.

Era uma sexta-feira quando lhe informamos da gravidez. Marcamos retorno em consulta de enfermagem para o início da semana seguinte porque queríamos seguir com o acompanhamento mais próximo. A jovem não compareceu, mas, como havia colhido os exames para início do pré-natal na sexta-feira e havia faltado ou se atrasado no trabalho para dar conta da agenda que lhe fizemos na semana anterior, pensamos que poderia ter decidido voltar somente para a consulta médica, que seria dentro de alguns dias. Decidimos aguardar e tentar contato se tornasse a faltar. Não tínhamos mais nada para lhe ofertar além do que já havíamos feito. Também sabíamos que a decisão

de prosseguir ou não com a gravidez seria dela. Não podíamos fazer visita domiciliária. Restava-nos esperar seu retorno, que não aconteceu.

Depois da falta da jovem à consulta médica, enquanto decidíamos como iríamos contatá-la, fomos procuradas por sua irmã, que queria saber por que ela estava sendo atendida na unidade. Na conversa que tive com ela, contou-me que a jovem morrera havia alguns dias, devido a uma hemorragia, após um aborto provocado. Somente a irmã, na família, sabia da verdadeira causa da hemorragia que levou à morte da jovem. Ela havia ocultado a verdade dos irmãos, pois temia a reação deles. Havia encontrado o cartão de matrícula da unidade quando foi arrumar as coisas da jovem e decidiu procurar o centro de saúde para conversar com alguém e saber mais do que havia se passado com sua irmã.

Dessa situação, o que mais me marcou não foi tanto o desfecho trágico, embora, é claro, fosse indesejado por nós, afinal, era justamente o que queríamos evitar com a condução que demos à situação. O que me marcou foi dar-me conta do quanto não temos controle sobre as situações, por mais que tentemos. Marcou-me reconhecer que, na assistência às pessoas, navegamos em meio a incertezas. Podemos agir com a melhor intenção possível, investir e lançar mão dos recursos que temos à disposição, mas não conseguirmos o que pretendemos. Marcou-me, também, como pudemos discutir em equipe a situação para avaliar as várias possibilidades de lidar com ela e suas possíveis consequências. Houve entendimentos e desentendimentos, principalmente no que tangia à questão da interrupção da gravidez, mas sempre tivemos claro que o que todos da equipe queríamos era proteger e tratar respeitosamente a jovem. Essa nossa maneira de lidar com o problema deu-me certa segurança para julgar que tínhamos optado pelo melhor caminho à disposição, ainda que não tivéssemos conseguido evitar o trágico desfecho, como queríamos. Foi isso que me permitiu conversar

francamente com a irmã da jovem e justificar nossas escolhas e condutas.

Essa situação e outros problemas éticos que vivi como enfermeira na assistência levaram-me a estranhar, quando me aproximei da Bioética, que não encontrasse, na literatura, referências sobre as questões éticas na atenção básica. Sabia, pela minha vivência, que eles existiam; que, como as situações mais frequentes na literatura da Bioética – relativas ao uso da inovação biotecnológica e suas consequências para a vida humana – demandavam reflexão fundamentada e instrumental que guiasse-nos em como lidar com elas.

Assim, aproximei-me da temática da bioética clínica e de sua interface com a atenção básica. E venho, nos últimos 10 anos, desenvolvendo pesquisas e reflexões nessa área. Minhas inquietações principais têm sido: quais os problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos na atenção básica? Como enfermeiros e médicos fundamentam suas decisões frente a problemas éticos na atenção básica?

Dessas duas grandes questões decorrem os objetos que tenho trabalhado na temática da Bioética e da atenção básica: o 'perfil dos problemas éticos na atenção básica' e a 'deliberação moral na atenção básica'.

A presente pesquisa trata do segundo: a deliberação moral na atenção básica. Por isso ter destacado, de minha vivência, o caso relatado no início deste apartado. Foi sua lembrança constante que me despertou, na Bioética, para o estudo de como tomar decisões frente às situações de problemas éticos.

No início de minha formação em Bioética, no Mestrado dirigido pelo Professor Diego Gracia no Chile, sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde, tomei contato com o modelo deliberativo proposto pelo Professor como um instrumental para organizar nosso raciocínio moral frente a esses problemas. Neste referencial teórico-metodológico, encontrei eco para o que procurava: uma abordagem compreensiva e

sistematizada dos conflitos morais na clínica. Desde então, venho aprimorando meus conhecimentos nesse referencial, nos seus pressupostos, na sua aplicação na clínica, no seu ensino e na sua aproximação com a atenção básica.

A deliberação moral, segundo a proposta do Professor Diego Gracia, foi o marco teórico-metodológico desta pesquisa, para responder às perguntas: em que sentido tendem as alternativas de solução que enfermeiros e médicos vislumbram para lidar com problemas éticos na atenção básica? Aproximam-se dos cursos extremos da deliberação? Ou tendem aos cursos intermédios, aproximando-se do ótimo ou prudencial?

Em 2009, no primeiro semestre, fiz meu pós-doutorado sob a supervisão do Prof. Diego Gracia, na Universidade Complutense de Madrid. Minha reaproximação com os fundamentos filosóficos, com os pressupostos teórico-metodológicos da deliberação moral e com as atualizações do procedimento deliberativo levaram aos desdobramentos, nas perguntas dessa pesquisa, da inquietude: como enfermeiros e médicos fundamentam suas decisões frente a problemas éticos na atenção básica?

Assim, aproximei-me da temática, do objeto e do referencial, que me levaram a seguinte delimitação do presente estudo, apresentado como tese de livre-docência que integra as exigências do concurso de livre-docente junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP:

Tema de estudo: bioética clínica e atenção básica

Objeto de estudo: deliberação moral na clínica em atenção básica

Problema de pesquisa: para onde tendem as soluções que enfermeiros e médicos dão aos problemas éticos na atenção básica?

Objetivo Geral: compreender a deliberação moral na atenção básica a partir das recomendações feitas pelos enfermeiros e médicos, frente a problemas éticos vividos na prática clínica

Marco teórico-metodológico: deliberação moral, segundo a proposta de Diego Gracia (pressupostos teórico-filosóficos e procedimento deliberativo)

Tipo de estudo: pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva

Escopo do estudo: transita entre os escopos normativo e descritivo da pesquisa em ética, como uma pesquisa empírica integrada em ética

Meus propósitos, ao conceber o projeto, foram: prosseguir no adensamento da interface da Bioética com a atenção básica; desenvolver subsídios para aplicação do procedimento deliberativo à clínica na atenção básica, visando à oferta de cursos aos profissionais nos quais poderiam conhecer um instrumental para o aprimoramento de sua prática; aprofundar meus conhecimentos sobre a deliberação moral no referencial teórico-metodológico de Diego Gracia para aprimorar-me no seu ensino e em sua utilização nas minhas pesquisas.

O estudo fazia sentido para minha vivência como enfermeira na atenção básica, para minhas inquietudes de pesquisadora e para a docência. No âmbito privado, por assim dizer, estava justificado. Mas teria relevância social? Seria pertinente no atual estado das pesquisas, estudos e reflexões de Bioética e ética clínica? E para o SUS (Sistema Único de Saúde)? Isso me levou à justificativa do estudo, que partilho com o leitor a seguir.

4 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

4.1 DO OBJETO

A deliberação moral na atenção básica é objeto pertinente e atual. Estudá-lo permite atender a lacunas no conhecimento em Bioética.

A pesquisa empírica é um meio para conhecer, compreender e avaliar como os profissionais de saúde lidam com as questões éticas da prática clínica, desvelando suas visões, atitudes e valores.

Ela propicia o encontro com a vivência da ética na atenção à saúde e pode, assim, subsidiar as políticas e as práticas[6,7,8].

O raciocínio moral tem sido objeto constante das pesquisas empíricas em Bioética. Sugarman[7] revisou a base de dados BIOETHICSLINE[a] para o período de 1980 a 1999 e encontrou 203 artigos no tópico *moral reasoning*. Esses se concentram em uns poucos temas, como 'consentimento informado', 'ordens de não reanimação' e 'ética em pesquisa'. O autor afirma que é preciso ampliar esse leque.

O tópico 'perspectivas teóricas em ética e bioética' ("*theoretical perspectives on ethics and bioethics*"), que incluía o raciocínio moral dos profissionais, foi o segundo mais frequente em um levantamento de periódicos[b] dedicados às questões éticas nos cuidados à saúde e na biomedicina, entre 1990 e 2003[9].

---

[a] Base de dados específica para a Bioética, atualmente integrada na PubMed/MedLine

[b] Os periódicos revisados foram: Bioethics, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Hastings Center Report, Journal of Clinical Ethics, Journal of Medical Ethics, Kennedy Institute of Ethics Journal, Nursing Ethics, Christian Bioethics, and Theoretical Medicine and Bioethics. Esses foram os que atendiam aos critérios de inclusão: foco na ética clínica ou biomédica e indexação nas quatro bases de dados: Medline, Fangerau, the French Centre de documentation em éthique des sciences de la vie et de la santé de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale e a German Reference Centre for Ethics in the Life Sciences.

Nas minhas revisões, tenho encontrado mais estudos com ênfase nos resultados da tomada de decisão do que no processo de deliberação e na lógica interna para a justificação das escolhas. Como exemplo, destaco Amado[10], Amado[11], Molewijk[12], Molewijk[13], Molewijk[14], Ebbesen[15], que tiveram como cenário a área hospitalar. Na atenção primária, saliento os estudos de Robertson[16] e Rickard[17] que objetivaram conhecer o processo de tomada de decisão.

Discutindo o futuro da pesquisa empírica em Bioética, Sugarman[7] aponta a avaliação do uso de abordagens teóricas e métodos para tomada de decisão na prática dos serviços de saúde como um dos campos a serem ainda explorados. Ives[8] ressalta a crescente importância das pesquisas empíricas para conhecer a realidade que envolve a tomada de decisão na saúde.

Para mim, ficaram assim justificadas a pertinência e a atualidade da pesquisa proposta, que responderia a uma lacuna do conhecimento em Bioética, mas e a relevância social do estudo?

4.2 DA RELEVÂNCIA SOCIAL

O estudo está em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e pode contribuir para subsidiar iniciativas de educação permanente dos profissionais do SUS e com a Política Nacional de Humanização (PNH), aproximando academia e serviços.

Pesquisar a deliberação moral na atenção básica atende à subagenda da ANPPS "Bioética e Ética na Pesquisa". No item "aspectos bioéticos em problemas persistentes", encontramos os estudos sobre a Bioética nas temáticas da atenção à saúde. E outro item da ANPPS inclui as pesquisas sobre questões éticas relacionadas ao cuidado[18].

A PNH compreende a humanização da saúde como uma aposta ético-estético-política, sendo 'aposta ética' na medida em que implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis[18].

A pesquisa empírica em Bioética permite distinguir intuições[c] morais, visões, concepções mais arraigadas, que, consequentemente, são mais difíceis de alterar por meio de contra-argumentos. As mais brandas podem ser mudadas em face de objeções fundamentadas em exemplos contrafácticos[d] [19].

Os dados da pesquisa poderiam, então, indicar por onde iniciar abordagens educativas e que estratégias lançar mão para transformar a prática profissional.

Ao percebem que os pesquisadores conhecem o contexto da vida real[20] em que decidem, os profissionais de saúde tornam-se mais receptivos aos argumentos encorajadores às mudanças de hábitos[20].

A pesquisa empírica em Bioética também propicia reconhecer se 'prática' e 'academia' estão utilizando a mesma linguagem, atribuindo os mesmos sentidos para as terminologias e concepções[8]. Ou, o que é mais provável, se há uma polifonia e polissemia que precisam ser explicitadas, discutidas compreendida por ambas. Isso facilitaria iniciativas de educação permanente.

---

[c] O Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia[21] define por intuição "todo o conhecimento dado de uma só vez e sem conceitos", ou, ainda, "conhecimento *sui generis*, comparável ao instinto e ao senso artístico, que nos revela aquilo que os seres são sem si próprios, por oposição ao conhecimento discursivo e analítico que no-los faz conhecer do exterior". A doutrina que concede à intuição um lugar de primeira ordem no conhecimento é o 'intuicionismo'. Na Inglaterra e na história da filosofia inglesa, o 'intuicionismo' designa "as doutrinas que admitem que a existência de uma realidade material é diretamente conhecida, e não é nem inferida nem construída", opondo-se ao utilitarismo e ao sensualismo[21].

[d] Contrafático, segundo Ayres[22], é um neologismo derivado da filosofia de Habermas. Refere-se a "valores quase-transcendentais", ideias ética e moralmente norteadoras, de aspirações universais, construídas a partir da percepção de seu valor para a vida humana na prática, a partir do momento e na exata medida em que são obstaculizadas ou negadas por alguma experiência concreta[22].

4.3 DO MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A proposta deliberativa de Diego Gracia atende à necessidade da pesquisa em Bioética integrar as perspectivas empírica e normativa na construção do conhecimento, propiciando tanto a descrição quanto a crítica dos achados.

Para minhas inquietudes de pesquisadora não bastava ater-me à descrição da deliberação moral na atenção básica.

No doutorado, já havia explorado como enfermeiros e médicos na saúde da família fundamentavam suas decisões frente a problemas éticos[1]. Utilizei quatro enfoques da Bioética como referencial para a análise: principialismo, virtudes, cuidado e casuística. Por meio de análise de conteúdo, trilhando um caminho dedutivo-analítico, aloquei os achados em um quadro matricial que cruzava os enfoques. Encontrei que, no raciocínio moral cotidiano, os profissionais mesclam as explanações dos princípios, regras, direitos, virtudes, paixões, analogias, paradigmas, narrativas e parábolas. Também desempenhavam papéis suas competências, habilidades, seus conhecimentos técnicos, éticos e sua vivência profissional e pessoal. Esses componentes modulavam-se segundo as peculiaridades do serviço, da comunidade e das especificidades do trabalho de cada profissional.

A análise daquela pesquisa foi útil para descrever a realidade, evidenciando sua multifacetada dinâmica, porém, seria insuficiente para compreendê-la e problematizá-la.

A partir dos ensinamentos de Junges[23], acredito que se, durante a pesquisa na Bioética não pararmos para refletir as questões de fundo que subjazem aos achados empíricos, questionando-os, a fim de avaliar sua contribuição para o respeito, proteção e promoção da dignidade humana, vamos manter o *status quo*, em um mero reflexo especular do ambiente cultural, dando a impressão falaciosa de que a realidade deve ser como é. Com isso, perderemos o mais característico da reflexão ética: ser uma crítica dos costumes.

Revisando a literatura sobre pesquisa empírica em Bioética, encontrei, em Ives[8], que a função desse tipo de investigação não

é somente documentar as experiências das pessoas, descrever suas atitudes, valores, princípios ou mesmo como justificam suas escolhas, sem nenhuma crítica. É preciso atitude crítica do pesquisador em relação aos achados, analisando as atitudes da população estudada, de modo a desafiá-las no confronto com teorias éticas consistentes.

Na mesma revisão, encontrei, em Hoffmaster[24], que a pesquisa em Bioética tem de superar o entendimento de que fatos e valores são independentes.

Já vinha utilizando os pressupostos da proposta deliberativa de Diego Gracia para pautar minhas pesquisas em Bioética e atenção básica. Julguei que adotá-la como referencial teórico, e também metodológico no presente estudo, poderia dar conta da dinâmica do objeto na vida real e de minhas inquietudes. Isso porque ela, a partir da situação clínica, possibilita a inclusão do que concorre para a situação vivida na deliberação e permite a avaliação dos cursos de ação, tendo em vista decisões prudenciais. Esse critério contornaria o risco da crítica aos achados incorrer em juízos do tipo 'certo' ou 'errado', 'correto' ou 'incorreto'. Queria uma crítica compreensiva, por um procedimento sistematizado.

Mas o procedimento deliberativo não havia sido concebido como procedimento de pesquisa. Poderia ser utilizado com a finalidade de pesquisa?

Para o propositor do método, sim. Pude aprender e discutir essa questão com ele no meu pós-doutorado. Trata-se de aplicar o procedimento deliberativo sobre os achados, deliberando sobre os resultados do estudo empírico.

Mas, e na Bioética? A pesquisa empírica em Bioética tem se definido como a apropriação dos métodos e instrumentais científicos das ciências humanas, principalmente da sociologia, antropologia e psicologia para conhecer as atitudes e valores das pessoas na vida real.

Revisitando os artigos sobre pesquisa empírica em Bioética levantados, encontrei que a questão relativa ao tipo de metodologia que possibilita a necessária integração das abordagens filosófica e empírica segue aberta. A pesquisa empírica em Bioética também pode utilizar recursos

metodológicos, instrumentais e procedimentais da análise decisória para recolher e analisar dados. Embora usualmente lance mão das metodologias e dos procedimentos próprios à sociologia e a antropologia, não precisa ater-se a isso. Dada a especificidade de seu objeto, a pesquisa em Bioética pode incorporar um procedimento de tomada de decisão, como inspiração, meio para estruturação e interpretação dos achados empíricos de estudos qualitativos[8,15,25,26].

Senti necessidade de justificar a escolha do referencial logo no início desse relatório de pesquisa para que o leitor pudesse conhecê-lo já ciente de minha motivação para sua escolha. Pensei que assim facilitaria a tarefa da leitura.

A seguir, apresento os pressupostos teóricos e o procedimento de deliberação, segundo Diego Gracia. Para isso, lançarei mão de uns poucos textos que o Professor tem publicado, mas, principalmente, do que aprendi com ele em meu estágio pós-doutoral. Muitos desses ensinamentos ainda não estão publicados.

Essa explanação precede o detalhamento dos objetivos da pesquisa, pois entendi que isso também facilitaria a tarefa do leitor.

O objetivo geral já foi apresentado: Compreender a deliberação moral na atenção básica a partir das recomendações feitas pelos enfermeiros e médicos, frente a problemas éticos vividos na prática clínica. Então, o leitor conhece o que pretendo, de maneira geral, com o projeto, mas o desdobramento dos objetivos específicos ficará mais claro se antes o leitor tomar contato com os construtos teóricos que subjazem a alguns termos que serão utilizados. Por exemplo, até esse ponto, não tenho sido rigorosa na distinção entre 'decidir' e 'deliberar', tratando ambos como sinônimos, o que é usual na literatura em Bioética, especialmente na língua inglesa. Entretanto, para o referencial que adoto isso não é assim. Então, sinto que preciso antecipar a apresentação do referencial do estudo para não gerar mal-entendidos na tarefa da leitura, ou mesmo dúvidas que poderiam ser evitadas por esse contato prévio.

5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: A DELIBERAÇÃO MORAL SEGUNDO DIEGO GRACIA

A deliberação decorre do reconhecimento e da aceitação da incomensurabilidade da realidade, dos quais resultam a necessidade de enriquecer a compreensão das coisas e dos fatos a partir da inclusão de diferentes visões e perspectivas. Ao reconhecer a incomensurabilidade da realidade, a deliberação considera impossível aplicar um raciocínio do tipo matemático às questões da vida prática, como a ética.

A deliberação moral consiste na consideração dos valores e deveres intervenientes em um fato concreto, a fim de se conduzir a situação por um caminho razoável[e], prudente e passível de realização. Sem incorrer em relativismos, a deliberação não visa a encontrar a decisão ideal, certa, ou que maximize os resultados, pois não se pauta pelas vertentes idealista, pragmática ou utilitarista, bastante usuais nas teorias e métodos de tomada de decisão.

O professor Gracia assinala que, com sua proposta metódica, que se baseia nos ensinamentos filosóficos de Zubiri, Toulmin e Habermas, quis evitar os exageros fundamentalistas ou pragmáticos, não raros aos métodos de eleição racional.

Deliberar é uma ação que interpreta dados, fatos e suas conexões de sentido, que se dão nos valores, portanto não se resume a explicações. A deliberação moral pode ser vista como um meio sistematizado e contextualizado para a análise dos eventos da vida, dos acontecimentos históricos e culturais. Nesse sentido, é empreitada hermenêutica, enquanto interpretação de um evento no conjunto da vida e como parte dessa. Claro que

---

[e] O racionalismo, a racionalidade ou o racional constitui conhecimento teórico com pretensão de universalidade e certeza. O razoável é conhecimento prático que se maneja com possibilidades ou probabilidades frente à incerteza dos casos concretos[27]. O razoável inclui uma ideia de moderação e de justa medida[28].

depois deste processo, somos capazes de explicar, argumentar e justificar nossas eleições morais.

Por outro lado, deliberar também não é apenas uma teoria ou um procedimento para lidar com os problemas éticos. Deliberar, se não é em si uma atitude, implica determinadas atitudes. Entendo 'atitude' como a fonte da qual jorram nossos atos, ou seja, o meu modo-de-ser-no-mundo que se expressa na maneira como estruturo minha relação com os outros, comigo mesmo, com as coisas, com o mundo e com o Planeta[29].

Como lemos em Gracia[30] deliberar é uma arte baseada no respeito mútuo, em certo grau de humildade ou modéstia intelectual e no desejo de enriquecer a própria compreensão dos fatos por meio da escuta e do intercâmbio de opiniões e argumentos com os outros engajados no processo. Quando deliberamos, temos que admitir que existem mais soluções dos que as que vislumbramos à primeira vista. Temos que estar abertos a novos descobrimentos, dispostos a sermos por eles surpreendidos. É essa abertura que interessa. A deliberação é uma forma de análise crítica e pública dos próprios pontos de vista. Aplicar o método de deliberação é executar um procedimento mais difícil do que se pode supor à primeira vista, pois implica aceitar alguns pressupostos que remetem mais às atitudes do que aos procedimentos. A deliberação não é um comportamento natural, mas ético. Requer certo conhecimento, mas, especialmente, certas habilidades e, acima de tudo, certas atitudes e certo tipo de caráter. Entretanto, o conhecimento, as habilidades, as atitudes e o caráter, propícios à deliberação, não são considerados dons ou dotes naturais, de forma que alguns podem deliberar, enquanto outros não. Ao contrário, todos têm a possibilidade e deveriam deliberar. As habilidades, os traços de caráter, a atitude imaginativa e empático-crítica requeridos são fomentados no transcurso da própria deliberação.

Segundo Gracia[30], sua experiência mostra que o próprio processo deliberativo é educacional, atua como oportunidade

educativa, em um processo de autoeducação, quase autoanálise, que leva à revisão e aprimoramento do comportamento e do desempenho das pessoas envolvidas. Aprender a deliberar leva a um conhecimento de si próprio e a um respeito mais profundo pelos outros.

Essa potencialidade de autotransformação e amadurecimento moral das pessoas, o investimento nos relacionamentos de respeito e escuta mútuos, a visão da realidade como algo complexo e incomensurável e a incorporação do diálogo como via para lidar com os problemas éticos é que têm me levado a afirmar a apropriabilidade da proposta de Diego Gracia para dar conta da sutileza, complexidade, diversidade e amplitude dos problemas éticos vividos pelos profissionais na atenção básica, como têm mostrado minhas pesquisas[1,2] e minha vivência quando trabalhei em unidades de saúde.

De fato, deliberar se aprende deliberando. É assim que venho aprendendo. É assim que tenho acompanhado seu ensino. Por isso, o que aqui apresento sobre a deliberação corresponde aonde consegui chegar ao cabo de 12 anos deliberando em Bioética. O que exponho neste apartado não pode ser tomado como uma explicação exaustiva da proposta. Trata-se de uma panorâmica dirigida às questões da pesquisa e do seu objeto: a deliberação na atenção básica. Nessa panorâmica, apresento a proposição teórico-metodológica de Diego Gracia, incorporando o que apreendi da leitura dos textos originais que lhe serviram de base, os quais o Professor convida-nos a ler e 'maieuticamente' nos leva a compreendê-los. Em consonância com a própria proposta deliberativa e da pedagogia socrática que adota para o ensino da deliberação, durante as aulas do "*Master en Bioética*", nos são propiciadas oportunidades de contato com diversos filósofos e professores de filosofia que ampliam e diversificam o aprendizado que fazemos. Alimentei-me, também, das leituras e explicações que nos oferecem estes outros Mestres, e o que me pareceu fazer sentido ao recorte que faço e aos meus propósitos

com esta pesquisa, tratei de incorporar à panorâmica que ora inicio. Isso vale, da mesma forma, para alguns autores brasileiros e estrangeiros, com os quais tomei contato em outras oportunidades acadêmicas e cujos ensinamentos da mesma maneira aqui incluo.

5.1 A PALAVRA DELIBERAÇÃO

O Dicionário Houaiss[31] define o substantivo feminino 'deliberação' como "ato ou efeito de deliberar(-se); debate com o objetivo de resolver algum impasse ou tomar uma decisão; questionamento, reflexão tendo em vista a resolução de um problema ou o planejamento de uma atitude; ação empreendida após consulta e/ou reflexão"[31].

O verbo 'deliberar' significa decidir(-se), após reflexão e/ou consultas; empreender reflexões e/ou discussões sobre (algo) no intuito de decidir o que fazer[31].

Pose[32] assinala para o verbo em espanhol ('deliberar') três notas, sendo que, a meu ver, duas delas valem também para o termo português:

a) a deliberação sempre precede uma escolha, uma eleição ou decisão e é feita em função de algo prático, já que seu fim é uma ação futura.

b) a deliberação inclui um exame meditativo, reflexivo e ponderativo sobre um assunto complexo. Esse tipo de exame é característico da atividade intelectiva e, nesse sentido, a deliberação é uma atividade cognitiva.

A essas acrescentaria, da explicação para os verbetes no dicionário da língua portuguesa, a questão da 'consulta', do 'debate'. Destila-se disso, como também assinala Pose[32], que há ideias contrapostas, complementares que podem ser

argumentadas e justificadas, ou seja, que a deliberação é um recurso para pensar em comum. Coloco um acento na deliberação como atividade conjunta, na consulta ou no debate, remetendo a características que vimos nos textos aristotélicos, mas, como também vemos no filósofo, incluindo a possibilidade de internalização individual da *boúleusis* – internalização nos consultórios, nas equipes e na atitude dos profissionais da atenção básica, já que o objeto deste estudo é a deliberação moral na clínica em atenção básica. Quero, com esse destaque, também remeter o leitor à questão da compartilha que ocorre no diálogo com vistas a um fim e ao tempo futuro. A deliberação dá-se no presente, olha o passado, mas seu tempo é o futuro. Na deliberação, olhamos de maneira compreensiva o presente e de modo interpretativo o passado e, com tudo isso, projetamos, ou projetamo-nos para o futuro, tempo próprio do ser humano, mais que compatível com a atenção básica, que configura, nas palavras de Díaz[33], "asistencia continuada a um paciente y su familia, desde el nacimiento hasta la muerte"[33] (p. 16).

Em decorrência, podemos perceber que os objetos aos quais se refere o método da deliberação – os da vida prática – estão atravessados pelo tempo. E o tempo, nesse caso, não equivale a uma mera sucessão, como nos fenômenos físicos, mas à configuração. O tempo na deliberação não sucede, ele acontece. Não se trata do tempo do relógio (*chronos*), mas do 'tempo oportuno', do 'tempo necessário', do 'tempo devido', do 'tempo suficiente', ou *kairós*. Os fenômenos atravessados por esse tipo de tempo são os históricos, sociais, pessoais e morais. E a eles chamamos 'acontecimentos'. Não somos nós que dominamos a realidade, mas a realidade que nos domina[32].

Etimologicamente, o termo *deliberatio* procede da raiz *liber*. De onde, também, temos *libertas*, que significa, em latim, 'ausência de coação', ou seja, característica de quem não pertencia a alguém como servo ou escravo. Também pode ser vista como 'coação interna', que seria o caso da ignorância, da

incontinência ou da inautenticidade. O termo grego correspondente é *eleuthería*, a condição de livre em oposição à de escravo. A *libertas* era uma condição ou um estado, já *liberium arbitrium* (livre-alvedrio[f]) era a capacidade de eleição entre distintas possibilidades. Essa expressão deriva de outros sentidos da palavra latina *liber*: 'peso' ou 'libra', ou seja, de medidas que são postas em um dos pratos de uma balança para pesar os artigos que se encontram no outro. Para a deliberação, representa a ponderação entre diferentes fatores e opção pela alternativa que medra entre eles. Esse é o sentido de livre-alvedrio. Assim, a deliberação requer uma condição (*libertas*) e uma capacidade (*liberium arbitrium*)[32].

5.2 O MARCO DE REFERÊNCIA: DO DILEMATISMO AO PROBLEMATISMO

Os conflitos morais, conflitos de valores e deveres podem ser tratados como problemas ou como dilemas. Esse marco de referência é essencial para a compreensão da proposta deliberativa de Diego Gracia, segundo o próprio autor.

Cada época tem seus próprios problemas e, portanto, tem que gerar sua própria filosofia e sua própria ética. Nessa tarefa, os piores conselheiros são a preguiça, a falta de opinião própria, que leva ao decidir segundo o que os outros dizem que é melhor ou julgam ser correto, e à repetição contínua, indefinidamente, de tradicionais padrões já sem vigência. Isso, lamentavelmente, não são coisas raras hoje em dia[34].

Os problemas de que trata a Bioética são tão reais que, em geral, não precisam de explicação. Entretanto, qual o método ideal para enfocá-los e resolvê-los não fica tão claro[35]. Tanto que, como mostra a literatura, há, na bioética, uma constante e

---

[f] Do espanhol 'libre albedrío'. Sem dúvida, na língua, 'alvedrio' é sinônimo de 'arbítrio', mas a expressão 'livre-arbítrio' tem conotações específicas em teologia e filosofia, que não cabem aqui. Por isso, o termo espanhol usado e a tradução pela qual optei.

grande preocupação com o raciocínio moral e com a tomada de decisão. Muitos são os métodos de análises de problemas éticos que têm sido propostos e experimentados. E o curioso, como nos ensina Gracia[36], é que nas mãos de algumas pessoas a maioria das metodologias funciona melhor ou pior, enquanto que na de outros, nenhuma dá certo. Usualmente, esses são os que aplicam os métodos de maneira mecânica, automática, o que acaba não lhes permitindo que percebam e levem em conta a riqueza da realidade e todos os matizes necessários para o bom funcionamento dos procedimentos. Assim, o porquê de algumas metodologias funcionarem e outras não tem de ser buscado em âmbitos que ultrapassam o método em si.

A forma como os métodos são utilizados é crucial para isso, na visão de Diego Gracia. E essa, por sua vez, decorre da maneira de se abordar os problemas éticos. Gracia destaca duas, que denomina: "dilemática" e "problemática". Na primeira, o objetivo é eleger entre diferentes possibilidades, geralmente, duas opostas e irredutíveis. Seus métodos pautam-se pela teoria da eleição racional. Na segunda, o foco está muito mais no caminho que na meta; fixa-se mais no procedimento do que na conclusão, sem dessa esquecer-se. Pois não é evidente que todos os problemas éticos sejam passíveis de solução. E em sendo, a solução pode não ser uma única e a mesma para todos. A abordagem dilemática é uma "aproximação decisória" ("*decisionista*")[36] (p. 22) dos problemas éticos que reduz a tomada de decisão à escolha entre dois pólos, um positivo e outro negativo, enquanto que a abordagem problemática é uma "aproximação deliberativa", que almeja decisões prudentes e não certas ou únicas[36].

Para compreendermos as diferenças entre a abordagem dilemática e a problemática das questões éticas, temos que considerar que a ética no século XX recuperou vários conceitos clássicos, como "racionalidade prática", "deliberação" e "prudência", em um resgate aristotélico de campos que haviam

sido depreciados pela filosofia durante muito tempo. Assim, em vez de uma "*ethica more geométrico demonstrata*"[37] (p. 116), própria do racionalismo e da abordagem dilemática, atualmente fala-se de uma ética do provável, da deliberação e da prudência, com uma abordagem problemática. As éticas atuais são intersubjetivas e consideram que deve se permitir a participação de todos os reais e virtualmente implicados ou afetados por uma norma ou decisão, por meio de deliberação participativa que requer a avaliação dos contextos e das situações. Isso porque passamos da imposição à autogestão, e os hábitos deliberativos tornaram-se essenciais para o fomento da necessária responsabilidade[37].

5.2.1 A abordagem dilemática

Dilema ético é, não só a terminologia mais comumente utilizada, como a visão mais corrente para tratar as questões éticas. É muito comum ver-se os debates, tanto na mídia como nas salas de aula, enquanto estratégia de ensino de ética. Neles, os participantes são divididos nos grupos 'contra' e 'a favor', em relação à questão em foco. Muitas vezes, são dispostos frente a frente em fileiras que se afrontam. Isso equivale a converter o problema ético em um dilema entre duas posições opostas, com um grupo que necessariamente tem que estar contra e outro, a favor do assunto. Os que tentam soluções conciliatórias são tachados de indecisos; na linguagem popular são os que 'ficam em cima do muro'. A conciliação torna-se impossível em uma batalha entre irredutíveis. Os pressupostos desse tipo de debate são: as questões éticas têm sempre, e necessariamente, uma resposta; essa resposta é uma e única. Portanto, há somente duas possibilidades de escolha, que se dispõem em pólos: a positiva e a negativa; a afirmação ou a negação; a aceitação ou a rejeição do tema em questão, ou, poderíamos dizer, do tema em pendência, disputa.

O vocábulo 'dilema' provém da palavra grega *lêmma*, que quer dizer 'o que alguém escolhe ou elege' e do prefixo *dís*, que significa dois[30].

Por dilema, compreende-se "sistema de duas proposições contraditórias, entre as quais se é colocado na obrigação de escolher", ou, ainda, "(...) oposição mútua entre duas teses filosóficas tais que a aceitação ou o repúdio de uma, com os seus corolários, leva à negação ou à afirmação da outra sem que nenhuma das duas possa ser refutada com a ajuda dos princípios professados pelos dois partidos"[38].

Na abordagem dilemática para os problemas éticos, a pessoa se vê enfrentando uma situação limite que lhe impõe o desafio de estar sendo obrigada a escolher entre dois, e somente dois, incompatíveis cursos de ação. Ante os dilemas, as pessoas ficam atemorizadas, intimidadas porque carecem de respostas, querem encontrar, a qualquer custo, 'A' resposta certa. Têm consciência de que estão vivendo um dilema e ficam moralmente perturbadas por serem incapazes de encontrar uma solução satisfatória. Os dois únicos cursos de ação vislumbrados são soluções, além de opostas e incompatíveis entre si, insatisfatórias, pois na escolha de uma delas está implícita a perda da outra, considerada igualmente importante e justificada, moralmente defensável.

Entre os profissionais de Saúde, isso é bastante comum, como percebo nas aulas e nas entrevistas em pesquisas. Usualmente, quando me dirigem perguntas ou me consultam, querem que lhes responda o que devem fazer; querem que lhes aponte o caminho correto frente a dois que me apresentam. Há, também, as perguntas do tipo 'você é contra ou a favor' e a estratégia de pesquisa de opinião bastante usada na mídia para a abordagem de temas éticos, as chamadas 'enquetes'. Quando os enfermeiros e médicos transformam os problemas éticos de sua prática clínica em dilemas, condenam-se à insatisfação, a aumentar seu sofrimento moral, pois nenhuma das saídas lhes

contentará. Sentem que para realizar um valor têm de abrir mão de outro, que estimam em igual medida em seus padrões éticos. Infelizmente, esse é o preço da tentativa de simplificar as questões éticas, tratando-as como dilemas. Ao vê-las como pendências, contendas, disputas entre dois lados, aparentemente as coisas ficam mais simples, pelo motivo de se ter somente duas opções. Mas, de fato, as dificuldades aumentam, pois com a aparente simplificação vem o sofrimento moral, a angústia e o medo de quem se vê em meio a um campo de batalha, à tragédia que representa uma escolha dilemática. Isso sem contar que simplificar questões éticas em tempos de pluralismo moral não é tarefa fácil, também.

Para a visão dilemática, o objetivo da ética, como disciplina, é dar razões, fornecer argumentos que façam o pêndulo da balança inclinar-se em direção ao pólo positivo ou ao pólo negativo da questão. Os argumentos são dispostos nos pratos da balança, nos pólos opostos da questão, e para o lado que se deslocar o pêndulo estará a resposta inquestionavelmente correta, nunca no outro. A resposta correta estará no pólo positivo ou no negativo e nunca em ambos. Ou seja, o equilíbrio é visto como impossível. Isso é o que Diego Gracia[30] chama "*mentalidad decisionista*".

Todo problema, quando encarado como dilema, há de ter uma, e somente uma, solução correta, a ser alcançada por meio do uso de uma metodologia de tomada de decisão que seja, também ela, correta. Os métodos de tomada de decisão, teorias de escolha ou decisão racional apresentam-se como um recurso para ajudar no impasse imposto pelo dilema, por meio de cálculos de probabilidade.

A decisão lógica e eticamente correta é a que coincide com o curso da mais alta probabilidade ou o que tem a maior possibilidade de êxito; é a aplicação da teoria da eleição racional à ética, coincidindo com a difusão da probabilidade nas ciências naturais. Uma obrigação moral somente está justificada se os

princípios que a sustentam são demonstrados em uma analogia aos teoremas e seus axiomas.

Tanto que, para alguns autores, a ética é um ramo da teoria geral da eleição racional junto com as teorias da utilidade, da decisão, dos jogos, pois se funda em axiomas por vezes derivados dos que são utilizados nessas teorias[39]. Parte-se do pressuposto que os agentes, as pessoas decidem, exclusivamente, com base na razão, em motivos racionais, também nas questões da moral.

Cada problema tem uma solução racional, por mais que seja somente provável. A incerteza que cerca a solução provável é controlada por cálculos probabilísticos, por exemplo, com a aplicação às decisões éticas da probabilidade preditiva da teoria de Bayes ou de seu pensamento na filosofia da ciência, o Bayesianismo. Muito comum na epidemiologia a partir da década de 70 e, especialmente importante para o desenho da pesquisa clínica[40], encontram-se publicações que defendem o uso desse modelo matemático para lidar com questões éticas, especialmente no tópico da ética em pesquisa clínica[41]. Uma das questões da ética na pesquisa é conciliar o melhor desenho com o benefício ao sujeito de pesquisa. Isso é tratado como dilema inconciliável, sendo a ética, muitas vezes, vista como um obstáculo ao desenvolvimento da ciência. Para solucionar essa questão, Berry[41] defende o uso da probabilidade preditiva do Bayesianismo no desenho de ensaios clínicos. Valendo-se da teoria da eleição racional, afirma que o benefício do sujeito de pesquisa ficaria assegurado, na medida em que fossem formalmente consideradas, no desenho do estudo, as consequências do experimento pretendido e sua utilidade para a escolha da amostra ótima, por exemplo. Nessa visão, acontece a redução do problema ético a um problema técnico, e a decisão pauta-se na utilidade. Essa é uma das falácias da ética aplicada à Saúde: reduzir problemas éticos a problemas técnicos.

Na teoria clássica da probabilidade, consideram-se apenas as possibilidades objetivas do êxito da decisão e não as preferências subjetivas de quem decide. Preferências não são apenas questões de cálculo probabilístico, mas de valores.

Os primeiros a introduzirem as preferências no processo de decisão racional foram o matemático Jon von Neumann e o economista Oscar Morgenstern, com a apresentação da teoria dos jogos, em 1944. Essa teoria ultrapassou os limites da decisão racional na economia, campo em que foi concebida, e alcançou a Sociologia, a Ciência Política e a Filosofia Moral; chegou a ser considerada como o instrumental, por excelência, do filósofo moral. Um instrumento prático, uma ferramenta moralmente neutra para aconselhar pessoas com objetivos diferentes a como colaborar nas tarefas em comum, a fim de obter a máxima satisfação compatível com uma distribuição equitativa. É mais uma tentativa de aplicação da álgebra ao conhecimento moral e político[39].

A teoria da decisão racional tenta generalizar para todas as esferas da condição humana o ponto de vista do enfoque econômico. O tipo ideal, segundo a noção weberiana do *homo economicus*, é tomado como modelo abstrato para os processos de tomada de decisão de um agente racional hipotético que se move pela maximização. Entende que toda a decisão que o agente enfrenta traz, no plano objetivo, uma escassez intrínseca de recursos finitos e, no plano subjetivo, a impossibilidade de satisfazer, simultaneamente, todas as suas preferências[39]. Assim, quando o agente faz sua eleição entre alternativas, está decidindo onde aloca recursos escassos para alcançar um dos fins que, necessariamente, competem entre si. A capacidade do agente racional para maximizar uma função objetiva, definida em termos de variáveis bem determinadas, é o que o guiará na decisão a ser tomada. Elegerá o 'mais' e não o 'menos'. Elegerá sempre as melhores alternativas ou, ao menos, rejeitará as piores. Afinal de

contas, quem decide é um agente maximizador, um *homo economicus*.

Isso implica considerar as ações humanas como entidades naturais pertencentes ao único universo natural. A aposta é que os diversos tipos de conhecimento humano podem usar a mesma linguagem, compartilhar as mesmas metodologias e regerem-se pelas mesmas leis: as naturais. Daí a teoria da eleição racional ser, também, chamada de "física social" [39].

A teoria da decisão racional tem por objetivo um conhecimento universalmente válido para toda ação humana e entende que a ciência econômica é a única capaz de oferecê-lo. Ela isola a eleição individual presente em toda atividade humana e a toma como o lócus privilegiado da racionalidade prática. Constrói, com base na teoria econômica, um modelo refinado e potente de decisão racional. Com isso, na teoria da decisão racional, a aplicação da teoria econômica não se restringe às atividades características do mercado, mas estende-se a toda a ação humana em geral, que passa a ser seu objeto de estudo[39].

As aspirações espirituais e materiais, os distintos fins e meios são aquilatados por meio de uma única escala de gradação e preferência, a fim de que a eleição seja feita preferindo uns a outros. A possibilidade e a necessidade de eleger e decidir entre alternativas pressupõem que essas sejam tomadas como comparáveis entre si por meio de uma medida comum. O requisito formal desse conjunto de preferências é a completude, que permitirá a ordenação, a hierarquização de todas as alternativas. As preferências de um agente são, por definição, homogêneas e integram um conjunto completo e consistente que, necessariamente, está ordenado. Isto é, as preferências que integram esse conjunto completo estão, obrigatoriamente, hierarquizadas, pois são alternativas comparáveis, que integram um todo, que podem ser mensuradas com uma única unidade de medida comum e formal. Essa unidade de medida é a utilidade. Sendo formal, a essa medida comum não importa o conteúdo,

mas a forma, que é a maximização dos resultados. A pessoa que decide é vista como um agente maximizador do valor esperado, da utilidade. A decisão correta é a que elege o curso de ação que maximiza a utilidade[39].

A análise para a decisão considera como a alternativa mais racional a que obtém maior pontuação no cálculo de utilidade. Essa, também, será a decisão moralmente ótima. Esse processo decisório é, muitas vezes, chamado de deliberação na literatura, entretanto, não guarda relação com a concepção de deliberação tomada no referencial de Diego Gracia.

A versão ética da teoria da decisão racional é o utilitarismo. Desde seu início, essa teoria ética esteve estreitamente vinculada ao desenvolvimento das ciências econômicas. Por isso, assumiu como critério ético de correção dos atos, ou das normas, a maximização das preferências, dos resultados ou das utilidades. O utilitarismo é a mais famosa das teorias éticas consequencialistas. Encontra-se largamente difundida nas decisões relativas à saúde pública, em que a meta é conseguir o maior bem para o maior número de pessoas, com o menor custo possível, ou maximizar, otimizar o uso dos escassos recursos disponíveis para a Saúde. São exemplos as usuais relações custo-benefício e as comparações entre transplantes e programas de vacinação como procedimentos e programas passíveis de serem medidos com a mesma régua, ou avaliados segundo o número de vidas salvas para decidir o mais justo uso do recurso.

A figura pioneira do utilitarismo clássico foi Jeremy Bentham (1748 – 1832), na Inglaterra. Era um reformador social. Assim, sua proposta era formulada no bojo de um projeto de reforma radical, que abarcava desde a legislação penal e as instituições penitenciárias até a medicina preventiva pública, passando por questões sociais, como a justiça gratuita para os pobres e o sufrágio feminino. Isso pode explicar, em parte, a influência que o utilitarismo exerce nas decisões da saúde pública até hoje. A influência social ulterior do projeto utilitarista só pode

ser comparada com a proposta de Marx[39]. Bentham propôs o princípio da utilidade ou da maior felicidade como critério para avaliar a correção ou incorreção de uma ação, fosse essa das pessoas individualmente ou do governo.

Bentham explicou o princípio da utilidade como o princípio que aprova ou desaprova qualquer ação (ato ou regra), segundo sua tendência para aumentar ou diminuir a felicidade das partes de cujo interesse se esteja tratando, ou seja, sua tendência para fomentar ou combater a felicidade. E por 'qualquer ação (ato ou regra) que for' queria abranger tanto a ação de um indivíduo privado, como também qualquer medida do governo. Entendia utilidade como a propriedade de qualquer coisa pela qual essa tende a produzir benefícios, vantagens, prazer, bem ou felicidade (todos vistos como equivalentes) ou a prevenir o dano, a dor, o mal ou a infelicidade (também equivalentes) daquele cujo interesse se considera. Dessa forma, se for a comunidade em geral, a felicidade da comunidade; se for um indivíduo em particular, a felicidade desse indivíduo. Para considerar o interesse da comunidade, que entendia como uma das expressões de caráter mais geral da moral e que poderia facilmente perder seu significado, toma-a com um "corpo fictício"[42] (p. 46), composto por pessoas individuais que o constituem enquanto seus membros. Assim, da somatória do interesse dos diversos membros desse "corpo fictício" resulta o interesse da comunidade. Uma medida do governo, por exemplo, será regida pelo princípio da utilidade quando sua tendência a aumentar a felicidade da comunidade for maior do que a de diminuir[42].

Como o critério utilitarista não se refere à maior felicidade do próprio agente, mas à maior quantidade total de felicidade, já que a universalidade é um dos seus pressupostos, Bentham propôs um cálculo, uma quantificação da felicidade na qual media, valorava a dor e o prazer e contava o número de afetados. Para isso, não fazia distinções qualitativas entre os prazeres, ou seja, a quantidade de prazer de um poeta seria igual à de um

jogador. Nesse cálculo, o valor do prazer ou da dor para uma pessoa seria maior ou menor segundo sua intensidade, duração, certeza ou incerteza, proximidade ou distanciamento. Para avaliar o ato que gera prazer ou dor levam-se em conta duas circunstâncias: a sua fecundidade (probabilidade de ser seguido por sensações da mesma classe; prazeres se for prazer ou dores se for dor) e a sua pureza (probabilidade de não ser seguido por sensações de classe contrária; dores se for prazer, prazeres se for dor). Para calcular o valor de um prazer ou dor para um conjunto de pessoas, leva-se em conta um sétimo elemento: a extensão, que é o número de sujeitos afetados[42,43].

Para o cálculo da tendência geral de um ato sobre a comunidade, que é a soma total das consequências, começa-se por qualquer das pessoas cujos interesses estejam afetados e se tem em conta: o valor de cada um dos prazeres discerníveis produzidos pelo ato em primeira instância; o valor de cada uma das dores produzidas em primeira instância; o valor de cada prazer que pareça como provável de ser produzido depois dos de primeira instância; o valor de cada dor provável de ser produzida depois das de primeira instância. Somam-se todos os prazeres por um lado e todas as dores por outro, e a diferença entre ambas somatórias evidenciará a tendência do ato sobre os indivíduos em questão. Repete-se esse procedimento para cada um dos afetados pelo ato sob a avaliação utilitarista, ou pela decisão a ser tomada. O balanço total dará a tendência do ato sobre a comunidade[42,43]. Será moral o ato que tiver saldo positivo para o lado da felicidade.

Como explica John Stuart Mill, outro utilitarista clássico, o "credo"[44] (p. 45) que aceita como fundamento da moral o princípio da utilidade ou o princípio da maior felicidade defende que as ações são corretas (*right*), na medida em que tendem a promover a felicidade, e incorretas (*wrong*), na medida em que tendem a produzir o contrário à felicidade. Por felicidade, entende-se o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e

a ausência de prazer. Como assinala o filósofo, sem dúvida o debate sobre o que se inclui nas ideias de dor e prazer é necessário, mas essas explicações são suplementares, pois, como afirma[44], não afetam a teoria da vida sobre a qual se funda o utilitarismo como uma teoria da moralidade: que buscar o prazer e livrar-se do sofrimento são as únicas coisas desejáveis como fins moralmente válidos. Também não se altera a compreensão fundamental de que todas as coisas desejáveis, que tanto no projeto utilitarista como em qualquer outro também são numerosas, são desejáveis tanto pelo prazer inerente a elas mesmas como enquanto meios para promover o prazer e evitar a dor[44].

Segundo Sanchez-Gonzalez[43], nas diferentes versões do utilitarismo que se sucederam, a utilidade foi entendida de distintas maneiras, que se agrupam em dois entendimentos fundamentais: tendência a produzir felicidade e tendência a satisfazer desejos e preferências. A tendência para produzir felicidade, em Bentham, era o prazer quantificável; em Mill, o prazer qualificável; em George Moore o desfrute de todas as coisas boas. A satisfação de desejos e preferências foi compreendida ao longo do tempo como preferências individuais puras; preferências verdadeiras; preferências prudentes. Entretanto, como pondera o autor, todas as variedades de utilitarismo compartem certos traços: interesse por uma vida feliz nesse mundo; universalismo; consequencialismo; cálculo somatório das utilidades individuais feito por um balanço contábil de prazer e dor; maximização, entendida como a maior felicidade do maior número.

Assim, o utilitarismo atual, embora não se identifique com o de Bentham, preserva seu aspecto principal: o dever moral consiste em eleger o melhor resultado possível, entendido e estimado em termos de probabilidades e preferências[4].

Exemplo paradigmático da mentalidade dilemática da teoria da decisão racional, expressa na teoria dos jogos, é o chamado

"Dilema do Prisioneiro". Trata-se de uma situação artificial e artificiosa, na qual dois presos estão em celas separadas e isoladas, sem possibilidade alguma de comunicar-se. Cada um deles tem de tomar uma decisão que afetará a vida de ambos. Devido a sua incapacidade de cooperarem para escolher a melhor solução, acabam optando por uma saída não-cooperativa, que traz piores resultados para ambos, embora fosse tida como a melhor estratégia de solução para cada um individualmente.

O Dilema do Prisioneiro foi originalmente formulado por Merrill Flood e Melvin Dresher, em 1950; mais tarde, Albert W. Tucker adaptou o original, adicionando à narrativa a questão do tempo da sentença de prisão e dando-lhe o nome pelo qual ficou conhecida. Atualmente, há diferentes versões do Dilema, que variam quanto ao tempo de sentença ou quanto à forma como a situação é apresentada, mas a análise dos resultados mantém-se invariável. Optei por reproduzir a versão que encontrei na dissertação de mestrado de Silva[45], pela linguagem jurídica utilizada, que deixou a descrição mais próxima de nossa realidade:

"Dois criminosos são capturados, mas as evidências do crime são suficientes para condená-los a, no máximo, dois anos de prisão. O jogo parte da premissa que o promotor de justiça pode utilizar a estratégia de oferecer o benefício da delação premiada, negociando a redução da pena do suspeito em troca da delação do comparsa. Se o promotor conseguir a confissão de um deles, terá mais informações para condenar o outro a pena maior, de dez anos. O promotor coloca os dois suspeitos em celas separadas e não permite que os dois se comuniquem, propondo a cada um que confessem, delatando o outro em troca da redução de metade da pena. Se ambos confessam, cada um recebe cinco anos de prisão. Se não confessam, devido à ausência de provas, o promotor só conseguirá obter dois anos de condenação para cada suspeito. Se um confessa e o outro não, o delator consegue a redução da pena, recebendo apenas um ano de condenação, ao

passo que o comparsa consegue dez. Os criminosos não conseguem se comunicar para combinar o que dirão ao promotor"[45] (p. 42).

O que vai acontecer? Como reagir? Qual a melhor decisão para cada prisioneiro? Qual a melhor decisão para ambos conjuntamente?

A eleição dilemática que lhes é proposta representa-se em uma matricial (Figura 1):

Figura 1 - Dilema do prisioneiro

	PRISIONEIRO B	
PRISIONEIRO A	*Confessa*	*Não confessa*
Confessa	(5, 5)[g]	(1, 10)
Não confessa	(10, 1)	(2, 2)

As duas únicas possibilidades que cada um dos prisioneiros tem são: ou dizem, cada qual, que o outro prisioneiro é culpado, ou que é inocente. O prisioneiro A raciocina que se B confessar e ele ficar calado, receberá dez anos de condenação, e o comparsa, somente um. Se A confessar, recebe cinco anos no caso de B também confessar, ou um se B não confessar. Ambas as opções são melhores do que a pena máxima de 10 anos, que pode receber se permanecer calado e o comparsa confessar. Com esse raciocínio, ambos confessam e recebem pena de cinco anos. Se os dois ficassem calados, acreditando na cooperação, ou seja, que o outro também não o delataria, alcançariam o melhor resultado para ambos, a menor pena possível: dois anos apenas. Como eles não conseguem se comunicar e lhes falta o valor confiança, que é essencial para a cooperação, cada qual age movido por seus próprios interesses. A estratégia que escolherão

[g] Os números entre parêntesis referem-se aos anos de prisão para os prisioneiros A e B, respectivamente.

individualmente é confessar, delatando o outro e recebendo cada um cinco anos de prisão. Esse é o equilíbrio de Nash[h], uma combinação de estratégias na qual a opção que cada jogador escolhe é ótima, dadas as opções que poderiam ser eleitas pelos demais. Essas são previstas com base nas escolhas de um jogador racional, isto é, o que nunca utilizará estratégias que lhe tragam ganhos inferiores ante qualquer estratégia de ação dos rivais. O equilíbrio forma-se por um perfil de estratégias do qual nenhum jogador ousa desviar-se sozinho.

No Dilema do Prisioneiro, do ponto de vista do interesse próprio, é racional para cada prisioneiro confessar, buscando sua própria utilidade, mas se decidirem pelo que é racional do ponto de vista do interesse próprio de cada um individualmente, ambos ficarão em pior situação do que ficariam se permanecessem calados, ainda que correndo o risco da pena maior. O dilema mostra que, quando cada um, individualmente, escolhe o que é do seu interesse próprio, pode chegar a piores resultados do que se tivesse feito uma escolha de interesse coletivo; quando falta a confiança para a cooperação, é isso que costuma acontecer.

O atomismo ético que marca o utilitarismo, especialmente o clássico, decorre da versão mais dura do *homo economicus,* um apropriador infinito que trata de submeter ao seu poder porções cada vez maiores do mundo. Esse afã insaciável se expressa em três paixões, "incrustadas na natureza humana"[48] (p. 61), que levam à discórdia: a competição, a desconfiança e a glória. A competição impulsiona as pessoas ao ataque mútuo para lograr um benefício. A desconfiança as leva a exercer a violência para conseguir segurança, para defender os seus. O afã de glória move a pessoa para o sucesso, para a reputação, o que pode, também,

---

[h] Jonh Nash, ganhador do prêmio Nobel de economia em 1994, cuja vida foi retratada no filme "Uma mente brilhante". Em trabalhos publicados em 1950 e 1951, Nash demonstrou a existência de um equilíbrio estratégico para jogos não cooperativos, o equilibro de Nash, e propôs que os jogos cooperativos fossem estudados por meio de sua redução a jogos não cooperativos. A teorização que segue-se tem se voltado ao refinamento e a extensões do equilíbrio de Nash[46,47].

gerar violência quando não recebe a estima que crê merecer ela própria ou os seus. Da conjunção dessas três paixões, "que se aninham no coração de qualquer ser humano"[48] (p. 61), só pode surgir a situação de "guerra de todos contra todos"[48].

Pensando em uma equipe multiprofissional na atenção básica, os resultados de minhas pesquisas sobre os problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos[49] apontam para algo que, guardadas as devidas proporções, poderia ser descrito como: os profissionais, enfermeiros e médicos competem pela 'propriedade' do usuário, ou, ao menos, por sua preferência. Desconfiam uns dos outros, pois cada qual se considera o único capaz de conseguir o melhor para a saúde do usuário. Assim, exercem violência nos relacionamentos para conseguirem defender o 'seu paciente'. Quando seu esforço na defesa do usuário não é reconhecido por esse, por exemplo com as faltas aos atendimentos ou a não-observância da prescrição, o profissional sente-se traído, sente que não recebeu a consideração que merecia 'depois de tudo que fez' e expressa o que sente de forma violenta, com punições que vão desde o cerceamento do acesso ao serviço com o não atendimento de usuários que vêm à unidade depois de uma falta, submetendo-os a uma longa espera para o atendimento fora do dia marcado, até agressões verbais. Também na tentativa de 'defender o seu paciente' são muito comuns as discórdias entre enfermeiros e médicos.

O atomismo ético das concepções utilitaristas não quer dizer que não se deve reconhecer o vínculo com os demais. A questão está em como é visto, concebido esse vínculo. O indivíduo não se vê isolado, entende que não é autosuficiente, percebe-se vinculado, já que as três paixões (competição, desconfiança e glória) se manifestam quando se compara com os outros. É dependente, mas não em uma relação de reconhecimento cordial, e sim de competição e desconfiança, que só pode conduzir à guerra, à luta, à discórdia. O que os leva a

selar um pacto é o afã de manter a vida e a propriedade e não o reconhecimento cordial[48].

Há versões mais brandas do *homus economicus*. Os indivíduos que buscam seu próprio benefício percebem que o imediatismo é suicida e se comprometem a seguir leis e normas que os beneficiarão em médio prazo, desde que exista um compromisso dos demais para cumprir o pacto:

> Hasta un pueblo de demonios, de seres sin sensibilidad moral, preferiría el Estado de derecho al estado de naturaleza, con tal de que tengan inteligencia. Los demonios inteligentes, aun sin sentido moral, saben que les interesa obedecer leys comunes para no salir perdiendo vida, propiedad y seguridad[48] (p. 65).

Essa versão mais branda do *homo economicus* admite a busca de interesses alheios, da comunidade, pois percebe que isso resultará no seu próprio beneficio em médio e longo prazo, também. As teorias econômica e de justiça distributiva que tentam superar o atomismo das concepções utilitaristas são exemplos, como o enfoque das capacidades de Amartya Sen e a teoria da justiça como equidade de John Rawls, respectivamente[50,51,52].

Posso defender a erradicação da pobreza porque considero indigno que qualquer ser humano viva de maneira infra-humana, ou seja, sem os recursos compatíveis para sua humanidade e dignidade, ou porque o miserável, o pobre ameaça minha segurança, ou dos meus, pela violência consequente à desigualdade social. São reconhecimentos muito diferentes do vínculo com o outro: preocupação ou comoção e ameaça ou medo, respectivamente.

Na última condição, a única fonte de obrigação moral não é um vínculo de natureza também moral, mas o pacto político decorrente do medo à morte violenta e à perda da propriedade, com poder transferido a um "soberano" que tem o compromisso de garantir a lei e a paz[48].

Mantive "soberano" do texto original para dar continuidade ao paralelo com o relacionamento da equipe na atenção básica. Tenho colhido depoimentos que mostram como os enfermeiros e médicos apelam à figura do diretor da unidade de saúde, ou coordenadores regionais, ou conselhos profissionais enquanto autoridades, soberanos em certa medida, que irão resolver seus problemas de relacionamento por meio do estabelecimento de ordens, regras, rígidas divisões de trabalho e delimitação do âmbito das especificidades de atuação de cada membro da equipe. Nesses relatos, especialmente os enfermeiros, falam do seu medo de que o desentendimento possa provocar sua demissão ou de alguém mais da equipe, ou o afastamento do usuário da unidade, causando perda de vínculo[1,2].

Resumindo, a visão ou atitude dilemática, frente às questões éticas, conflui na teoria da escolha racional, na qual a decisão correta é uma só, e será a que tiver maior utilidade, que é calculada compreendendo-se que os fatos e os valores que contam para a decisão podem ser sempre quantificados ou, ao menos, classificados de maneira ordenada e hierárquica. A alternativa que obtiver o valor numérico maior ou que estiver no posto mais alto da escala de ordenação equivale à decisão correta. Tudo fica resumido a operações e preferências, pois concorrem para a escolha a probabilidade e o quanto se deseja cada um dos resultados possíveis.

Na Bioética, a concepção utilitarista está expressa no principialismo de Tom Beauchamp e James Childress[53], seu mais difundido enfoque. Essa visão da Bioética, que soa como um mantra para quase todo bioeticista, busca o melhor balanço da ponderação das consequências resultantes da especificação de cada um dos quatro princípios: beneficência, respeito pela autonomia, justiça e não-maleficência. Os autores estabelecem um princípio da utilidade, que consiste em uma extensão do princípio positivo da beneficência. Entendem que na vida moral é impossível produzir benefícios ou eliminar danos sem criar riscos

ou incorrer em custos. A fim de ser apropriadamente beneficente, uma ação tem de originar benefício suficiente para compensar seus custos. Os autores se aproximam dos utilitaristas pelo cálculo, pelo balanço líquido de benefícios e custos. Entretanto, como eles Tom Beauchamp e James Childress[53] próprios assinalam, ao contrário dos utilitaristas estritos, admitem que o princípio da utilidade pode ser limitado pelos demais. De qualquer forma, é um cálculo maximizador que determinará se o princípio de utilidade pode ou não ser restrito em sua aplicação, o que não deixa de ser a lógica matemática.

O principialismo é devedor e tributário do pensamento matemático enquanto uma ciência demonstrativa, ou seja, ao demonstrar-se um teorema matemático, alcança-se algo que é sempre assim e não pode ser de outra maneira. Por isso, Diego Gracia tem se tornado cada vez menos afeito aos quatro princípios. Esses já tiveram um papel fundamental em sua proposta metódica, mas hoje não é mais assim, logo entenderemos melhor o porquê. Por ora, podemos entender que: tendo em vista seu alinhamento com o pensamento de lógica aritmética e com a visão dilemática das questões éticas, a linguagem dos princípios simplifica excessivamente a riqueza da realidade moral. E, frequentemente, converte a análise em uma simples contenda entre os princípios, bastando determinar a ordem de prioridades dos quatro em cada situação concreta. A decisão é algo que adquire conotação mecânica, consistindo em hierarquizar os princípios e decidir segundo sua importância em cada caso[54]. O próprio Diego Gracia já contribuiu para esse "ábaco intelectual"[54] (p. 7), dividindo os quatro princípios em dois níveis hierárquicos. A justiça e a não-maleficência, relativa a uma ética de mínimos, teriam precedência sobre a beneficência e a autonomia, referentes a uma ética de máximos[55]. Assim, bastaria definir o nível hierárquico dos princípios implicados e eleger o de maior grau hierárquico. Essa simplificação não corresponde à

linguagem originária da ética, que não pode ser, então, a dos princípios, mas a dos valores[54], como veremos mais adiante.

Retomando o Dilema do Prisioneiro para seguir na discussão dos modelos de decisão racional e da racionalidade dilemática, lembremos que a falta de cooperação e confiança entre os prisioneiros diminuiu drasticamente suas respectivas utilidades. Disso, deduzem-se como conclusões, segundo Gracia[30], que: a cooperação pode ser útil; a cooperação requer alguns pressupostos éticos, alguns valores, como respeito mútuo, confiança, honestidade e sinceridade; as decisões morais devem cumprir outras exigências e não somente a utilidade, ou seja, a moralidade não pode restringir-se à teoria da escolha racional. O Dilema dos Prisioneiros é proposto em condições artificial e artificiosa, o que permite sua formulação como um dilema, mas torna-o irreal. O raciocínio moral não pode ser engessado na estruturação dilemática das questões, pois esse é pouco realista.

John Searle[56], famoso teórico da decisão, criticou a teoria da escolha racional por partir de uma ideia equivocada da racionalidade humana, desconhecendo o que chamou de "fenômeno do *gap*"[56] (p. 13). O autor afirma que há, pelo menos, três *gaps* na tomada de decisão racional relativa às ações voluntárias. O primeiro está entre as razões para a decisão e a decisão final e real que é tomada. O segundo *gap* está entre a decisão e a sua execução, na ação. Assim como as razões não são causas suficientes para produzir uma decisão, a decisão não é causa suficiente para produzir uma ação. Para as decisões que geram ações que se estendem no tempo, há um terceiro *gap* entre o início da ação e sua continuidade, até completá-la. O autor entende o *gap* como uma característica da consciência humana. Como explica, basta cada um revisar suas próprias experiências em tomada de decisão para encontrar esses *gaps*.

Por não considerarem o "fenômeno do *gap*", as conclusões das tomadas de decisão podem ser falsas, inclusive quando a escolha racional poderia parecer o tipo mais apropriado de lógica,

mas, se admitimos o "fenômeno do *gap*", nem mesmo as decisões estratégicas parecem adequadas à teoria da escolha racional[30]. Supomos, equivocadamente, que tanto nós mesmos como as pessoas com quem convivemos, como colegas de equipe ou usuários, decidimos, exclusivamente, de maneira racional ou estratégica.

Além dos utilitaristas, também os deontologistas estritos apostam na escolha racional e organizam-se no esquema dilemático, pois, da mesma forma que os primeiros, consideram que as questões morais podem ser resolvidas de maneira matemática e exata, com uma, e somente uma, resposta correta, universal e absoluta. Os deontologistas estritos estão mais comprometidos com a decisão final do que com o processo para decidir, pois julgam que esse está bastante claro e é obvio: trata-se de aplicar, direta e dedutivamente, os princípios e normas aos casos concretos. Quando as questões são relevantes, as circunstâncias e as consequências não podem mudar a natureza do ato moral. Esse é o sentido, como explica Gracia[30], de expressões muito usadas pelos deontologistas estritos: atos "intrinsecamente bons" ou ações "intrinsecamente más"[30] (p. 27). Os utilitaristas e os deontologistas estritos têm em comum o pressuposto lógico da convicção quanto à obrigatoriedade dos juízos morais serem apodícticos. Isso também é próprio da maneira dilemática de se abordar as questões éticas.

5.2.2 A abordagem problemática

No dilema, como traz a própria etimologia da palavra, há duas proposições opostas e disjuntivas, de modo que a eleição de uma delas leva à rejeição da outra. Essa é a definição lógica de dilema, e a base de seu significado popular é "uma situação difícil, embaraçosa, que apresenta duas saídas, ambas penosas ou desagradáveis, sendo que apenas uma pode ser escolhida". Tanto que o Dicionário Universal da Língua Portuguesa[57] define

dilema como "alternativa em que não há solução satisfatória" e "conjuntura difícil (sem saída conveniente)".

Por outro lado, a palavra 'problema' provém do grego *próblema*, que, por sua vez, deriva de *pro-bállo* que significa lançar-se adiante, propor[30,58]. Nesse sentido, o problema aproxima-se do dilema, pois ambos se impõem a nossa frente, exigindo-nos uma resposta, levando-nos a escolhas. A vida é um problema, porque temos que projetá-la continuamente, escolhendo entre as distintas alternativas que se nos apresentam em cada situação. Eleger é sempre um problema. E é, exatamente, nas respostas e nos caminhos vislumbrados para as escolhas que se situam as diferenças entre problema e dilema. O problema não nos diz que o conflito tenha sempre solução, nem que as possibilidades de opção são apenas duas, tampouco que a solução racional e razoável seja uma única e a mesma para todos os envolvidos na situação. Tanto que o Dicionário Houaiss[59] define problema como "obstáculo, contratempo, dificuldade que desafia a capacidade de solucionar de alguém", e o Dicionário Universal da Língua Portuguesa apresenta problema como "questão, dúvida" ou "o que é difícil de explicar". Compreensões bem distintas do que vimos para dilema.

Um problema não é um conflito. O problema apresenta-se como a necessidade de ter que eleger entre distintos e possíveis cursos de ação. O conflito é o choque de duas ou mais coisas. Procede do latim *conflictus*, que por sua vez deriva do verbo *confligo*, traduzido por pelejar, brigar. Mas a raiz do termo está no verbo latino *fligo*, que significa chocar. *Confligo* é o ato, a ação, o chocar de coisas entre si e *conflictus*, o choque, em si, de duas ou mais coisas[60]. Um conflito é um choque, mas não de qualquer tipo. Como exemplifica Diego Gracia em suas aulas, ninguém diz que teve um conflito de automóveis, mas um choque de automóveis. Vejamos os tipos de conflitos.

Há os "conflitos de fatos", que resultam do choque de duas ou mais realidades, os conflitos armados, guerras e tantos outros.

Embora tenham implicações morais, não são em si conflitos morais. Os "conflitos de valor" e "conflitos de deveres" conformam os conflitos morais. Assim, de maneira geral, podemos dizer que o conflito moral é um conflito de valores e deveres[60]. Segundo Gracia (2005), "El conflicto moral es siempre conflicto en la realización de valores"[60]. Como explica Diego Gracia, por ter a ver com a realização, ou concretização de valores é que esse tipo de conflito conforma-se como um conflito moral. Na realização dos valores, há sempre dois níveis, sendo que em ambos cabem os conflitos: o "nível do deve" e o "nível do deveria". Há conflitos que procedem dos próprios valores e há outros, que decorrem das condições da realidade que condicionam ou impedem a sua concretização (realização). Por exemplo, nos casos de transfusão de sangue das Testemunhas de Jeová, o conflito vem da matéria do valor que exige a não-transfusão de sangue, o que supõe um risco para a vida. Um valor espiritual supõe um risco para um valor vital. Esse é um conflito de valor em sentido estrito. Há casos, porém, em que os valores não têm nada em sua matéria que os torne incompatíveis entre si. O conflito vem, nesse caso, das condições reais, do contexto em que se há de realizar, concretizar os valores. Por exemplo, no caso da veracidade e sua quebra em relação ao paciente. São as condições psicológicas concretas do paciente que geram o conflito e não o valor do respeito em si mesmo. O conflito, nessa situação, não é entre valores, mas entre o "deveria" de sua "realização ideal" e o "deve" de sua "realização concreta". A esse último é que deveria se chamar, em sentido estrito, conflito de deveres. A expressão "conflito moral" engloba os conflitos de valores e os conflitos de deveres[60].

O conflito moral representa um eclipse do sentimento de obrigatoriedade[61], ou seja, poderíamos dizer que um valor obscurece o outro, um dever encobre o outro, e ficamos sem

saber como agir; metaforicamente, diríamos que, como diante de eclipses, ficamos perplexos a olhar para o céu.

Gostaria de destacar que o conflito moral não equivale a um choque de direitos. Esse equívoco em bioética é bem comum. Não raro, vemos os problemas éticos, os conflitos morais transformados em choque de direitos. Exemplo paradigmático dá-se nas questões relativas ao aborto, usualmente postas como o direito reprodutivo da mulher *versus* o direito à vida do feto. Como nos ensina Diego Gracia, a linguagem do direito é uma e a da ética, outra. É claro que essa não poderá ser posta em prática sem considerar os limites legais, por isso, a prova da legalidade, como veremos na descrição das etapas da deliberação, é feita ao final do processo, não no início, quando acontece a formulação do problema. "Mi tesis es que cuando hay que hablar de derechos es que las cosas están ya muy mal, que se han vuelto muy conflictivas. Las batallas se pierden o se ganan, mucho antes"[34] (p. 9).

Mesmo defendendo a interface da ética e da política, pois uma sem a outra ficaria sem sentido, como explica Pose[32], Aristóteles fazia a separação das vias judicial e moral. A deliberação não é um instrumento imperativo, mas de conselho, ou seja, não se constitui como um método de caráter impositivo, mas elucidativo, esclarecedor, iluminador de um problema complexo. Quem aconselha recomenda o melhor. Com isso, vemos que, de fato, o problema não pode ser colocado como pendência de direitos. Quando isso ocorre estamos frente a uma falácia, a falácia jurídica, que leva a argumentar no âmbito moral com argumentos "extramorais"[32] (p. 68).

Na opinião de Pose[32], Xavier Zubiri foi o filósofo que mais claramente chamou a atenção para o significado de considerar algo problemático. Assim, penso, não é por acaso que a abordagem problemática tenha vindo a ser base para a construção do procedimento deliberativo de Diego Gracia, pois o professor é um dos mais eminentes discípulos de Xavier Zubiri.

Como reproduz Pose[32], para Zubiri, a primeira condição para que haja um problema, qualquer que seja, é que exista um objeto. Esse será problemático quando estiver integrado por momentos diversos, cuja compatibilidade constitua problema, isso é, dificuldade. Algo se apresenta como uma dificuldade quando a compatibilidade de seus diversos componentes parece, à primeira vista, impossível. Ou seja, são contraditórios a ponto de serem incompatíveis. Algo é problemático quando aparece como contraditório; o que não é contraditório não pode se constituir um problema. A contradição é o caráter formal do problema; é o que o torna possível. Já temos, então, que é preciso um objeto e a sua contradição, mas, para o filósofo, isso ainda não é suficiente, uma vez que há muitas contradições, dificuldades no mundo, e somente algumas configuram problemas para o ser humano. Então, é preciso que o homem descubra a contradição que está no objeto. Por isso, os problemas são descobertos e não fabricados ou inventados. Descobrir um problema significa descobrir um objeto como problemático. É um modo do objeto apresentar-se à mente. O problema, então, é um fato real, descoberto como contraditório pelo ser humano. O problema moral é um problema prático, ou seja, um problema de eleição e decisão frente a um objeto contraditório.

Na clínica, temos um problema moral (ou ético) quando, em uma situação de um caso clínico, se descobrem várias saídas possíveis, o que nos deixa sem saber o que fazer. Esse é o sintoma mais claro de que estamos diante de algo problemático, no sentido moral. Se não conseguimos perceber os objetos, as situações, na clínica como tal, quando assim se apresentam, perdemos a oportunidade de melhorar a qualidade da decisão que vamos tomar[32].

Nas minhas pesquisas, tenho me deparado com muitos depoimentos que indicam as dificuldades dos profissionais em descobrirem, reconhecerem situações problemáticas[49].

Os problemas são questões abertas que não sabemos como responder e, muitas vezes, nem sequer sabemos se seremos capazes de responder. A solução não está presente desde o início e, portanto, a escolha não se resume a decidir por uma entre duas saídas, ou mesmo entre mais. A questão não é de quantificação apenas, mas de buscar uma resposta mais apropriada, mais adequada, que, usualmente, é a mais prudente. Prudência será o critério ético para o juízo da escolha.

A prudência, como concebida por Aristóteles, é uma virtude dianoética, configura a capacidade da razão prática de atuar de forma apropriada frente aos bens humanos. Compete à prudência determinar o "justo meio"[27] (p. 81) em que consistem as virtudes morais. A prudência é um hábito prático, a razão verdadeira do que constitui bem para o homem, por isso, é própria dos seres humanos; os deuses ou os animais dela não necessitam. No campo da bioética clínica, a prudência permite chegar a decisões racionais e razoáveis, sendo a capacidade de valorar tudo que está envolvido em uma dada situação clínica, antes de atuar[27].

Os problemas são questões abertas com vistas ao futuro, que é o tempo do ser humano. A partir da visão existencialista, Diego Gracia resgata que "la esencia del hombre consiste em su existencia"[34] (p. 2). e explica que essa frase consistia em um ataque frontal ao modo como se vinha enfocando o tema do ser humano na tradição filosófica, até então. Desde a Grécia, vinha-se afirmando que o homem era um composto de corpo e alma, e que nisso consistia sua essência. Assim, a vida não seria nada além do que pôr em funcionamento, em operação essa essência. Tem-se a essência, desde o início, como um caráter constitutivo, e a existência era tão somente fazer funcionar essa essência. Assim, a existência se configurava como um mero resultado, com caráter derivado, operativo. Um dos problemas dessa concepção é o desprezo ao futuro como o tempo próprio dos seres humanos. É um equívoco a ideia usual de que vivemos o presente; o tempo do ser humano é o futuro. A inteligência humana presta-se para

se adiantar a nós mesmos, projetando nossos atos; antecipa-nos os acontecimentos, projetando-os antes de sua realização. Por isso, o tempo humano é o futuro. Somos responsáveis por nossas ações, na medida em que somos capazes de projetá-las, isto é, de antecipá-las mentalmente. A responsabilidade, condição ética do ser humano, depende dessa capacidade de antecipação própria dos seres inteligentes:

> Si esto es así, entonces cabe decir, con Ortega y Gasset, que el hombre es un ser «proléptico», es decir, anticipatorio. Estamos continuamente anticipándonos a nosotros mismos, previendo y proyectando nuestras acciones; es decir, nuestro tiempo no es el presente sino el futuro. El presente es el tiempo del animal. El tiempo del ser humano es el futuro[34] (p. 3).

O ser humano não é um animal que vive adaptado ao meio, mas adapta o meio. Não vive ajustado ao meio, mas tem que "fazer" o "ajuste". Esse "fazer" é uma atividade prática, o que se chama ato ou "ação". O ser humano vive atuando, agindo, mas a "ação" não se restringe ao que o homem faz em sua vida e para sua vida, inclui a ideia de lançar-se; a ação é algo ao qual o homem é lançado, arremessado. Por isso, dizemos que o ser humano está aberto ao futuro, ao que tem que ser como projeto. "Todo ser humano vive (no puede no vivir) realizándo-se, haciendo proyectos, algo que está siempre en el futuro"[32].

Se o tempo humano é o futuro e se, assim, consisto em projeto, "*soy puro proyecto*"[34] (p. 3), meu ser consiste em "poder-ser"[34] (p. 3), ou seja, em pura possibilidade. "Mi ser se logra o malogra en el proyecto. Soy en forma de 'ex', desde el proyecto"[34] (p. 3). Em latim, 'estar' se diz *sistere* e 'estar ou consistir em projeto' diz-se *ex-sistere*. "Yo soy ex-sistiendo, y por tanto mi esencia consiste en existencia"[34] (p. 3).

Isso não é um mero jogo de palavras. Esse entendimento traz consequências fundamentais. O ser humano faz a gestão de seus projetos e de suas possibilidades e, assim, nosso ser dependerá do modo como nos lançamos nessa gestão. A isso

chamamos 'responsabilidade'. Então, quanto mais possibilidades, mais necessário é o sentido de responsabilidade. "Muchas posibilidades con poca responsabilidad no puede conducir más que a la catástrofe"[34] (p. 4). E a educação tradicional sempre cultivou a culpa e não a responsabilidade; sempre pediu obediência e não responsabilidade; sempre promoveu a heteronomia e não a autonomia, que, ausente, torna impossível a responsabilidade[34].

O profissional de saúde vê o usuário dos serviços como alguém sem possibilidades, sem recursos, na sua vida e para cuidar de sua saúde[1,63]. Estaria aí um germe para a crise de não responsabilização do profissional que se vive nos serviços?

Como nos ensina Diego Gracia, a abordagem problemática parte do suposto que a realidade é muito mais rica e complexa do que somos capazes de conceber e apreender, havendo, portanto, uma inadequação básica entre o raciocínio e a realidade. Ninguém pode abarcar toda a riqueza da realidade, por mais simples que essa seja:

> Solo Dios conoce la realidad completa y perfectamente. Los seres humanos sólo pueden intentar imitar a Dios, buscando la verdad. No conocen la realidad suficientemente, y por tanto no son *sophoi*, 'sábios'. En el mejor de los casos, pueden intentar imitar a Dios en este punto, deseando ser sabios, buscando la sabiduría, esto es, viviendo como 'filó-sofos'[30] (p. 28).

A inadequação entre a complexidade dos fatos e da simplicidade das ideias, por mais elaboradas que essas sejam, fica especialmente evidente nas questões práticas, como a política e a ética. Nessas matérias, Sócrates e Aristóteles consideravam impossível conseguir a certeza, podendo se alcançar apenas o provável. O raciocínio moral não pertence ao nível da *epistéme* ou ciência, entendida como conhecimento certo e universal acerca da realidade. O raciocínio moral trata-se de *doxa*, opinião; situa-se na lógica que Aristóteles chamou de dialética ("*lógica de la opinión*"). Essa é incerta, mas não

irracional. O raciocínio moral refere-se ao uso reto da razão, *orthòs logos*. Assim, é possível o desacordo, a coexistência de diferentes opiniões ou a existência de opiniões distantes das mantidas pela maioria, contrárias ao mais comum, que é um sentido do vocábulo *pará-dóxa*, paradoxo. As opiniões são juízos racionais que não esgotam o problema e permitem outros raciocínios diferentes, até mesmo opostos, e todos podem ser verdadeiros. É a lógica polivalente da probabilidade e não a lógica bivalente do certo e errado, da verdade e do erro. Por isso, no raciocínio moral, temos que buscar decisões razoáveis e prudentes, não completamente verdadeiras[30,58].

Isso não implica a lassidão na ética, pois tem a ver com eleição e não opinião. Aristóteles, no livro III de Ética a Nicômaco, afirma que a opinião se distingue por falsa ou verdadeira e não é por ela que temos certo caráter, mas pelas eleições. Lembro-me da filósofa Adela Cortina, que, em suas aulas, ensina-nos que toda opinião (*doxa*) é uma opinião, mas nem toda opinião é respeitável. É bem verdade: as falsas não devem ser objeto de respeito. Pensemos: seria respeitável uma opinião que defenda a inferioridade da mulher na sociedade? Ou o racismo? É claro que hoje em dia isso não é admissível, são opiniões falsas, negam a natureza da igual dignidade humana reconhecida a partir da modernidade. A esse ensinamento da filósofa eu acrescentaria: nem toda opinião é respeitável, ainda que a pessoa que a emite seja digna de um trato respeitoso. O mesmo princípio que torna a opinião falsa torna imperativo o respeito a quem opina: a igual dignidade de todos. Assim, quem opina, ainda que opine o que não é respeitável, merece respeito compatível com sua humanidade. Penso que essa distinção entre a respeitabilidade devida à pessoa e às suas opiniões não é fácil de operacionalizar na prática, especialmente na clínica, na relação com usuário e no relacionamento profissional da equipe. Muitos são rotulados pelas opiniões. Pior, muitas vezes ouço, nos depoimentos que colho durante as entrevistas de pesquisa, que

toda opinião tem que ser respeitada. Uma opinião que não seja respeitável não pode ser respeitada.

As questões éticas não são matemáticas nem dedutivas, mas opinativas e paradoxais. Diferentes pessoas, na mesma situação, podem ter distintas opiniões, devido ao fato que cada uma percebe a realidade de maneira particular, diferente da percepção dos demais. Ou seja, cada um tem sua própria percepção da realidade, o que, normalmente, gera opiniões diferentes entre os envolvidos em um mesmo problema ético.

Em Ética a Nicômaco[64], Aristóteles diz que a decisão depende da percepção, ou seja, da sensibilidade e das circunstâncias particulares.

Diego Gracia[30] destaca que David Ross, citando de Aristóteles que a decisão depende da percepção, acrescenta que esse sentido que temos de um dever concreto, em circunstâncias concretas, que é precedido e informado pela mais completa reflexão que podemos fazer quanto aos atos, é bastante falível, no entanto, é o único guia de que dispomos para nosso dever moral.

Há um sentido moral (*moral sense*), um sentido de dever, como se vê nessa afirmação. Para explicar esse ponto, Diego Gracia recorre à concepção de *moral sense* de James Q. Wilson: "*a directly felt impression of some standards by which we ought to judge voluntary action*"[65] (p. 1). Como explica Wilson[65], esses 'estândares' são gerais e imprecisos e acrescenta que, ao reconhecer o sentido moral, não está admitindo ou afirmando que as pessoas tenham um conhecimento intuitivo das regras morais. Ao contrário, considera que essas são alvos frequentes de disputas e conflitos. O autor, no entanto, defende a existência do sentido moral, pois, por exemplo, mantemos promessas, ainda que isso comprometa nossos próprios interesses; fazemos doações a organizações, ainda que não sejamos publicamente reconhecidos por isso; ajudamos pessoas em dificuldades, mesmo quando não há alguém olhando para aplaudir nossa boa ação.

Esse sentido moral, ainda que frágil e imperfeito, ajuda a explicar a ordem social, pois é decorrente e reflexo do fato de que reconhecemos que somos seres sociais, dependentes uns dos outros, capazes de avaliarmos em nós mesmos o quão essencial é a ajuda mútua e de sentirmos a necessidade de mostrar alguma preocupação pelo bem-estar dos outros, tratando-os com equidade e respeito.

Wilson[65] não concorda com a concepção de que todos os comportamentos humanos são aprendidos, salientando que vê nesse entendimento a raiz do relativismo moral, pois o homem é tomado como um ser maleável, que pode ser moldado, que não carrega em si nada decorrente de sua natureza humana e constituição biológica própria. Por isso, chamou-me a atenção a forma como Wilson encerra seu discurso de presidente da *American Political Science Association*:

> Mankind's moral sense is not a strong beacon light, radiating outward to illuminate in sharp outline all that it touches. It is, rather, a small candle flame, casting vague and multiple shadows, flickering and sputtering in the strong winds of power and passion, greed and ideology. But brought close to the heart and cupped in one's hands, it dispels the darkness and warms soul[65] (p. 9).

Nas minhas pesquisas sobre o perfil dos problemas éticos, entendo que o sentido moral construído no cotidiano fica expresso na compreensão dos profissionais quanto a sua obrigação de responderem ao sofrimento alheio, a ponto de viverem a impossibilidade de fazerem-no como falha moral, um problema ético. Sem dúvida, pesa o conhecimento formal da ética profissional com o qual têm contato nos cursos de graduação, entretanto, a obrigatoriedade de responder que expressam ultrapassa os limites da clínica, preocupando-se com as condições injustas em que vivem os usuários. Há uma preocupação em responder ao sofrimento das pessoas por uma identificação humana com elas, uma preocupação e não um temor a sanções legais, como perpassa a argumentação dos entrevistados[1,49].

Compreensões fenomenológicas da ética também dão conta de uma habilidade internalizada dos indivíduos para, intuitivamente, lidar com as questões morais de modo substancial. É uma faculdade de juízo moral substancial independente de habilidades adquiridas em uma aprendizagem formal da ética ou das metodologias para tomada de decisão. Alguns autores falam de uma consciência moral que se manifesta no comportamento moral diário em respostas não refletidas, não egocêntricas, para situações correntes no relacionamento interpessoal. Essas habilidades diárias parecem, muitas vezes, ter sido desconsideradas e encobertas pela filosofia moral. Essa consciência moral 'diária' é, às vezes, chamada 'moral intuitiva' para distingui-la da 'expertise moral' decorrente do preparo ético formal, seja nas teorias éticas ou nos métodos para tomada de decisão[6,66].

Entendo que esse sentido 'intuitivo' da moral, essa habilidade internalizada, é o que nos ensina Diego Gracia como a experiência moral. E essa, é claro, antecede à ética. A moral não decorre da ética; não existe em consequência do desenvolvimento e elaboração das teorias éticas. Ocorre justamente o oposto. A experiência moral é um dado intuitivo, concreto e irredutível. Para compreendê-la é que são desenvolvidas as teorias éticas e não o contrário. A experiência moral é esse sentimento de obrigação pelo qual todos sabemos que há coisas que devemos fazer e outras, que não devemos fazer; é essa capacidade de formular juízos morais, de pedir e render contas aos outros e, principalmente, a nós mesmos do que fazemos, do que fizemos, do que pretendemos fazer. E hoje, devemos render contas, também, às gerações futuras. Render contas é a noção de responsabilidade vinculada à experiência moral. Então, essa se cerca de obrigação e responsabilidade.

Essa experiência moral, do ponto de vista sociológico, evidencia-se quando ponderamos que não há cultura sem sistema moral, e do ponto de vista psicológico, individual, pelo fato dos

seres humanos experimentarem o sentimento de obrigatoriedade, o sentimento do dever moral, isto é, há um sujeito moral que age movido pelo sentimento de dever, de obrigação[61].

A palavra obrigação pode ser tida como sinônimo de dever. Entretanto, entendo que há nuances que as diferenciam com implicações na vida moral. O dever traz em si o medo da sanção, enquanto que a obrigação, como genuína experiência moral, implica a noção de responsabilidade. Digo isso com base na peculiaridade que Cortina[48] assinala para a obrigação. Nessa, o que é devido (o dever) enraíza-se no reconhecimento de um vínculo, de uma *ligatio*, da qual se segue uma *ob-ligatio.* O prefixo *ob* deriva-se da mesma preposição latina que significa 'diante de', 'por causa de', 'por'. Quando a obrigação decorre do reconhecer e sentir-se vinculado ao outro, torna-se mais que dever, é um presente, um dom que concedemos uns aos outros, porque estamos ligados de maneira interdependente. O dever é uma resposta a uma exigência, usualmente externa. A obrigação é o 'devido' que nasce do mais profundo de nosso ser ao nos reconhecermos partícipes de algo em comum pelo qual também somos responsáveis: a humanidade.

Os autores que defendem uma competência ética intuitiva da vida diária, como Aristóteles, concebem que essa é formada na prática diária, produzindo um bom caráter[66].

No início do Livro II de Ética a Nicômaco, Aristóteles diz que existem duas classes de virtude: a dianoética e a ética. A dianoética origina-se e se incrementa no ensino, por isso, requer experiência e tempo. A ética, ao contrário, procede do costume. Com isso, concluímos, evidentemente, que nenhuma virtude ética se produz em nós por natureza, pois nenhuma coisa natural modifica-se por costume. Portanto, as virtudes éticas não se produzem em nós por natureza, nem contra a natureza, mas por termos uma aptidão natural para recebê-las e aperfeiçoá-las por meio do costume, ou seja, praticando-as. Assim, praticando a

justiça nos fazemos justos, praticando a temperança, moderados e praticando a fortaleza, fortes[64].

Minha experiência com a proposta deliberativa de Diego Gracia permite dizer que ela leva o sentido moral em consideração, até porque parte da maiêutica socrática para seu ensino, com o objetivo de, como em um parto normal, respeitosa e gradualmente, sacar à luz o melhor de cada um, o melhor que cada um traz em si. Isso diferencia a proposta deliberativa das metodologias para tomada de decisão em ética que se pautam pela teoria da escolha racional. Essas, dado sua forma matemática de encarar as questões morais, lançam mão de uma fórmula, um protocolo, ou um modelo computadorizado a ser usado para indicar a decisão de maior utilidade. As pessoas só teriam que aprender a usar o método, ou, poderíamos dizer, adestrar-se no manejo do procedimento.

Diego Gracia concorda com a divisão que David Ross faz do sentido moral, entendendo que há um mais geral e outro, mais particular. O sentido mais geral é o sentido moral *prima facie*, que nos torna sensíveis às normas morais gerais, aos deveres gerais. O outro é o sentido dos deveres individuais em circunstâncias particulares. Gracia[30] destaca que a literatura sobre o dever moral concentra-se no sentido mais geral, mas que Ross dedica atenção ao segundo sentido, dizendo que todos têm seu próprio sentido de dever individual em cada circunstância particular, que são concretas e, portanto, diferem para cada pessoa e em cada momento. Isso permite entender por que o sentido de dever é necessariamente individual, por que cada um tem seu próprio dever, ainda que envolvidos em uma mesma situação, ou analisando um mesmo problema ético, avaliando o mesmo fato. O único que todos hão de ter em comum é a reflexão mais completa possível que podem fazer sobre o ato, em todas as suas relações e implicações, pois ser moral exige reflexão precisa e escolhas sábias, prudentes.

Essa reflexão é, obviamente, um procedimento falível, porque a deliberação não pode abarcar de maneira exaustiva todos os aspectos da realidade. Assim, dados importantes para a reflexão acerca do fato em análise podem ficar excluídos, por mais abrangentes que tentemos ser. Mas, ainda que falho e falível, é o único guia do qual dispomos para nossa vida moral, como destaca Gracia[30] com base nos ensinamentos de David Ross.

Então, como ninguém possui a verdade absoluta, e a reflexão com seus limites é o instrumento de que dispomos como guia, necessitamos da deliberação coletiva. Essa é a maneira de abarcar a realidade mais amplamente: o compartilhamento e a junção de distintas percepções, em um diálogo entre diferentes sentidos morais. Nas palavras de Gracia[30]:

> todas las perspectivas reales, las de todas personas implicadas y afectadas por la decisión, son importantes para perfeccionar nuestro sentido moral. Este sentido no es solamente individual, sino también común, colectivo, y en los actos morales en los que se encuentra implicada más de una persona, es necesaria la deliberación colectiva (p. 29).

Na clínica, há sempre, ao menos, duas pessoas envolvidas: o usuário e o profissional. Assim, a deliberação moral, na prática clínica, deverá ser feita, no mínimo, pelo diálogo entre os dois. E um diálogo que possibilite a troca de fatos, emoções, sentimentos, crenças, valores, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames, sem desses prescindir. Serão essenciais a escuta, o reconhecimento do vínculo, os afetos e o respeito pela diferença e diversidade, em um clima de respeito mútuo, como é próprio para a deliberação.

Temos um conhecimento imperfeito e incerto de nossas responsabilidades morais, ou seja, esse é um conhecimento "problemático"[68], um conhecimento que nos impulsiona adiante, a buscar respostas. A incerteza e a responsabilidade moral não são incompatíveis, ao contrário, a incerteza é uma característica

própria de nossas responsabilidades morais concretas. E a prudência é a tomada de decisões morais razoáveis, mesmo que incertas. Não é prudente quem espera a certeza, mas quem maneja a incerteza.

Aristóteles disse que a *phrónesis* é conhecimento prático, ou seja, referente às ações; é conhecimento prudencial; é *orthòs logos*, o uso reto da razão, mas com incerteza. Para o filósofo, a natureza da prudência pode ser compreendida por meio das qualidades de quem chamamos prudentes. Por exemplo, parece próprio do homem prudente ser capaz de discorrer bem sobre o que é bom e conveniente para si mesmo, e não em um sentido parcial, como unicamente para sua saúde, mas para seu viver bem em geral. Também é prudente o homem reflexivo, assim, a prudência é uma disposição racional verdadeira e prática a respeito do que é bom ou mal para o homem, individual ou coletivamente.

A prudência tem por objeto o que pode ser de outra maneira[64]. Por isso, nos ensina Diego Gracia, que o caminho para realizar juízos prudentes é a deliberação, *boúleusis.*

Boúleusis é o termo grego para deliberação. Sua origem está na política. É um substantivo comum que deriva de um nome próprio *Boulé*, uma instituição bastante antiga da Grécia, com origens no século IV a.C. com Sólon. Na época de Homero, referia-se ao Conselho de Anciãos, e, na de Péricles, era o Conselho dos Quinhentos. A *Boulé* era uma instância de ponderação e conselho de caráter público. Como explica Pose[32], parece que foi Aristóteles, já na Antiguidade Clássica, o primeiro a empregar a palavra *boúleusis* em um sentido técnico para recordar que: não há decisão sem prévia deliberação; a deliberação que cada um faz consigo próprio nada mais é que a forma interiorizada da deliberação em comum praticada no Conselho dos Anciões, portanto, por homens de sabedoria decorrente de sua experiência, os chamados "prudentes" (*phronimoi*) (p. 65).

Assim, neste trabalho, não se está delimitando a deliberação como um procedimento usado pelos Comitês de Ética em Pesquisa ou de Bioética, pelos quais sua aplicação é mais corrente e conhecida. Além de tomá-lo, de maneira inovadora, como metodologia para a pesquisa em Bioética, entendo que, na atenção básica, a deliberação constitui uma competência a ser aprendida e aperfeiçoada continuamente pelos enfermeiros e médicos, a fim de que deem conta da ampliação requerida pela clínica nesse âmbito da atenção à saúde. Aponto para algo que se comece com um processo grupal de deliberação, em equipes, em iniciativas de educação continuada, com vistas à internalização da prática deliberativa no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais. Nisso já venho envidando esforços.

Aristóteles diz que a prudência tem por objeto o humano e aquilo sobre o qual se pode deliberar. A operação do prudente consiste, sobretudo, em deliberar bem. E ninguém delibera sobre o que não pode ser de outra maneira ou sobre o que não pode fazer[64]. Por exemplo, ninguém pode deliberar se o sol vai raiar a cada dia, porque isso é algo necessário e não possível.

Para Diego Gracia, nessa compreensão da deliberação está a origem do "*problematismo moral*", isto é, da abordagem problemática das questões morais que ultrapassa a mera preocupação com a tomada de decisão.

Na Bioética, a tomada de decisão tem sido preocupação constante, como assinalei, em produções publicadas em periódicos, mas fica restrita a alguns poucos temas e enfatiza as decisões, os resultados e suas consequências, não o processo deliberativo. Além disso, Diego Gracia, ao analisar as diferentes propostas metodológicas para tomada de decisão que têm aparecido na Bioética ao longo das últimas décadas, considera quão confuso é o cenário. Essas propostas dirigiram a Bioética mais para a erradicação de dilemas e para a tomada de decisões acerca de situações conflituosas do que para a deliberação sobre os problemas, desconhecendo, em grande medida, a influência da

abordagem problemática, iniciada com Sócrates e Aristóteles, e que sempre influiu nos estudos sobre decisão na ética ao longo da história da filosofia moral.

Em 1991, dando continuidade à tarefa iniciada em sua obra "*Fundamentos de bioética*"[67], editada 2 anos antes, Diego Gracia publicou o livro "*Procedimientos de decisión en ética clínica*"[68], no qual reúne, descreve, sistematiza, revisa e analisa criticamente algumas das diferentes metodologias para tomada de decisão mais usadas em Bioética. Ao final do livro, propõe a sua própria metodologia, em uma abordagem bastante diferente da atual, pois ainda usava a linguagem dos princípios e não dos valores, na tríade fatos-valores-deveres. Segundo nos explica, naquela época, estava convencido de que os objetivos daquelas metodologias, como indicava o nome do livro, deveriam ser a aplicação da teoria da escolha racional à ética clínica. Entretanto, hoje, está convencido de que esta abordagem não é a mais adequada para a ética, pois a questão não está no fim do processo, na decisão, mas no desenvolvimento do processo em si.

A preocupação com o processo em si, na abordagem problemática e na deliberação, como tenho aprendido, não significa adequado e exímio manuseio de um procedimento, embora haja uma sequência de passos a ser seguida. Na deliberação, o que mais importa são certas disposições atitudinais de quem nela se envolve. Entendo que olhar as questões éticas de maneira problemática ou dilemática já decorre, em certa medida, de uma atitude frente às questões éticas, pois, respectivamente: ou nos vemos frente uma pendência de direitos, em que o mais forte ganha, ou nos reconhecemos vivendo uma ameaça de rompimento à rede de ligações e responsabilidades mútuas que integramos e da qual temos que cuidar por meio de diálogo e não com violência.

Atualmente, Diego Gracia nos ensina que qualquer método para ser consistente deve ter três fases, que se ocupem da

deliberação dos fatos, valores e deveres. A primeira fase refere-se aos fatos objeto de análise; a segunda, à deliberação dos valores implicados; e, finalmente, a terceira, que se refere ao intento de definir os deveres. Cada uma delas será detalhada na descrição das etapas do procedimento, mais adiante.

Diego Gracia[30] afirma que um dos primeiros e mais influentes livros sobre ética médica é o *Ethical Decisions in Medicine,* que Howard Brody publicou em 1976. É um livro orientado para a tomada de decisão, cuja metodologia proposta baseia-se na teoria da eleição racional dentro da lógica utilitarista, que a partir do cálculo das probabilidades dos resultados determina o melhor deles para indicar a decisão a ser tomada, com vistas a maximizar a utilidade, pois as decisões desse tipo são as únicas morais. Ainda assim, nesse livro, como Diego Gracia aponta-nos, o autor rejeita a ideia de que o método de tomada de decisão em ética chegará a uma e única resposta certa sobre o que deve ser feito em um caso específico. Brody assinala que um erro frequente nas decisões é entender que há duas e somente duas alternativas de solução que, então, têm de ser confrontadas. Afirma que se ignora totalmente a existência de uma terceira via, um terceiro curso de ação, que é muito mais desejável. Isso porque, como diz, a mente humana prefere raciocínios do tipo "e-ou" (*either-or*) em vez da complexidade que é ponderar entre três ou mais alternativas. Assim, ignorar um terceiro ou outros cursos de ação configura um erro na aplicação da teoria da eleição racional na ética, ainda que esse, frequentemente, seja feito de maneira inconsciente.

Refletindo sobre essa tendência da mente humana a simplificar os raciocínios, lembro que na nossa linguagem cotidiana há uma expressão muito usada para indicar os momentos de escolha e as opções: 'das duas, uma'. Não é raro o seu uso no início de frases que indicam alternativas de decisão ou de escolhas de outra natureza nas mais diversas situações. A simplificação em duas alternativas coloca as questões em termos

de 'ganha-perde' e entendo que, para conseguirmos soluções criativas para os problemas éticos, precisamos ultrapassar esse tipo de visão rumo a uma que permita o 'ganha-ganha'.

Albert Jonsen e Stephen Toulmin coincidem com os propositores do principialismo da Bioética, Tom Beauchamp e James Childress, quando afirmam que o procedimento clássico ou tradicional da ética tem sido a discussão de casos concretos a partir da aceitação comum de uns mesmos princípios. Diferenciam-se no caminho caso-princípios, que, para os primeiros, casuístas que são, é indutivo, e para os defensores do principialismo, é dedutivo.

Como distinguem, há duas formas de discutir problemas éticos: uma, que os ordena em termos de princípios, regras e outras ideias gerais, e outra, centrada nas características específicas de tipos particulares de casos. Na primeira, as regras éticas gerais relacionam-se aos casos específicos de uma maneira teórica, como regras universais, servindo de "axiomas", dos quais os juízos éticos particulares são deduzidos como teoremas. Na segunda, a relação entre as regras e os problemas é francamente prática. As regras éticas gerais servem como "máximas", as quais podem ser totalmente compreendidas somente em termos dos casos paradigmáticos que definem seu sentido e sua força[69]. Entendo que a primeira propicia mais uma abordagem dilemática, e a segunda, mais a abordagem problemática dos conflitos morais.

A casuística de Jonsen e Toulmin[69] influenciou a proposta deliberativa de Diego Gracia, especialmente quanto ao ponto de partida para a compreensão das questões éticas: a clínica. Da situação clínica, desvelam-se os fatos para a deliberação dos valores e deveres implicados.

Em seu livro, publicado em 1988, *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*, Jonsen e Toulmin[69] fazem um resgate da casuística com vistas a recuperá-la como metodologia válida para a resolução prática das perplexidades morais ou casos de

consciência. Discutem seus aspetos históricos; passam por suas origens na filosofia greco-romana, no judaísmo e no cristianismo católico, com os manuais confessionais. E também investem no resgate do prestígio dessa teoria, que foi atacada pelo matemático e filósofo francês Blaise Pascal, no século XVII, com suas duras críticas ao risco de lassidão moral que via na casuística, especialmente em base no uso feito pelos jesuítas, grandes difusores desse procedimento, como conselheiros e confessores dos reis.

Os casuístas clássicos resolviam as situações por meio de conclusões prováveis, daí o risco de lassidão que Pascal, como matemático e próximo aos jansenistas franceses[i], via no método. As conclusões do raciocínio moral são enunciadas como mais ou menos prováveis, introduzidas por alertas como: 'nessas circunstâncias, dadas essas condições, você pode, com aceitável segurança, agir de tal e tal modo' ou 'fazendo dessa forma, você não agirá precipitada ou imprudentemente e somente pode estar em boa consciência'.

Jonsen e Toulmin[69] consideram que o âmago da ética está na habilidade para discernir, cultivando um olhar para

---

[i] Depois da Guerra Santa e das disputas dentro da Igreja, alguns franceses, desejosos de reformar a vida religiosa no país, envolveram-se na purificação e no fortalecimento da fé católica por meio do zelo a sua doutrina e à promoção de trabalhos caritativos. Conhecidos como *parti devot*, o grupo incluía clérigos, religiosas, nobres e cortesãos que se reuniam em torno de Jean Duvergier de Hauranne, abade de *Saint-Cyran*, que gozava de grande reputação como diretor espiritual. Os participantes desse grupo foram nomeados jansenistas por seguirem os ensinamentos do Bispo Cornelius Jansen. O convento de Port-Royal foi a casa espiritual do jansenismo, e Blaise Pascal foi atraído pela atmosfera espiritual do local, onde sua irmã Jaqueline havia se consagrado freira. Os jansenistas diferenciavam-se de outros grupos católicos pela defesa de uma estrita adesão e um inflexível rigor no cumprimento da fidelidade aos preceitos religiosos, de escrupulosa pureza sexual, de generosa caridade para com os necessitados e do perdão aos inimigos. Nessa defesa, havia lugar somente para a austeridade e para o rigorismo, não cabiam interpretações, circunstâncias e probabilidades na resolução das questões de consciência moral, pois qualquer desvio do ideal absoluto, por menor que fosse, configurava um lapso em direção ao laxismo.

considerações sutis e não evidentes, que podem ser cruciais para solucionar as situações. Isso requer sensibilidade para distinguir os fatores e as circunstâncias a serem tomados em conta. Mais do que compromisso estrito com princípios e deduções éticas potentes e apuradas, é preciso compreender as necessidades e as relações humanas, em uma vida nutrida por refletidos atos éticos.

Para mim, essas considerações de Jonsen e Toulmin remetem à importância da deliberação e da prudência para lidar com os problemas éticos.

Na deliberação, o raciocínio não se baseia em um processo de quantificação, mas de argumentação. Enquanto a quantificação almeja resolver a questão de maneira matemática e completamente racional, a argumentação aspira apenas ser razoável, tendo um caráter aberto[36]. A argumentação é a apresentação fundamentada e justificada das razões para atuar. Daí admitir-se variabilidade nas soluções e que esta não será somente uma, pois as interpretações da situação pelos envolvidos e afetados diferem.

Ensina Diego Gracia que, nesse ponto, a hermenêutica é, no horizonte filosófico europeu, uma das escolas que mais tem influenciado a Bioética, ao rejeitar a noção de que há uma só interpretação correta. Concordando com Drew Leder[70], assinala que a hermenêutica do século XX reconhece a variedade infinita de leituras que qualquer texto pode ter. É claro que esse reconhecimento não implica admitir que as diferentes leituras sejam igualmente significativas ou úteis. Porém, isso não compromete o valor da possibilidade de múltiplas interpretações, que se sobrepõem, complementam-se, clarificam-se mutuamente e, consequentemente, propiciam que tenhamos um entendimento mais profundo dos fenômenos. Já não se trata de uma racionalidade desencarnada, que objetiva encontrar a verdade pura, mas um diálogo comum que avança, progressivamente, no desvelar da situação e das possíveis saídas.

Dessa forma, a Bioética e, principalmente, quem a ela se dedica deixa de ser um mero decisor ou solucionador de problemas para se tornar um interlocutor socrático que questiona presunções arraigadas no discurso, desmonta afirmações de verdades e virtudes, interroga conclusões prematuras, instiga os participantes para um diálogo cooperativo no qual todos aprendem e podem chegar a interpretações mais apropriadas à riqueza e amplitude da realidade[70]. A tomada de consciência dos próprios preconceitos e a abertura de si mesmo às outras pessoas levam a uma compreensão mais abrangente e profunda e a cursos de ação mais sensíveis às peculiaridades de cada situação em particular. Assim, esses cursos serão mais matizados e eficazes, porque "*los bioeticistas no pueden seguir siendo por más tiempo los oráculos que muestran a los demás que cursos de acción son los moralmente correctos*"[36].

Por isso, entendo ser importante analisar os cursos de ação que os entrevistados apresentam aos problemas éticos nessa pesquisa, não para criticar o que é feito, comparando-o com o deveria ser feito, como em uma postura oracular, mas para, em um diálogo hermenêutico e problematizador, interrogar as presunções nos discursos, com vistas a favorecer a tomada de consciência para ações mais sensíveis.

O "bioeticista" será um articulador das perspectivas dos envolvidos no caso, permitindo que suas vozes sejam ouvidas e suas preocupações tenham espaço[70]. Para isso, muitas vezes, será necessário promover, provocar a voz de quem usualmente se mantém, ou é mantido, calado. Além disso, para escutá-las, também pode ser preciso chamar ao silêncio as vozes hegemônicas. Isso nos leva à questão do "bioeticista" como um facilitador do diálogo que fomenta o entendimento e o respeito mútuos. Isso significa que os envolvidos no problema não mais se veem como lutadores de uma batalha de perspectivas opostas que tentam atacar e destruir uma a outra. Ao contrário, como afirma Leder[70] com base em Gadamer, há um espírito de abertura

dialógica que permite a cada um aproximar-se do outro com a sensação de que essa pessoa tem algo a ensinar, de que pode abrir-lhe uma perspectiva diferente, capaz de fazê-lo transcender, mudar ou revisar seus próprios pontos de vista, de forma enriquecedora e complementar.

Hermenêutica procede do grego *hermeneía*, que tem o significado de, entre outros, 'interpretação'. A hermenêutica é a arte da interpretação do sentido, ou seja, implica a busca do sentido dos fatos, dos textos, das narrativas. Palavras e imagens veiculam signos, que não se identificam com o sentido. Um mesmo signo pode ter significados muito diferentes. De fato, o que dizemos nunca coincide totalmente com o que queremos dizer, assim como o que os demais acreditam que dizemos não coincide com o que queremos dizer. Essa é uma característica da linguagem. Entre o aspecto sintático e o semântico, há sempre uma inadequação. Assim, a linguagem não nos dá nunca a verdade, já que consiste em inadequação. O termo adequação vem do latim *adaequatio*, que é a tradução latina de um vocábulo essencial na filosofia grega, *homoíosis.* Esse foi usado para definir a verdade. Por exemplo, para Platão, a verdade era a coincidência de um enunciado (*lógos*) com uma coisa ou acontecimento (*prâgma*). A teoria clássica considerava que havia adequação entre o *lógos,* em grego, razão e palavra, e as coisas. Porém, atualmente, não é mais assim. Não só a linguagem é vista em sua inadequação, mas toda atividade humana intelectual. Para a filosofia da linguagem, não se pode pensar com precisão o que não se pode dizer com precisão. Por isso, a filosofia do século XX recorre mais ao termo grego *alétheia*, desvelamento, revelação, do que ao *homoíosis*, adequação[37].

Assim, frente à inadequação e ao desvelamento, o objetivo da hermenêutica é investigar o sentido, o significado das narrativas, dos textos de qualquer tipo, incluindo as imagens. Como disciplina, a hermenêutica inicia-se na análise e no estudo dos textos bíblicos[37].

A hermenêutica não é explicação, é compreensão, compreensão do sentido interno. Os fatos naturais podem ser explicados, enquanto que os eventos ou acontecimentos culturais e históricos só podem ser compreendidos. A compreensão é um fenômeno complexo, tarefa difícil e árdua, baseada na interpretação dos dados em suas conexões de sentido. A compreensão é o método de análise dos eventos da vida, sendo essa categoria fundamental. A vida é fenômeno, ao mesmo tempo, originário e complexo, início e fim de todo sentido. A hermenêutica interpreta o evento inserido no conjunto da vida, como parte dessa, pois "o sentido é sempre sentido da vida e sentido dentro da vida"[37] (p. 206).

Na proposta inicial da hermenêutica, de Wilhelm Dilthey, entendia-se que as coisas somente adquirem sentido no contexto biográfico e histórico nos quais ocorreram. A vida é primariamente pessoal, mas objetiva-se e se manifesta em obras ou produtos históricos. Assim, a história é o critério último de interpretação, compreensão e verdade[37].

Aprofundando-se nesse caminho, a hermenêutica de Martim Heidegger tratou de elaborar uma ontologia da vida e da história, dando conta das críticas de relativismo e historicismo. Para isso, Heidegger renovou a pergunta pelo 'ser'. Como explica Diego Gracia, Heidegger compreendia o 'ser' não como um conceito primeiríssimo e comuníssimo do entendimento, como haviam afirmado o realismo antigo, tampouco o entendia como a posição do 'eu', a exemplo do idealismo moderno, pois antes de qualquer iniciativa minha para uma posição já há algo que me vem dado, que se me impõe, que é prévio e fundamento de toda posição ulterior. E isso ocorre no ser humano, no que Dilthey havia chamado a vida humana. "En el hombre el Ser está dado, está actualizado; dicho en alemán, el *Sein* está *da*, está ahí. El hombre es el ahí del Ser"[37] (p. 208). O Ser revela-se, manifesta-se através do tempo e da história e, portanto, a compreensão do Ser é a compreensão do acontecer do homem ao longo do tempo.

Esse é o objeto da hermenêutica. Por isso, não pode ser rotulada de relativista, porque é a revelação de algo absoluto: o Ser. E também não pode ser acusada de historicismo, pois a história é o processo de manifestação ou revelação do Ser, a epifania do Ser, porém o Ser transcende toda a manifestação histórica, ou seja, transcende a própria história. O Ser é absoluto, mas nossa compreensão do Ser não o é[37].

A verdade deixa de ser a adequação de um predicado a um sujeito, ou do intelecto à coisa, e torna-se "progresiva desvelación del Ser en el mundo y en la historia"[37] (p. 208). E esse desvelamento nunca é total; tem um caráter provisional, porque o ser-no-mundo é uma contínua epifania. Por isso, a tarefa da hermenêutica, ao configurar-se enquanto compreensão do sentido do ser, está sempre aberta, é ilimitada e infinita. É impossível capturar o sentido do ser de modo absoluto, esgotando-o, mas é bastante possível buscá-lo e alcançá-lo em aproximações sucessivas, em um processo de idas e vindas, com início e fim no próprio Ser. Esse processo caminha em uma espiral, uma "espiral hermenêutica" (p. 208). A hermenêutica estabelece-se como compreensão da realidade e, para fazer-se fiel a essa, tem que tomar a sério a facticidade mundana, temporal e histórica, ao contrário do que fazia a metafísica clássica que a ignorava. E a facticidade apresenta-se como ontologia do cotidiano, do momento, do instante, do passageiro, do temporal, do histórico, opondo-se à abstração[37]. A hermenêutica não pode situar-se nos limites do "extrahistórico", como no modo de ser matemático[71].

À realidade estamos ligados antes de tudo, de qualquer coisa. Como ensina Diego Gracia, com base na interpretação que o filósofo Xavier Zubiri faz da obra de Heidegger: "El propio ser humano y el mundo son dádivas, donaciones, regalos o revelaciones del Ser. Y como tales tenemos que tomarlos. Podemos 'pro-ponermos' tareas y obligaciones morales porque estamos 'puestos'"[37] (p. 210).

Hans-George Gadamer[71], a partir da analítica temporal da existência humana, desenvolvida por Heidegger, convence-se que a compreensão "não é um dentre os modos de comportamento do sujeito, mas o modo de ser da própria pré-sença (*Dasein*)" (p. 16). É assim que emprega o conceito de hermenêutica na sua obra 'Verdade e Método'. O termo hermenêutica, como esclarece, "designa a mobilidade fundamental da pré-sença, a qual perfaz sua finitude e historicidade, abrangendo assim o todo de uma experiência de mundo" (p. 16). Como explica Gracia[37], Gadamer traz para a cena da hermenêutica as tradições, ao afirmar sobre a inutilidade de se buscar uma razão absoluta, abstrata e descontextualizada, uma vez que essa sempre está temporal e historicamente situada e, portanto, move-se no interior de tradições. Nas palavras de Gadamer[71]: "Ao se compreender a tradição não se compreendem apenas textos, mas também se adquirem discernimentos e se reconhecem verdades" (p. 16). Assim, a questão, para Gadamer, "não é o que fazemos, o que deveríamos fazer, mas o que acontece além do nosso querer e fazer" (p. 14). Compreender que as coisas e os acontecimentos somente têm sentido no horizonte das tradições gerou consequências importantes para a ética. Foi Gadamer que recuperou para a hermenêutica a doutrina aristotélica do juízo prático, da deliberação e da prudência[37].

Ao analisar a hermenêutica para a deliberação em Bioética, Diego Gracia destaca, ainda, Paul Ricoeur como o filósofo que, dentro da tradição fenomenológica, melhor soube unir a tradição hermenêutica e a filosofia da linguagem. Para Ricoeur[72], a hermenêutica "possui uma relação privilegiada com as questões da linguagem" (p. 24). Gracia o destaca porque, em sua opinião, o filósofo uniu narratividade e hermenêutica, o que considera essencial para deliberação e para a bioética clínica. Isso porque Ricouer, na visão de Diego Gracia, compreende a identidade pessoal como narrativa, que cada um vai criando na relação com os outros; uma criação sempre nova e irredutível a outras, ainda

que se realizem dentro da mesma história e da mesma tradição. Então, a hermenêutica exige fidelidade às tradições e, ao mesmo tempo, arrojo criador e criativo. Da tradição recebe as normas; das regras provêm os critérios; e o arrojo criativo permite, e ao mesmo tempo exige, o reajuste, contínuo e constante, do foco. Ainda são exigências da hermenêutica: a atitude crítica e a justificação renovada de cada ato, de cada decisão, isto é, a responsabilidade[37]. A deliberação, portanto, se concretiza na e pela narrativa. Na clínica, as narrativas referem-se aos casos, às vivências dos usuários, às experiências dos profissionais.

Nesse sentido, creio que se os profissionais de saúde se relacionassem com a realidade em que atuam de maneira hermenêutica, estariam mais permeáveis para tomar cada encontro com o 'mesmo usuário de sempre' como único, com uma nova revelação, com potencial criativo e inovador. Isso é essencial para a deliberação moral na atenção básica, em que o usuário está "in vivo" e não "in vitro"[73].

Como afirma Diego Gracia, a partir do pensamento de Kierkegaard, "cada momento está lleno de originalidad; cada momento es un milagro, una revelación"[37] (p. 211).

A narrativa está na estrutura da vida humana, ou, em outras palavras, a vida humana tem estrutura narrativa. Por isso, as narrativas são, geralmente, uma das fontes mais importantes de saber cultural e ético. Historietas, histórias em quadrinhos, fábulas, romances, canções, folclore, contos, novelas, filmes, biografias, parábolas, relatos de viagens e, mais atualmente, o rádio, a televisão, o cinema, a Internet, a fotografia, as imagens conformam um conjunto de narrativas e expressões que, pouco a pouco, vão influindo e configurando, direta ou indiretamente, voluntária ou involuntariamente, nossa personalidade moral[37]. Na ética clínica, penso que poderíamos acrescentar o relato de casos, prática muito comum na formação e na vida profissional cotidiana de enfermeiros e médicos, e, também, nas publicações dos periódicos da área.

As narrativas prestam-se à expressão de uma razão mais ampla, em uma ambientação concreta, compatível com a complexidade da realidade. A razão clássica, especulativa, abstrata, desencarnada e que, por definição, excluía o mundo dos afetos e dos sentimentos é incapaz de abarcar a integridade da vida humana. Tradicionalmente, se considerou que a razão era pura e a vida humana, impura. Na ordem intelectual, e também na vida moral, as emoções não deveriam desempenhar papel algum, pois exerceriam influências negativas, perturbando o reto exercício da razão. O importante não era a narração, mas a especulação. Com o fracasso da razão pura, e com o reconhecimento de sua imbricação em sentimentos, afetos, emoções, valores e crenças, a filosofia teve de redefinir e ampliá-la, incluindo esses aspectos, que vinham sendo colocados em segundo plano. A razão deixa de ser abstrata e torna-se concreta. E essa concretude, em toda sua complexidade e riqueza, só pode expressar-se de maneira narrativa. A inadequação da razão à realidade exige a narrativa, com o fim de imprimir-lhe caráter cursivo, dinâmico e, assim, aproximá-la da complexidade e da riqueza dos componentes da realidade. É uma razão narrativa e histórica em lugar de uma razão absoluta e apodítica[37].

Para uma bioética deliberativa, além da narrativa e da hermenêutica, é essencial a ética dialógica, a ética do discurso. Gracia[36] afirma que a hermenêutica é menos ideal e mais concreta que a ética dialógica, mas essa é mais intersubjetiva. E ambas coincidem na concepção da razão humana como problemática e deliberativa.

Os filósofos Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas representam a ética do discurso com seus trabalhos, que foram essenciais para a compreensão de que as normas e decisões somente podem ser consideradas corretas se puderem ser aceitas por todos os participantes, de maneira livre e em decorrência da argumentação.

A ética do discurso foi elaborada, conjuntamente por esses filósofos, em referência a uma pragmática da linguagem. A teoria linguística dos signos, ou semiótica, tradicionalmente, divide-se nos campos da semântica, que se ocupa das relações entre os signos e os objetos por esses designados; da sintaxe, que estuda as relações dos signos entre si; e da pragmática, que se dedica às relações entre os signos e seus respectivos sujeitos, isto é, usuários e interpretes. Esses campos correspondem ao caráter tridimensional da própria linguagem. Quando falamos, necessariamente, referimo-nos a algo, combinamos signos (fonemas, palavras, enunciados, argumentos) e nos comunicamos com, ao menos, um interlocutor. A partir dos trabalhos de John L. Austin sobre os atos de fala, os linguistas passaram a estudar a pragmática, que, até então, tinha sido vista como seara da psicologia[74].

A pragmática - do grego *prágma*, que significa ação, ato - estuda a linguagem enquanto um ato de fala, ou seja, preocupa-se com a relação da palavra com as pessoas; com as palavras enquanto pronunciadas e recebidas por pessoas. Austin, como explica Diego Gracia, entende que a vai além de expressar fatos, valores, mandatos, admirações. Por isso, há de se conceder importância lógica não só ao que é dito, mas ao fato de dizer[37]. A pragmática incorporou-se à linguística, à filosofia da linguagem e à filosofia linguística, na última foram decisivos os aportes de Habermas e Apel, que nela viram a base de uma teoria ética[74].

A ética do discurso foi elaborada conjuntamente por esses filósofos, mas, enquanto Habermas jamais admitiu o caráter transcendental, falando de "pragmática universal", Apel atribuiu-lhe, precisamente, esse caráter, falando de uma "pragmática transcendental".

Para Karl-Oto Apel[75], o discurso argumentativo constitui meio indispensável para a fundamentação concreta das normas consensuais da moral e do direito. Temos que lembrar que tanto a hermenêutica como a ética do discurso são filosofias morais

europeias do pós-II Guerra, momento em que a confiança na razão pura, na consciência como fonte das leis morais, estava extremamente abalada. Dizia Apel que uma moral dos costumes referente às relações interhumanas, na qual todas as normas são quase evidentes para todos os indivíduos, mostrava-se certamente insuficiente. Pois, como explica, por primeira vez na história da humanidade, a questão reside em assumir a responsabilidade solidária por todas as consequências (diretas ou indiretas), em escala mundial das ações dos homens e organizar essa responsabilidade como práxis coletiva. Assim, pois, na sua visão, para resolver o problema de uma ética pós-convencional da responsabilidade, o único caminho possível é a ética discursiva, isto é, "a cooperação solidária dos indivíduos já na fundamentação das normas morais e jurídicas susceptíveis de consenso, tal como é possível, principalmente, por meio do discurso argumentativo"[75] (p. 149).

A dimensão da interioridade é que torna a ética complicada. Essa, como ensina a filósofa Adela Cortina, é a disposição que cada um tem de argumentar de maneira séria, fundamentada para encontrar o que é justo. Kant, como diz Apel[75], "partiu de um princípio subjetivo da razão, em um sentido do solipsismo metódico" (p. 151), ou seja, o fechamento do sujeito em si mesmo[74]. Com a supremacia do paradigma da consciência, a ênfase na razão, que começa com Descartes e culmina com Kant, a argumentação era um monólogo. Com o giro linguístico, na ética do discurso, essa argumentação passa a ser dialógica. Do "eu penso" cartesiano passa-se ao "nós argumentamos", o que implica que a razão monológica deixa seu lugar para a razão dialógica[75], em um esforço cooperativo. A razão dialógica é tributária da guinada linguística, que, reagindo à insuficiência da supremacia da razão, entende a linguagem como mediadora das relações, reconhecendo sua onipresença na vida humana e a necessidade de que a comunicação transcorra com o

propósito de entendimento mútuo. A razão dialógica é uma racionalidade prática e intersubjetiva.

Habermas, em sua concepção pragmática universal da ética do discurso, incluiu o princípio de universalização (U). Esse implica que toda norma, para ser válida, tem que atender à condição de que todos possam aceitar, livremente, as consequências e os efeitos colaterais que previsivelmente se produzirão pelo cumprimento universal de uma norma polêmica para a satisfação dos interesses de cada um[76]. Isso implica a participação de todos os afetados pela norma em um discurso verdadeiro e em uma argumentação racional e razoável, pois de outra maneira não poderá se efetivar um diálogo verdadeiro. Ao princípio da universalização (U), Habermas acrescentou o princípio do discurso ético (D), segundo o qual unicamente podem aspirar à validade as normas que conseguem, ou poderiam conseguir, aprovação de todos os participantes sempre que esses possam integrar um discurso prático[76].

Habermas[76] critica que a racionalidade científica e instrumental tenha invadido âmbitos da vida mais próprios à racionalidade comunicativa, como os da interação social, imprimindo nessas um agir estratégico.

Na ação estratégica, a fim de conseguir o que almeja da interação, um ator influi sobre o outro, de maneira concreta, por exemplo, com ameaças de sanções ou promessas de gratificações. Na ação comunicativa, cada um coloca-se como racionalmente impelido a uma ação complementar, em vista do efeito vinculador comunicativo decorrente da oferta de um ato de fala[76].

Frente a um conflito de interesses, a solução válida será fruto da argumentação e não da violência, seja essa de que tipo for. Há de prevalecer a força do argumento em função da pertinência das razões e não o argumento da força, porque, como diz Habermas, "os instrumentos da violência reprimem sempre os meios de entendimento"[76] (p. 131).

No discurso prático, não se levam em conta somente os interesses dos participantes diretamente envolvidos, mas de todos os possíveis afetados pelas consequências previsíveis da aplicação da norma cuja validade está em discussão[74]. No meu entender, para a Bioética, a consideração dos possíveis afetados há de ter um olhar ecologicamente ampliado e para as gerações futuras, não se restringindo ao gênero humano e ao tempo presente. Também temos de compreendê-la na clínica, no caso da atenção básica, como parte de um sistema de saúde universal para avaliar os possíveis afetados, que podem ir além do próprio usuário, de sua família e da comunidade.

A Bioética, enquanto uma prática social, vem modificando suas preocupações e metas ao longo de sua história. Nos anos 70, a meta foi a reivindicação dos direitos civis, dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa. A Bioética girou dos direitos individuais para os sociais, nos anos 80, com os debates sobre a justiça em Saúde. E, nos anos 90, ampliou ainda mais seu espectro, ao se preocupar com novos direitos relativos à vida e à sua gestão; direitos que já não eram mais apenas individuais ou sociais, mas globais, isto é, que ultrapassavam os limites das nacionalidades clássicas. Tratam-se dos direitos da vida em geral e, consequentemente, dos ecossistemas, da vida humana atual, em sua totalidade, e das futuras gerações. Esses direitos não podem ser vistos apenas a partir do foco individual ou social, mas devem ser tratados globalmente[77]. Isso porque é suicida renunciar à solidariedade, negar-se a formar um *solidum*[48] (p. 37) com quem, afinal de contas, navega no mesmo barco, comparte um destino comum. Formar esse *solidum* significa debilitar as tendências sociais que fomentam a falsa ideia de autosuficiência, tanto das pessoas como dos países, e potencializar as que nos lembram que necessitamos uns dos outros, mutuamente, pois, como dizia Aristóteles, somos seres de carências e somente cooperando podemos superá-las. E esse tem sido o desafio atual, pois as nações são insensíveis ante os problemas globais; com os

próximos, mantêm vínculos afetivos e emocionais, que não se estabelecem com os distantes. O vínculo implica moralmente. Os que estão distantes dificilmente se convertem em peremptório problema moral. Assim, precisamos aprender a pensar e sentir globalmente[77]. Sem um "vínculo sentimental resulta imposible construir un edificio moral"[48] (p. 90)

As pessoas têm maior chance de pensar e agir moralmente se os valores estiverem, para elas, unidos ao Eu. É raro encontrar alguém totalmente imoral, mas é comum nos darmos com pessoas que agem moralmente em determinadas situações e em outras não[61].

Na ética clínica, identifico essa decorrência da proximidade e do distanciamento nas constatações de afastamento dos profissionais em relação aos usuários, como frequentemente registram os textos sobre humanização da atenção à saúde. A primeira defesa para se proteger do sofrimento que causa a implicação moral com uma situação de ameaça ou degradação da vida humana, da dignidade humana, pode ser o distanciamento. Não é à toa que o ditado popular diz: "O que os olhos não veem o coração não sente". Na clínica na atenção básica, fechar os olhos pode equivaler a restringir o foco da atenção ao corpo biológico. Em outras palavras, significa considerar apenas o aspecto biológico, não o emocional, causando um distanciamento moral, que se expressa em uma relação clínica fria e desumana.

Frequentemente, vemos as emoções como sentimentos passivos, ou melhor, nos vemos passivamente ante os sentimentos e emoções. Em decorrência da cultura positivista em que vivemos, em que só os fatos são valorizados e trabalhados, entendemos que os sentimentos e as emoções, além de não serem passíveis de estudos, também são impossíveis de modificar. Isso está no imaginário popular, mostrado pela "síndrome do eu nasci assim, sou mesmo assim e vou ser sempre assim, não tem jeito" ou pelo ditado popular "pau que nasce torto morre torto". Discordo dessa apreciação e compartilho dos

pensamentos de Adela Cortina quando diz, com base em distintos teóricos da filosofia e psicologia, que podemos modificar nossas emoções em um continuum entre agência e passividade, entre "querer" e "ser afetado", em uma "*agencia emocional*". Cortina resgata o entendimento aristotélico de que as emoções são estados afetivos em parte, mas são, também, constituídos cognitivamente enquanto valorações. Por isso, a educação das emoções e dos sentimentos é um capítulo essencial da vida moral, com exercício diário, com educação no dia-a-dia, das emoções. Quem carece de compaixão não consegue captar o sofrimento do outro; quem carece de indignação não tem o órgão necessário para a percepção das injustiças. "Las emociones son antenas que nos permiten conectar con países desconocidos, sin ellas no tendríamos noticia de tales paises. La ceguera emocional produce ese analfabetismo emocional sin el que la vida ética es inviable"[48] (p. 87). Posso levar-me a enxergar, mas posso, também, fazer-me cego; a negação é o primeiro mecanismo de defesa, do qual nós, seres humanos, dispomos frente aos sofrimentos. Se não tiver educado minhas emoções para lidar de maneira positiva, solidária com o próximo, vou cegar-me quando me afeto com o sofrimento alheio. Para essa educação se efetivar, a meu ver, o diálogo é essencial e, para o diálogo ser possível, é preciso uma posição ativa quanto às emoções.

É possível, então, a educação e a autoeducação dos e nos sentimentos sociais "positivos" que levam a formar o "*solidum*".

A persuasão, que integra a deliberação, visa a mover sentimentos em situações concretas. Então, os sentimentos, as convicções, as tradições, os valores têm seu espaço no processo deliberativo. Com isso, o ouvinte tem um papel ativo e importante na deliberação, porque os meus argumentos não se encerram em mim mesmo quando os emito, mas no outro, em quem me ouve, que está diante de mim[32], e a quem eu também ouço quando argumenta. Os argumentos de cada um resultam no entendimento acerca deles elaborado pelos ouvintes.

Encontrar valores em comum em meio à diversidade e ao pluralismo moral em que vivemos é um desafio para as éticas aplicadas, que são uma realidade irreversível enquanto forma de deliberar decisões conjuntas[48]. Daí cobrar a importância do discurso no bojo das éticas dialógicas. Discutindo todos juntos, seremos capazes de estabelecer um conjunto de valores nucleares, que pode ser pacificamente assumido por todos, um segundo conjunto de valores, que cada um de nós poderá praticar livremente, e um terceiro, que incluirá o que é proibido a todos[78].

"Discurso" compreende uma forma de diálogo, durante o qual se põem à prova as pretensões de validade do ato comunicativo e se empregam apenas argumentos e contra-argumentos racionais em interações comunicativas. Habermas[76] chama de comunicativas as interações que os participantes coordenam, de comum acordo, seus planos de ação. O consenso obtido em cada caso é medido pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade no discurso. Nos processos de entendimento linguisticamente explícitos, os atores apresentam pretensões de validade com seus atos de fala, na medida em que se põem reciprocamente de acordo e tratam do discurso com pretensões de inteligibilidade, retidão e veracidade.

Nas interações sociais, estão presentes, em diferentes medidas, três mundos que dizem respeito às comunicações: o objetivo (das coisas), o social (das normas e instituições) e o subjetivo (das vivências e dos sentimentos). No mundo objetivo, estão todas as entidades sobre as quais podem ser elaborados enunciados verdadeiros. No mundo social, temos as relações interpessoais, legitimamente reguladas. E no mundo subjetivo, encontram-se as vivências da pessoa que fala, às quais apenas ela tem acesso privilegiado. As pretensões de validade de um discurso têm de atender a critérios relativos aos três mundos. No objetivo, trata-se da verdade proposicional (inteligibilidade); no mundo social, da retidão normativa (retidão). e no subjetivo, da verdade expressiva (veracidade). As pretensões de inteligibilidade

e retidão podem ser garantidas pelo locutor por meios discursivos, ou seja, aduzindo razões. A pretensão de verdade expressiva, veracidade, assegura-se com um comportamento congruente, pois o fato de que alguém verdadeiramente pense o que diz é algo demonstrável somente pela congruência de seus atos e não pelo acúmulo de razões[76,79].

Habermas entende que o ambiente onde estão inseridos os participantes dos atos de fala representa um universo linguisticamente articulado de experiência compartilhada. Daí serem interlocutores. E válidos, pois operam com pretensões de validade em seus discursos, em uma interação comunicativa[76,79].

Assim, em Habermas[76], a argumentação significa o tipo de fala pela qual os participantes explicitam as pretensões de validade que estão duvidosas e tratam de aceitá-las ou recusá-las por meio de argumentos. Uma argumentação contém razões sistematicamente conectadas com a pretensão de validade da manifestação ou emissão problematizada. Como explica Gracia[37], trata-se de uma argumentação em que os argumentos que gozam de valor, de peso, não anulam outras perspectivas ou outros argumentos sobre o mesmo assunto ou problema, por isso, são necessárias as perspectivas e razões de todos. A inclusão dos outros no meu raciocínio moral torna-se um imperativo, porque se convertem em possibilidade do meu próprio desenvolvimento como ser racional e humano.

A racionalidade comunicativa é, em si mesma, ética, pois suas conotações remontam à experiência relativa à capacidade de unir sem coagir, de gerar consensos por meio de uma fala argumentativa em que os participantes superam a subjetividade inicial de seus próprios pontos de vista e vontades no sentido de uma comunidade de convicções racionalmente motivadas. Tais convicções visam a assegurar a unidade do mundo objetivo e a intersubjetividade do contexto em que os participantes desenrolam suas vidas[76].

A linguagem conforma um "lugar de descobrimento", onde se dá o reconhecimento recíproco e cordial que é o vínculo, a *ligatio*[48] (p. 51) geradora de uma obrigação (*obligatio*) com as demais pessoas e consigo mesmo; um reconhecimento que não é somente lógico, e sim compassivo. A fonte da obrigação ética passa a situar-se no reconhecimento recíproco[48].

A racionalidade comunicativa pressupõe uma situação ideal de fala, ou seja, uma comunicação isenta de influências e coações, internas e externas, na qual as oportunidades de fala distribuem-se simetricamente, propiciando, sem prejuízo algum para qualquer dos participantes: a escolha e a execução dos atos de fala de maneira livre; as interpretações; as problematizações das questões; as explicações; as recomendações; e a rejeição das pretensões de validade. Nas palavras de Habermas, "en el discurso argumentativo se muestran estructuras de una situación de habla que se encuentra inmunizada de forma especial contra la represión y la desigualdad: se presenta como una forma de la comunicación suficientemente próxima a las condiciones ideales"[76] (p. 112).

Em outras palavras, são pressupostos pragmáticos de qualquer argumentação: todo sujeito capaz de falar e atuar pode participar da discussão; todos podem questionar qualquer afirmação; todos podem introduzir qualquer afirmação no discurso; todos podem manifestar seus desejos, posições e necessidades[76].

Ponho-me a pensar quantos, e quão imensos, desafios para a bioética clínica na atenção básica decorrem do que foi discutido nos dois últimos parágrafos. Nas pesquisas acerca dos problemas éticos, tem-se desvelado para mim, de maneira clara, a desigualdade nos relacionamentos, que desemboca em assimetrias nos diálogos, tanto entre os profissionais na equipe como nas relações desses com os usuários. Um dos problemas éticos que me apresentam os médicos refere-se ao questionamento dos usuários às prescrições, e dos funcionários

da unidade de saúde ou de outros médicos quanto às condutas diagnóstico-terapêuticas que adotam. Os enfermeiros também relatam o questionamento dos colegas e o desrespeito dos médicos ou gerentes quanto às suas opiniões e decisões para o trabalho na unidade. Acredito que restaurar um clima propício para ações comunicativas, para os discursos, a fim de tornar possível a deliberação é tarefa por realizar.

Como reconhece Habermas[76], os discursos estão submetidos a limitações de espaço e tempo; acontecem em contextos sociais; os participantes da argumentação não são caracteres ininteligíveis e movem-se por outros motivos além da busca cooperativa da verdade. Assim, há de se ordenar os temas e os aportes; regular o começo, o fim e a retomada das discussões; assegurar a pertinência; valorizar a competência. São necessárias medidas institucionais, a fim de neutralizar as limitações concretas inevitáveis e afastar as evitáveis intervenções internas e externas, de forma que se possa alcançar, pelo menos em certo grau, as condições ideais para a argumentação. As condições ideais devem ser concretizadas no mundo real por meio das estruturas políticas e sociais; por meio da transformação das democracias representativas em outras, mais participativas e, especialmente, mais deliberativas[36].

Diego Gracia destaca de maneira positiva o esforço de Habermas para entender a democracia eticamente e a ética democraticamente, principalmente pelo método ou procedimento que propõe para alcançar este objetivo: a deliberação[36].

Habermas toma a ideia de deliberação proposta por alguns teóricos da filosofia política, especialmente de Joshua Cohen, desenvolvida na sua proposta da democracia deliberativa.

Para Cohen[80], a democracia deliberativa apoia-se no ideal intuitivo de uma associação democrática, pluralista na qual a justificação dos termos e das condições de tal associação decorre da argumentação e do raciocínio públicos entre cidadãos iguais, comprometidos com essa forma de resolução das escolhas

públicas e que legitimam as instituições pela garantia destas condições:

> The notion of a deliberative democracy is rooted in the intuitive ideal of a democratic association in which the justification of the terms and conditions of association proceeds through public argument and reasoning among equal citizens. Citizens in such an order share a commitment to the resolution of problems of collective choice through public reasoning, and regard their basic institutions as legitimate in so far as they establish the framework for free public deliberation[80] (p. 161).

Esse é o procedimento apropriado para analisar questões práticas, isto é, sociais, políticas, éticas e, portanto, as relações interpessoais. Todos têm iguais oportunidades de serem escutados, de trazer temas para a discussão coletiva, de contribuir com suas opiniões e experiência, de fazer e criticar propostas, e gozam de igualdade de voz na decisão a ser tomada. Para Habermas, como destaca Gracia[36], a democracia deliberativa, na proposta de Cohen, ancora-se nos seguintes postulados: as deliberações acontecem pela via argumentativa, ou seja, mediante à troca regulada de informações e razões entre as partes que apresentam as propostas e as submetem a críticas; as deliberações são inclusivas e públicas, devendo ser assegurada igual oportunidade de acesso e participação a todos os possíveis afetados pelas resoluções; as deliberações estão isentas de coação externa, pois os participantes são soberanos, na medida em que estão vinculados unicamente pelos pressupostos comunicativos e pelas regras procedimentais da argumentação; as deliberações estão isentas de coações internas que podem minguar a igual posição dos participantes.

O que vincula reciprocamente os participantes do procedimento deliberativo não é um sistema de direitos, embora esse seja necessário para garantir as condições e a regulação que

asseguram uma deliberação livre, entre iguais. Quando o sistema de direito não é capaz de assegurar a liberdade e a igualdade entre os participantes da deliberação, acaba por obstaculizá-la[80].

Mesmo sob condições ideais, não se pode dar por certo que as razões serão suficientes para alcançar o consenso deliberativo. Nesse caso, a deliberação pode terminar em votação majoritária, regulada por qualquer forma de maioria, mas, ainda que isso aconteça, não se invalidam as distinções entre as formas coletivas de escolha e as que agregam preferências não-deliberativas. As consequências institucionais de ambas são marcadamente diferentes. Os resultados de uma votação entre participantes comprometidos em encontrar razões persuasivas o bastante para todos é diferente dos resultados de uma agregação feita na ausência de tal compromisso[80].

Como nos ensina Gracia, esse tipo de deliberação é necessariamente ideal, porque a simetria entre os seres humanos nunca será completamente real, e certos constrangimentos internos e externos são inevitáveis.

Mas, como observa Cohen[80], seu objetivo central com a concepção deliberativa é especificar as pré-condições para uma tomada de decisão deliberativa. Para ele, a função de um procedimento ideal de deliberação é proporcionar uma caracterização abstrata das importantes peculiaridades das instituições deliberativas. O procedimento ideal de deliberação presta-se de modelo para as instituições no qual deveriam espelhar-se, na medida do possível. O ponto-chave é que as instituições deveriam tornar possível a deliberação. Em uma democracia deliberativa, as instituições não servem simplesmente para implementar os resultados de deliberações, como se a

deliberação livre pudesse acontecer na ausência de instituições apropriadas. O compromisso e a capacidade para alcançar decisões deliberativas não se concretizam sem uma ordem específica das instituições com vistas a prover uma estrutura favorável à formação da vontade, ao estabelecimento da igualdade e à garantia de liberdade e de raciocínio, com respeito pela autonomia dos agentes.

As características ideais da deliberação poderiam levar-nos à conclusão de que a ética deliberativa é algo simplesmente impossível no campo da clínica, posto que a simetria perfeita não será jamais alcançada nesse âmbito da vida prática. Se fosse assim, poderíamos pensar que todo intento de resolver os problemas éticos, no campo da clínica, seria uma fraude; temos que admitir que algum tipo de deliberação no contexto da clínica é possível e necessária, seja em condições ideais ou reais[36].

Temos que, então, especificar como a deliberação se faz possível no âmbito da clínica, especialmente considerando a atenção básica. Afinal, esse é o objeto da presente pesquisa: a deliberação moral na clínica em atenção básica.

Antes, porém, resumo de maneira esquemática as características que distinguem as abordagens dilemática e problemática dos conflitos morais (Quadro 1), que são, como aprendi com Diego Gracia, conflitos de valores:

Quadro 1 - Abordagens dilemática e problemática dos conflitos de valores

Abordagem dilemática	**Abordagem problemática**
Todo conflito moral necessariamente tem uma solução.	Nem todo conflito moral tem solução.
A solução do conflito moral é escolhida, usualmente, entre dois cursos de ação opostos, igualmente insatisfatórios e inconciliáveis.	A solução será escolhida entre mais de dois cursos de ação, que consideram as peculiaridades e particularidades da situação e tentam conciliar ao máximo os valores em conflito.
Os cursos de ação confrontam-se em uma batalha de perspectivas opostas, que buscam atacar e destruir uma a outra.	Os cursos de ação são dispostos em um leque hermenêutico e interpretativo da situação para construir-se, de maneira coletiva e dialogada entre todos os envolvidos, um curso ótimo de resolução, o que salva em maior medida os dois valores em conflito.
A solução será única e a mesma, escolhida matematicamente em decorrência do cálculo de probabilidades de seus possíveis resultados.	Os envolvidos podem chegar a mais de uma solução possível, todas igualmente prudentes.
Critério ético: utilidade.	Critério ético: prudência.
Teoria da escolha racional.	Deliberação moral.
Foco nos resultados e em suas consequências previsíveis.	Foco no processo e nas condições que o tornam possível.
Visão simplista da realidade.	Visão mais abrangente da

	complexidade e riqueza da realidade.
Soluções extremas.	Soluções intermediárias.
Decisão.	Compromisso.
Direito – dever – individualismo.	Compromisso – responsabilidade – intersubjetividade.
Ilusão de certeza.	Reconhecimento da incerteza.
Juízos apodíticos, perenes.	Juízos prováveis, provisórios.
Risco de fundamentalismos ou relativismos axiológicos.	Pluralismo, respeito à diferença, sem cair no relativismo
Dever como resposta a uma exigência.	Obrigação decorrente do reconhecimento do vínculo intersubjetivo.
Dedutivo.	Indutivo.
Linguagem dos princípios.	Linguagem dos valores.
Julgamento de casos e pendências.	Interpretação de narrativas e compreensão de biografias.
Racionalidade abstrata, descolada da realidade, especulativa e sem afetos.	Racionalidade concreta, encravada na integralidade da realidade e da experiência humana, permitindo-se por essas se afetar.

Em Bioética, fala-se muito de dilemas. Concordo com Diego Gracia, quando coloca que os dilemas são algo excepcional na ética, pois é raro que tenhamos somente duas alternativas de escolha, que, dispostas em pólos extremos e contrários, deem conta da realidade. O mais frequente é que tenhamos de eleger entre mais de duas alternativas, assim requer a riqueza de possibilidades da realidade. Para simplificar a análise, no entanto, tendemos a transformar problemas em dilemas, e isso costuma ter consequências trágicas, porque as alternativas mais fáceis de serem percebidas são as extremas, indo contra o que ensinou Aristóteles: que a decisão ótima costuma ser a intermédia[58].

Daí eu usar nos meus trabalhos a expressão problema ético e não dilema ético. Com o uso de 'problema ético', quero indicar a racionalidade deliberativa na qual aposto e invisto para a Bioética, como aprendi com Diego Gracia. O dilema causa perplexidade e tem características trágicas, com tudo o que isso implica. O problema nos impulsiona para adiante, desafia-nos a sermos criativos, inventivos, a construirmos conjuntamente e a reconhecer que o fenômeno observado tem múltiplos sentidos, que são apenas diferentes e que precisam ser colocados em conversa. Por isso, a ética requer uma razão problematizadora. "La ética sólo es posible en el ser cuya razón convierte todas las cosas y sus actos en problemas"[54] (p. 137).

Sei que a palavra problema pode não ser muito bem vista entre nós, haja vista a frase comum: "não me traga problemas, mas soluções". Muitas vezes, 'problema' é visto como um mau funcionamento crônico de algo, com consequências negativas e que requer grande esforço e determinação para ser solucionado. Também, 'problema', às vezes, indica algo que foge ao controle ou alguém que incomoda, que preocupa. Basta lembrarmos a aplicação do rótulo de problemático, nada digno ou humano, que se atribui, não raras vezes, aos usuários que não aderem às normas e rotinas estabelecidas na unidade ou não aderem ao tratamento.

Ainda assim, fico com 'problemas éticos'. Não só por fidelidade ao referencial adotado, mas porque lembro que a palavra 'problema', apesar dos usos no cotidiano da linguagem que marquei, também tem sua conotação positiva. Ficando no âmbito acadêmico em que estamos, lembro que todo estudo parte de um problema de pesquisa, que desafia nossa capacidade de investigar, de vislumbrar novos caminhos e oportunidades e que, por sua vez, partiu de interpelações acerca da realidade. Assim, aposto na compreensão de 'problema' como impulso de movimento para frente, para transpor obstáculos, para alcançarmos fecundidade criativa e geradora.

Para finalizar, quero assinalar que, na minha tese de doutorado, verifiquei que, de fato, a maneira como alguém formula o problema ético, ou seja, como se aproxima do conflito moral, acaba por orientar sua racionalidade na condução da situação[1]. As diferentes imagens dos relacionamentos produzem distintos modos de compreender as questões morais e de pensar acerca dos conflitos e das escolhas. Então, o juízo ético é dependente da formulação dada ao problema ético[81].

Há diferentes linguagens na ética clínica: linguagem da virtude e do vício; linguagem dos fatos e dos valores; linguagem dos casos e das máximas; linguagem dos princípios e das consequências. Essas linguagens não são incompatíveis entre si, por isso, na prática e nos enfoques da Bioética, mesclam-se, embora haja sempre uma que predomina[35]. Por isso, entendo que essas diversas linguagens permeiam os vários enfoques da Bioética, com o predomínio de uma delas em cada um, gerando distintas maneiras de formular os problemas éticos e, consequentemente, em modos diferentes de lidar com essas situações. Tendo em vista a questão da distinção entre as aproximações 'dilemática' e 'problemática', destaco dois dos vários enfoques da Bioética. Para o enfoque principialista de Tom Beauchamp e James Childress[53], o mais difundido na Bioética, o problema ético é visto como um confronto de obrigações morais rivais que decorrem de princípios em disputa; o problema resume-se a uma pendência de direitos. A ética do cuidado, de Carol Gilligan[81], entende o 'problema ético' como uma ruptura na rede de responsabilidades e relacionamentos mútuos. Com os meus achados no doutorado[1] e nas pesquisas que a esse deram sequência, verifiquei que a formulação que os profissionais faziam do 'problema ético', frente à situação que se lhes apresentava, implicava conduções mais ou menos conciliatórias, mais ou menos trágicas.

5.2.3 O problematismo moral na prática clínica

Em geral, o problema é um fato real, descoberto pelo ser humano e considerado por ele como algo contraditório[32].

Dessa forma, uma situação problemática será um problema moral quando o contraditório estiver na esfera dos valores, ou seja, um problema moral implica um conflito de valores.

Assim, com Pose[32], vimos que, na bioética clínica, chamamos de 'problema moral' um caso clínico ou biomédico que se descobre ter várias saídas possíveis.

O problematismo clínico-moral, segundo o mesmo autor, tem três momentos que o compõem:

a) O Caso clínico: na medicina, tradicionalmente, o caso clínico equivale a qualquer processo mórbido individual, cuja descrição se recolhe na chamada história clínica. Na bioética clínica, esse entendimento tradicional estende-se para qualquer processo individual ou coletivo que tem a ver com a prática diária dos profissionais de uma instituição de saúde. O caso clínico toma, então, um sentido amplo de qualquer situação na qual interagem os profissionais de Saúde, os usuários dos serviços e os gestores da instituição ou sistema de saúde. Haverá casos clínicos simples e complexos. Os últimos são os que comprometem mais partes e, por isso mesmo, costumam gerar mais problemas morais para quem é responsável pela decisão[32]. Os mais simples são as situações mais sutis, as mais difíceis de serem descobertas como problemas éticos. E essas são as próprias da clínica na atenção básica – situações do cotidiano que os profissionais de saúde vivem no seu trabalho e que, muitas vezes, passam despercebidas como problemas éticos, embora contenham conflito de valores. Ou, ainda, situações que, embora percebidas como 'problema ético' pelos profissionais, esses não

conseguem expressar ou precisar os valores que estão em conflito. Poderíamos dizer que, então, não seria problema moral na clínica, pois a segunda condição, o ser descoberto como problema, não ocorre. Mas veja, é ser descoberto e não ser inventado, então, creio que aí está a função do 'experto' em bioética e um propósito da educação continuada dos profissionais de saúde para a deliberação moral: levá-los à problematização da realidade, da clínica, ou seja, levá-los a incluir os valores na clínica. O fato de não serem descobertos não significa que os conflitos não estejam dados na realidade; estão e precisam ser descobertos para serem bem manejados e melhorarem a qualidade da atenção. Os problemas complexos são mais fáceis de descobrir, porque a tragicidade os marca; são as questões *néon*, bastante exploradas na literatura de Bioética[1] e na formação profissional em ética, que é feita com a discussão dos casos paradigmáticos, extremos e complexos. Já as questões do cotidiano não são problematizadas, ou melhor, os valores que permeiam nossas situações cotidianas da saúde não são explorados, dialogados e, portanto, os conflitos ficam subsumidos, como se fossem outras questões, que não éticas[j], o que não implica que não sejam vividos sem a consciência de tal[1] e acabem por refletir e comprometer negativamente a qualidade da assistência, do vínculo de cuidado entre a equipe de saúde e os usuários, ou até no trabalho da equipe. Nas minhas pesquisas, quando trabalho com o objeto do perfil dos problemas éticos na atenção básica, tenho assumido como 'problema ético' o que os profissionais reconhecem como tal. Na deliberação moral, busco levá-los a problematizar

[j] Quanto a isso discutiremos os equívocos mais comuns em bioética clínica em outro apartado.

situações com vistas a voltá-los para a inserção dos valores na clínica.

b) A descoberta: quando um caso clínico é descoberto como moralmente problemático. Há casos clínicos tão cotidianos, usuais, que não costumam interpor dificuldades aos profissionais, pois percebem-no sob seu domínio, e a decisão a tomar não tropeça em nada que lhe inquiete. O problema começa quando o caso, por conta de suas distintas dimensões, incorpora algo novo que o profissional descobre como conflitivo ou contraditório. Por exemplo, uma decisão inesperada do usuário, devido ao contexto no qual o paciente vive sua doença, à influência dos meios de comunicação na percepção dos riscos ou nas possibilidades de tratamento, a uma comunicação deficiente entre os serviços de saúde como o atraso nos resultados de exames. Para o profissional de Saúde, descobrir um caso clínico como moralmente problemático significa encontrar-se em uma situação que paralisa sua atividade prática e "martela"[32] (p. 82) sua consciência moral; implica perceber algo como conflituoso, vendo-se impedido de atuar, continuar com seu trabalho diário. Ao desvelar ou descobrir o problemático, sente-se como que deslumbrado, cegado, necessitado de ajuda, pois não sabe o que fazer, como agir. É como se sofresse uma "paralisia de sentido"[32] (p. 82), da qual não se recupera até que alguém ou algo venha em seu auxílio[32].

c) As saídas morais: é próprio do caso clínico moralmente problemático apresentar-se com várias saídas, cursos de ação, incompatíveis ou que não se tenha claro por qual optar. Saída ou curso de ação é a possível resposta ou solução ao caso clínico eticamente problemático. Cada curso de ação equivale a distintas opções de

> valores e as contradições entre os cursos corresponde ao conflito de valores. Esse momento, quando não sabemos por onde ir, é o ponto para pôr em andamento o processo deliberativo, para parar, com vistas a não se precipitar, lançando mão de um procedimento para analisar a situação[32]. Esse procedimento é o método deliberativo que nos levará a perceber o devemos fazer na situação.

Com o método deliberativo, o profissional de saúde poderá verificar a consistência do problema, ou seja, ver se, de fato, está diante de um problema real ou se identificou mal o problema[32]. Lembremos que 'problema ético' é um conflito de valores. Ao identificarmos os valores em conflito, ganhamos prudência na tomada de decisão, pois as decisões prudentes são as que salvam, ao máximo possível, os valores em conflito. Se não identificamos os valores em conflito e nos precipitamos em optar por uma saída sem análise prévia, corremos o risco de lesar um valor que não havíamos descoberto na situação[32]. E o risco de uma solução trágica é considerável, já que as soluções extremas são as mais facilmente perceptíveis e essas salvam um (ou vários) valor em detrimento de outro (ou outros). Nosso dever é salvar, ou lesar o menos possível, todos os valores envolvidos no conflito. Para salvar os valores é preciso identificá-los.

Trata-se, então, de clarificar o que há por trás das saídas morais que se apresentam. Em uma situação de incerteza, quando não sabemos o que fazer, ver as saídas possíveis não é suficiente para uma decisão prudente[32]. Sem identificarmos os valores, podemos parar nas saídas extremas, sendo que as prudentes costumam ser as intermédias.

Pose[32] traz a situação de um paciente que se nega à transfusão de sangue por conta de suas crenças religiosas, como exemplo. Assinala o autor que, nessas situações, a equipe percebe como saídas: fazer a transfusão à força para salvar o

paciente ou respeitar sua decisão e deixá-lo morrer. Nenhuma delas é prudente, mas se não identificamos os valores que estão por trás de cada uma não conseguiremos ver outras saídas possíveis. De um lado estão os valores 'saúde' e 'vida', pelos quais os profissionais de saúde querem sempre optar. Do outro, em conflito, está o 'respeito à vontade do paciente'. Se optarmos por salvar os valores 'vida' e 'saúde', fazendo a transfusão à força (ainda que às escondidas do próprio paciente), lesaremos totalmente o valor 'respeito à vontade do paciente'. E se optarmos pelo 'respeito à vontade do paciente' e não fizermos a transfusão, lesaremos 'vida' e 'saúde', o que costuma ser bastante angustiante para os profissionais de saúde na clínica. Como vemos, as saídas encontradas, em primeiro lugar, usualmente são dilemáticas, portanto pouco aconselháveis ou prudentes por serem muito lesivas para algum dos valores em conflito, uma vez que, para salvar totalmente um valor, acabamos lesionando completamente o oposto, o que pode terminar em tragédia. Isso seria imprudente. Temos que tentar evitar as soluções trágicas, e é trágico optar por um valor lesionando completamente outro, sobretudo quando o valor lesionado por completo é a vida. No exemplo, se o clínico opta por respeitar de modo absoluto a vontade do paciente, no fundo pode estar permitindo sua morte, e o paciente, na verdade, não quer morrer, só quer que não lhe transfundam, porque isso é contra suas crenças e seus valores. A solução prudente, então, passa pela busca de saídas intermédias, que são as que lesam menos os valores conflituosos.

Esses cursos de ação intermédios somente podem ser vislumbrados por meio da análise minuciosa, cuidadosa do problema concreto, ou seja, cada problema moral concreto requer sempre o mesmo procedimento, o mesmo esforço, igual empenho de análise. Não há uma regra para a conversão de um problema moral em um curso ótimo de ação. Os cursos ótimos podem ser vários e todos igualmente prudentes, sendo que o bom

funcionamento da deliberação depende da criatividade e da capacidade deliberativa (de habilidades e competências deliberativas) dos profissionais envolvidos na situação; nenhum método por si só resolve um problema ético. O método é apenas um recurso, um instrumental para ajudar a ordenação de nossas ideias a partir de uma série de passos, mas que não resolvem automática e mecanicamente os conflitos[32].

A sensibilidade moral, segundo a define La Taille[61] como a "capacidade de perceber questões morais em situações nas quais elas não aparecem com toda clareza" (p. 87-8), ou, ainda, como "a capacidade de perceber dimensões morais de certas ações ou situações nas quais essas não aparecem com evidência", é essencial na deliberação. É essa sensibilidade que precisa ser despertada nos profissionais da atenção básica, porque as situações sutis de conflitos morais próprias desse âmbito da assistência requerem uma atitude que La Taille[61] descreve como certa disposição de analisar com mais cuidado o ocorrido e uma certa fineza de pensamento, que permita ultrapassar o aparente, lendo nas entrelinhas, interpretando sinais, percebendo a sensibilidade alheia, seus motivos de alegria e sofrimento.

5.2.3.1 Falácias da bioética clínica

Ainda que possa parecer paradoxal, pois a Bioética propõe-se a partir do reconhecimento do pluralismo moral que há na realidade, não são raros, na bioética clínica, os juízos morais calcados em posições fixas, inamovíveis, ou seja, imprudentes e irresponsáveis. Como afirmam Pose e Gracia[82], essas situações, quase sempre, consistem em posições reducionistas que desconsideram a especificidade moral dos problemas humanos e, assim, acabam tornando-se um obstáculo ao desenvolvimento autônomo da Ética e da Bioética. Os reducionismos mais frequentes, segundo os autores, são o técnico, o religioso e o jurídico.

Muitas vezes, Diego Gracia refere-se a esses reducionismos como falácias da Bioética, ou seja, erros na delimitação da experiência moral.

5.2.3.1.1 Reducionismo técnico

O reducionismo técnico fundamenta-se na exaltação dos fatos como realidade suprema, o que não é muito raro na cultura positivista em que vivemos na saúde. Esse reducionismo caracteriza a falácia técnico-científica ou tecnocrática.

A ciência moderna caracteriza-se por ter reduzido os parâmetros da metafísica clássica ao quantificável por operações matemáticas, e, a partir do século XIX, devido ao sucesso desse tipo de equacionamento nas ciências naturais, todo tipo de saber tem buscado reduzir seu objeto a essa unidade de medida. Auguste Comte estendeu esse método às ciências sociais, com a chamada sociologia positivista, na esteira do positivismo, que, no século XX, viu-se enfraquecido na filosofia, mas não na ciência, campo por qual seguiu se fortalecendo e crescendo[82]. Na saúde, a prática clínica baseada em evidências, tão em voga hoje em dia, pode ser tomada como uma invasão positivista na clínica. A ideia dessa compreensão sintetiza-se de maneira simples na fórmula proposta pelo próprio Comte, como reproduzem[82] (p. 16): "Ciencia, luego previsión; previsión, luego acción". Ou seja, como explicam os autores, para atuar, é preciso prever, e prever é fazer o que as ciências naturais fazem, isto é, um estudo minucioso dos fatos para chegar às leis e teorias preditivas que permitem prognosticar o futuro. Portanto, para elevar um conhecimento ao nível de ciência, é necessário aplicar o mesmo método e a mesma redução. É o que tratam de fazer os seguidores de Comte na sociologia quando tomam os valores como fatos, convertendo-os em dados científicos, ou seja, passíveis de cálculos estatísticos. Entendo que é o chamado trato quantitativo de variáveis qualitativas, como vemos em vários

cursos e tratados de estatística e metodologia. Sem dúvida, esses instrumentais permitem um retrato dos valores enquanto fatos, mas não sua compreensão enquanto integrante intrínseco da experiência humana, que abarca fatos e valores, não podendo ser reduzida aos primeiros. Estudar os valores como fatos científicos significa não tomar os valores como tal, mas apenas como fatos e isso implica um reducionismo. Como consequência desse reducionismo dos valores a fatos, acredita-se que seja possível predizer o que se passará no âmbito da população estudada quanto aos seus valores e comportamentos, e a partir dessa previsão crê-se que seja possível programar a ação a se efetuar. Assim, a ética adquire o caráter de ciência dos costumes, ou da análise dos valores morais enquanto puros fatos, e se torna descritiva e deixa de ser normativa[82].

A ética descritiva é definida por vários autores[26,53,74] como ética não-normativa, pois restringe-se à investigação factual da conduta moral por meio da utilização de procedimentos e metodologias científicas, a fim de estudar como as pessoas raciocinam e agem. O *ethos*, tomado como o conjunto de atitudes, convicções, crenças morais e formas de conduta do indivíduo ou de um grupo, torna-se objeto de observação e descrição, respectivamente, em pesquisas do tipo "*ethoscopia*" ou "*ethografia*". Essas constituem tarefa científica e não filosófica, requerendo instrumental e metodologias de natureza científica; caracterizam, paradigmaticamente, a influência do modo positivista de fazer ciência na ética, em uma descrição neutral dos valores.

Isso significa que os juízos de valor e os juízos de dever são reduzidos a juízos de fato, em consonância com a tese fundamental do positivismo, defendida por seus seguidores mais doutrinários: "atenerse al 'régimen de los hechos' y desechar todo lo demás como superfluo"[82] (p. 17).

A pretensão da atividade científica é ater-se aos fatos, em uma verdadeira ojeriza aos valores e aos juízos de valores. Esses

são vistos como realidades subjetivas porque não seguem os esquemas quantificáveis e, então, tornam-se dispensáveis. Por isso, para tomar decisões, é suficiente uma boa análise dos fatos, como os únicos capazes de predizer o futuro e as consequências. Entretanto, tomar decisões é sempre um ato moral, de escolha e preferência. Os que apostam no conhecimento científico como o único válido para a decisão entendem que decidir é simplesmente o resultado de uma minuciosa análise dos fatos, isso também para o problema ético. Ou seja, o problema moral pode ser resolvido por meio de uma boa análise dos fatos; conhecidos os fatos, cabe decidir. A ambiguidade da decisão, dessa forma, decorre de um conhecimento insuficiente acerca dos fatos[82].

Nessa visão falaciosa das questões éticas, é comum ouvirmos 'os problemas éticos não são nada mais que problemas técnicos mal resolvidos'. Isso implicaria que o profissional de saúde, atuando dentro da mais perfeita técnica, jamais terá problemas éticos.

Essa compreensão reducionista choca frontalmente com a tese da existência de uma esfera de valores, que é bastante apreciada pelos seres humanos, ainda que de maneira bastante diversa. Isto é, além dos fatos, há outra ordem de realidades, que se mostra, ao mesmo tempo, inegável e sutil: os valores. As decisões morais recaem, precisamente, sobre essas valorações e não sobre os fatos[82]. E mais ainda na saúde, que pode ser, ao mesmo tempo, fato e valor.

A Bioética, como proposta por Potter[5], apresenta-se como ponte entre ciências biológicas e humanidades, ou seja, entre fatos e valores. Um juízo não se reduz ao outro, temos sim que transitar nessa ponte para introduzir os valores na ciência e os fatos na apreciação ética, melhorando a qualidade das decisões que tomamos.

5.2.3.1.2 Reducionismo religioso

Em uma confusão de ética com religião, em uma equiparação das experiências moral e religiosa como se fossem a mesma e uma única coisa, tudo é reduzido ao valor religioso. Equivale a dizermos 'os problemas morais não são mais que problemas religiosos'. Sem dúvida, a profissão de uma religião tem implicações morais para a vida das pessoas, mas a experiência moral é irredutível à experiência religiosa e vice-versa. Reduzir a ética à moral consiste na falácia religiosa ou teológica.

O reducionismo religioso é típico da Bioética que se elabora nos meios mais comprometidos com as causas religiosas do que com o respeito à pluralidade de credos e valores. Nesses meios, a experiência religiosa é confundida com a moral, ou, quando diferenciadas, a religião é tomada como o fundamento último da moral. Essa fundamentação última da normatividade ética pela religião implica situar o critério moral na ordem divina, em uma postura heterônoma de uma bioética teônoma: as bioéticas religiosas ou da fé que negam a bioética da autonomia. As decisões humanas são simplesmente o cumprimento desses mandatos morais do divino[82].

Consequentemente, não há exceção possível à norma moral, pois aceitá-la corresponderia a admitir a falibilidade das prescrições religiosas, algo impossível. Então, os deveres morais se apresentam como absolutos, sem exceções[82].

Outra implicação do reducionismo religioso é sujeitar a razão como critério de verdade e da ação moral à autoridade religiosa. Essas consequências do reducionismo religioso significam que se há vulnerado a especificidade da experiência moral, pois reconhecer a religião como uma fonte de moralidade não quer dizer que entre ambas haja uma relação de determinação na qual os conteúdos morais sejam determinados direta e necessariamente por um credo religioso. Todos os

conteúdos da moral, incluindo os decorrentes de crenças religiosas, são passíveis de revisão por meio do raciocínio, da razão, em cada caso concreto[82].

Não há como resolver os conflitos de valores sempre da mesma forma, com a mesma resposta e com uma única hierarquia dos valores, pois, em função da percepção dos fatos, algumas vezes terão mais força ou urgência um valor e, em outras, outro, completamente diferente. Isto é, não se pode resolver a priori qual valor requer mais urgentemente sua realização; isso dependerá de argumentos razoáveis em um processo deliberativo. Trata-se de respeitar a pluralidade axiológica, de respeitar os valores de cada um, que são distintos, não havendo um único certo. Não podemos impor nossos próprios valores a ninguém, sejam os religiosos ou de qualquer outro tipo[82].

O reducionismo religioso diferencia-se do técnico, porque, no segundo, há uma supremacia dos fatos e, subsequentemente, total desprezo dos valores, enquanto que no primeiro não se consideram os fatos, o que também consiste um erro no intento sério da fundamentação moral. Os fatos são essenciais para se enxergar o manejo apropriado dos valores morais. Não se pode falar de valores sem considerar os fatos, o que implicaria desconhecer que os valores ancoram-se nos fatos, entendendo-os como sustentados pela ordem ideal à qual os fatos estão submetidos, também[82].

5.2.3.1.3 Reducionismo jurídico ou legal

É uma redução jurídica defender que, ante um conflito de valores, diante de um problema ético, o melhor é recorrer aos ditames legais, ao que diz a lei em uma dogmática jurídica. Penso que me deparo com essa falácia quando ouço nas aulas perguntas como: 'o que diz o código de ética?'; 'o que diz o Coren?'; 'mas pelo código de ética temos que fazer...'; 'o que manda a lei?';

‘pela lei, posso fazer...?’. Acredita-se que a ética nada mais é do que o próprio direito e a observância das leis e normas, sendo os conflitos de valores reduzidos a pendências de direitos. Ou, ainda, compreende-se que a ética começa quando termina o direito, isto é, quando a lei não arbitrar ou não deixar claro o que se deve fazer é que se abre o espaço para a discussão ética.

Por trás desse reducionismo está o entendimento de que toda sociedade desenvolvida possui um código de direitos e deveres, e a ética trata-se de cumpri-los ou fazê-los cumprir, segundo cada caso. Sem dúvida, esse código representa o que a sociedade foi consolidando como ética civil, um mínimo moral necessário para a convivência pacífica. Portanto, conhecendo as leis e delas lançando mão, podemos resolver qualquer problema moral[82]. Essa é a falácia legal ou jurídica.

Essa posição, cujas raízes encontram-se no jusnaturalismo e juspositivismo, é bastante atual, tanto que toda profissão conta com um código deontológico regulador de sua atividade. No lugar do positivismo dos fatos, no reducionismo jurídico há um positivismo das leis, esquecendo-se que essas também entram em conflito, demandando os tribunais de justiça[82].

A meta da ética não é o correto, mas o bom, ou, ainda mais, o melhor, o excelente. E o excelente, no exercício profissional, não se pode impor, apenas se pode promovê-lo[82].

O heterônomo por antonomásia é o que delega sua responsabilidade moral à outra instância, como a Deus, à Natureza, à Lei, à técnica. Na saúde, não são raros os apelos à autoridade que determina o que fazer, à tradição, às normas e a protocolos que levam à perpetuação de comportamentos e à incapacidade de argumentar razoável e responsavelmente as justificativas, no usual ‘disseram que é assim’, ‘sempre fiz assim’, ‘essa é a norma, não posso fazer nada’.

Acreditar que do conhecimento dos fatos e da probabilidade dos prognósticos seja possível empiricamente deduzir o curso a seguir nos casos individuais é um erro frequente. Quem age

assim tropeça na simplificação da análise, pois considera que uma vez conhecidos os fatos científicos já se pode concluir o que devemos fazer[83]. Essa atitude traz, em certa medida, a falácia naturalista, pois passa do 'é' ou 'deve ser', ou seja, passa logicamente do natural, ao qual a ética não pertence, para o não-natural, que é o campo da moral.

Da mesma forma erram os que se refugiam no puro deontologismo ou em um legalismo puro e duro[83]. O juízo moral depende do conhecimento dos valores, das convicções, dos motivos e das crenças das pessoas e das circunstâncias a cada caso em concreto[27].

5.3 A DELIBERAÇÃO EM ARISTÓTELES

A deliberação deve ser especialmente promovida, fomentada sempre que os valores e os fins da vida humana, tanto individual como coletivamente, estiverem em conflito, ou sob ameaça.

Isso porque reconhecer a experiência moral, esse sentimento de obrigatoriedade, não significa que a pessoa nunca tenha dúvidas e sempre saiba perfeitamente como agir, como se a estrada do dever fosse livre e desimpedida de obstáculos. Há situações nas quais o dever aparece claramente, isto é, identificamos com clareza o valor a realizar. Em outras, porém, isso não fica tão claro. Assim, o sentimento de obrigatoriedade da experiência moral não implica saber sempre qual o dever a ser cumprido, e o sábio será quem for capaz de dizer sinceramente 'eu não sei'[61]. Será sábio porque sairá em busca da decisão prudente por meio da deliberação.

A fim de traçar sua proposta de deliberação, Diego Gracia recorre a Aristóteles, que a concebe como um princípio, um procedimento fundamental na ética. A razão prática é deliberativa, ou, em outras palavras, a deliberação é o método da 'razão prática', que, por sua vez, é a razão que guia nosso agir a

partir dos fins. Isso distingue a razão prática da teórica, que parte dos princípios para chegar às conclusões.

Se a deliberação é o método da razão prática, ela sempre terá por objeto tomar decisões sobre o que fazer ou o que não fazer, sobre o que se deve ou não fazer. A razão teórica[k] busca soluções para os problemas por meio do método demonstrativo, tendo como ponto final a verdade. A razão prática precisa tomar decisões, portanto seu método é a deliberação e seu ponto final, a prudência.

Aristóteles descreve a lógica do raciocínio prático 'em Ética a Nicômaco' referindo-se à ética, à política e, também, à técnica, especialmente a *téchne iatriké*, a técnica médica, a medicina. Essa, na sua época, era tida como um exemplo paradigmático de técnica. Toda a teoria da deliberação, a prudência, o término ou termo médio, o raciocínio provável, a tomada de decisão em situações de incerteza aplicam-se tanto à ética como à clínica[84]. Por isso, compreendo a deliberação como precisamente apropriada para a bioética clínica, pois, já, em sua originária concepção, possibilitava a ponte proposta pela Bioética entre 'bios' e humanidades, com um procedimento e com compreensões aplicáveis à medicina e à ética.

Deliberação e prudência são as duas condições básicas do raciocínio prático, da razão prática, do mesmo modo que a demonstração e a certeza pertencem ao raciocínio teórico, à razão teorética. Para os gregos antigos, o exemplo paradigmático de raciocínio teorético era a matemática; a razão prática era própria da ética, da política e das técnicas em geral[84].

---

[k] O conhecimento dos fenômenos naturais baseia-se no raciocínio teórico, na razão teórica, que é ciência ou *episteme*. É de natureza abstrata e suas conclusões são universais. Seu método consiste na demonstração experimental, e seu critério, a certeza, na qual se embasa para interpretar, medir e predizer os fenômenos. Suas proposições são racionais, sendo que a física, a química e a matemática conformam exemplos típicos desse tipo de raciocínio. Para abordar o conhecimento individual, do caso concreto, requer-se o raciocínio prático, a razão prática, que é opinião ou *doxa*. A razão prática tem em conta as circunstâncias concretas, e suas conclusões são do tipo particular, não generalizável. Seu método é a deliberação, e seu critério, a prudência. Suas proposições são razoáveis, sendo a ética e a medicina clínica exemplos típicos de raciocínio prático[27].

As concepções de mundo, obviamente, refletem a realidade social, e, no tempo de Aristóteles, o mundo apresentava-se ambíguo, como a sociedade onde vivia o filósofo, a decadente Atenas. Assim, nem tudo é possível, mas tampouco tudo é impossível; o mundo não é inteiramente racional, nem totalmente irracional. "A deliberação traduz essa ambiguidade: a meio caminho da ciência e da adivinhação incerta, ela é da ordem da opinião, ou seja, de um saber aproximativo como o é seu objeto. Fundada em tal saber, nenhuma deliberação será infalível"[85].

No livro III de Ética a Nicômaco, Aristóteles define como voluntárias as ações cujos princípios estão em nós mesmos, que conhecemos as circunstâncias da ação. As ações voluntárias dependem de nós mesmos. Somos donos de nossas ações do princípio até o fim, se conhecermos as circunstâncias particulares[64]. A eleição é algo manifestamente voluntário, no entanto, nem tudo que é voluntário é susceptível a eleição. O desejo também não equivale à eleição, ainda que pareçam afins. O desejo pode referir-se ao impossível e sobre esse não há eleição possível. O desejo refere-se aos fins, a eleição aos meios que conduzem ao fim. Podemos desejar ter saúde, mas elegemos os meios para estarmos saudáveis. Nós não nos estimulamos a fazer o que não depende de nós mesmos ou que não seja voluntário, porque é inútil sermos persuadidos a não sentir frio, calor, fome ou qualquer coisa semelhante, uma vez que continuaremos a senti-los[64]. A eleição também não é opinião, pois pode referir-se a tudo, inclusive ao eterno e ao impossível, e não só ao que está a nosso alcance[64]. A eleição é digna de louvor quando se refere ao objeto devido e não por causa do agir reto, enquanto que a opinião é louvável quando é verdadeira. Há quem saiba opinar bastante bem, mas, por um vício, não elege o que é devido. A opinião pode ocorrer sem a eleição, mas essa se identifica com alguma classe de opinião. A eleição também se acompanha de razão e reflexão. Somente o homem continente atua elegendo e não por impulso. O incontinente age por arroubo

e não por eleição, e o que se faz impulsivamente de modo algum parece feito por escolha[64].

A eleição, portanto, precede-se de uma deliberação, e delibera-se sobre o que pode ser de outro jeito. Sobre o 'eterno' ninguém delibera, por exemplo, não se delibera sobre o cosmos ou sobre a incomensurabilidade da diagonal. Também não se delibera sobre o que está em movimento, mas acontece sempre da mesma maneira, ou por necessidade, ou por natureza ou por qualquer outra causa semelhante. Por exemplo, ninguém delibera sobre os solstícios ou a temporada de chuvas e secas. Ainda não se delibera sobre o que depende do acaso, como achar um tesouro. Então, não se delibera sobre todas as coisas humanas, porque há algumas que não dependem de nossa intervenção para ocorrer. Delibera-se sobre as que estão a nosso alcance e são realizáveis. Delibera-se sobre tudo o que se faz por meio de nossa mediação, ainda que não sempre da mesma maneira. Deliberamos, por exemplo, sobre questões médicas ou de negócios e mais sobre as artes do que sobre as ciências[64].

Quando nos deparamos com algo impossível de ser de outra maneira, deixamo-lo de lado, mas, se nos parece algo possível tentamos levar a cabo. Chama-se susceptível de deliberação aquilo sobre o qual poderia deliberar um homem inteligente, mas não um ignorante ou louco. A deliberação ocorre a respeito das coisas que se dão de certa maneira, mas cujo resultado é indeterminado ou não é claro. É possível o que pode ser realizado por nós mesmos; é possível o que tem ponto de partida em nós mesmos[64].

Assim, o homem é o princípio das ações, e o objeto da deliberação é o que homem pode fazer. As ações são feitas tendo-se em vista outras coisas, mas não pode ser objeto de deliberação o fim, mas os meios que conduzem aos fins. Tampouco pode-se deliberar sobre as coisas individuais, por exemplo, se uma comida está cozida como deveria, pois trata-se de um assunto de percepção, e a deliberação sobre isso levará ao

infinito e não a uma eleição. O objeto da deliberação e da eleição é o mesmo, pois se elege o que foi definido como resultado da deliberação. A eleição é um desejo deliberado de coisas ao nosso alcance, pois o objeto da eleição é algo que está em nosso poder; é tema da deliberação e é desejável. Quando decidimos depois de deliberar, desejamos o que foi deliberado[64].

Como explica Pose[32], deliberamos sobre o aconselhável, o que é possível e sobre o que é provável que se suceda. Essas são características formais do método deliberativo aristotélico.

Há deliberações individuais, quando a pessoa delibera consigo mesma para decisões pessoais, mas, quando as questões envolvem outras pessoas, temos que deliberar conjuntamente com os envolvidos ou afetados. Assim, a deliberação apresenta-se como o procedimento por excelência para discutir questões e tomar decisões de maneira interpessoal[36]. Nas questões importantes, usualmente, aconselhamo-nos com alguém, porque desconfiamos de nós mesmos e nos cremos insuficientes para decidir[64]. É próprio da deliberação, para Aristóteles, o conselho e a despersuasão, pois é isso que fazem os conselheiros em matérias privadas, tal qual os que aconselham ao público e falam frente ao povo em relação ao interesse comum.

Na clínica, entendo que a deliberação do profissional com os usuários é o caminho para sanar as condutas paternalistas e, também, as que, em uma 'suposta' defesa da autonomia do usuário, acabam por abandoná-lo.

Na visão de Aristóteles, delibera-se sobre os meios e não sobre os fins. Assim, considerando o fim como algo dado, considera-se o modo e os meios para alcançá-lo. E quando esses, aparentemente, são vários, considera-se o que levaria mais facilmente e melhor ao fim[64].

Como explica Gracia[77], Aristóteles definiu a deliberação como o método da racionalidade prática, ou seja, o método próprio das decisões técnicas, artísticas, políticas e éticas. Delibera-se para tomar decisões e essas são sempre e

necessariamente concretas; não podem ser tomadas no abstrato, mas hão de levar em conta as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis. Por isso, em Aristóteles, vemos que a deliberação é um processo intelectual – um processo intelectual de ponderação dos fatores que devem ser levados em conta em um processo razoável de tomada de decisão. Diego Gracia usa o termo 'razoável', e não 'racional', porque temos de nos fazer cientes que nunca conseguiremos incluir todas as circunstâncias da situação e que, menos ainda, seremos capazes de prever todas as consequências do ato. Sabemos que é simplesmente impossível a mente humana esgotar a realidade. Assim, os juízos de uma deliberação serão razoáveis e não completamente racionais, nunca terão caráter apodítico. Jogam papel importante, além das razões, outros fatores, como os sentimentos, os valores e as crenças. O raciocínio prático não é apodítico ou demonstrativo, consequentemente, a deliberação consiste em um procedimento intelectual que visa a eleger alternativas prudentes para as decisões a serem tomadas.

Assim, as decisões concretas têm de ser razoáveis e não completamente racionais, porque nunca têm caráter apodítico; nelas, jogam papel importante não só as razões, mas outros fatores que não são racionais: os sentimentos, os valores, as crenças, os afetos. O raciocínio prático, a razão prática não é apodítica ou demonstrativa. E prudência não se confunde com o consenso, com a unanimidade ou com a maioria[77]. A prudência não é um ponto, mas um espaço, ainda que com tênues e móveis delimitações, dentro do qual podemos nos mover para a realização dos valores. Os limites desse espaço e as balizas dos deveres são dados pelos próprios valores.

Como ensina Gracia[36], mais que tudo, a deliberação configura-se como fé na incomensurabilidade da realidade. Portanto, afirma a necessidade de incluir todas as distintas aproximações e perspectivas para enriquecer o debate e a compreensão das coisas e dos fatos. Em outras palavras, a

deliberação implica a capacidade de relativizar a própria perspectiva acerca dos fenômenos a partir da consideração da perspectiva dos demais, discutindo racionalmente seus pontos de vista e modificando, aos poucos, a própria visão do processo.

Aristóteles dizia que se deve eleger o termo médio e não os extremos, seja o do excesso ou o da falta (o defectivo). O termo médio corresponde aos mandatos da reta razão. Ele situa-se entre dois vícios, um por excesso e outro por falta. Assim, o termo médio caracteriza-se por não alcançar, em um caso, e sobrepassar, no outro, o justo limite nas paixões e ações. A virtude encontra e elege o termo médio, considerando o ponto de vista do melhor e do bem. Em todas as disposições morais, há um alvo, e é mirando-o que o possuidor da regra justa distende ou afrouxa sua atividade para encontrar o termo médio correspondente à reta razão[64].

Entretanto, não são todas as ações e nem todas as paixões que admitem um termo médio. Esse é o caso das que implicam maldade, como o próprio nome indica; por exemplo, entre as paixões, a malignidade, o desvergonhamento, a inveja e, entre as ações, o adultério, o roubo, o homicídio. Esses comportamentos já são, em si, maus e não os seus excessos ou defeitos, assim, não há bem ou mal quando deles tratamos. Portanto, com elas sempre se erra, é impossível acertar, sempre está mal. Na injustiça, na covardia e no desenfreamento, da mesma forma, não há termo médio, excesso ou defeito, pois isso significaria ter um termo médio do excesso e do defeito, ou, ainda, um excesso do excesso e um defeito do defeito[64].

Nisso, então, consiste a virtude moral: um termo médio entre dois vícios, um por excesso e outro por falta (defeito), um termo médio entre paixões e entre ações. A virtude moral resulta do hábito, do qual o seu nome se deriva[64]; e hábito que requer exercício constante. Como diz Aristóteles, em tudo, em todas as coisas, encontrar o meio é tarefa difícil, árdua. Para o termo médio, o justo meio, não é diferente. Por isso, ser bom trata-se

de coisa trabalhosa. Por exemplo, irritar-se está ao alcance de qualquer um, mas não é fácil definir 'como', 'com quem', 'por quais motivos' e 'por quanto tempo' alguém deve se irritar. De fato, às vezes louvamos os que não se irritam e dizemos que são aprazíveis, e, em outros momentos, elogiamos os que têm excesso de ira como *viris*. Por isso, as virtudes têm de ser consideradas em particular e não de maneira geral, universal[64].

A virtude moral[l] é uma disposição que se refere à eleição, às escolhas. A eleição configura um desejo deliberado. Assim, para que essa seja boa, o raciocínio tem que ser verdadeiro e o desejo, reto. Ou seja, tem que corresponder ao que diga a razão e não ao que o desejo persiga. Esse tipo de entendimento e de verdade dizem respeito à prática. O bem é a verdade prática que está de acordo com o reto desejo[64].

O princípio da ação, aquilo de onde parte o movimento e não o fim perseguido, é a eleição. E o princípio da eleição é o desejo, ou seja, a orientação da eleição a um fim. Por isso, são precisos o entendimento, a reflexão e a disposição moral para que a eleição ocorra. A reflexão por si só não põe nada em movimento, mas a reflexão orientada a um fim e prática, sim, é capaz de gerar movimento. Essa pode, inclusive, governar o entendimento criador, porque tudo que faz alguma coisa, faz com vistas a algo, e a coisa em si não é um fim em termos absolutos,

---

[l] As coisas que passam pela alma, para Aristóteles, são de três classes: paixões, faculdades e hábitos. A virtude tem que pertencer a uma delas. As paixões incluem o apetite, a ira, o medo, o atrevimento, a inveja, a alegria, o amor, o ódio, o desejo, o ciúmes, a compaixão e, em geral, os afetos que se acompanham de prazer ou dor. As faculdades são as afetadas pelas paixões, por exemplo, aquilo pelo qual somos capazes de nos irritarmos, entristecermo-nos ou compadecermo-nos. Os hábitos são os que nos levam a nos comportarmos bem ou mal em relação às paixões. Por exemplo, quanto à ira, comportamo-nos mal quando nossa atitude é desmesurada ou lassa e nos comportamos bem se agimos com mesura. Somos chamados bons ou maus por nossas virtudes e vícios. Sentimos ira ou medo sem nossa escolha, mas as virtudes são, em certa medida, eleições ou, ao menos, não se dão sem a eleição. As paixões nos movem, e as virtudes nos dão certa disposição, o que é diferente. Portanto, se as virtudes não são nem paixões e tampouco faculdades, só podem ser hábitos. A virtude é um hábito seletivo que consiste em um termo médio em relação a nós mesmos, que se determina pela razão e por aquilo que decidiria o homem prudente.

é um fim relativo e de algo. O fim é a ação mesma, porque fazer bem as coisas é o fim, e a isso corresponde o objeto do desejo. Essa eleição é inteligência desejosa ou desejo inteligente, uma classe de princípio própria do homem. Nada do que já tenha ocorrido pode ser objeto de eleição, pois não se delibera sobre o passado, apenas sobre o futuro e sobre o possível[64].

Para Aristóteles, as disposições racionais, as que conduzem à verdade, são a arte, a ciência, a prudência, a sabedoria e a inteligência. O necessário, ou seja, o que não pode ser de outra maneira, é objeto da ciência[64]. O que pode ser de outra maneira, ou é objeto de produção ou de ação, atuação. E produção e ação não têm o mesmo significado, portanto as disposições intelectivas apropriadas para a ação são diferentes das que se prestam à produção. A produção não é ação; a ação não é produção, ou seja, uma não inclui a outra. A técnica é uma disposição racional para a produção; não há nenhuma disposição racional para a produção que não seja técnica. A técnica e a disposição produtiva, acompanhada da razão verdadeira, equivalem-se. Toda técnica versa sobre o 'chegar a ser', sobre o idear e considerar como produzir, ou 'chegar a ser' algo que pode se efetivar ou não, cujo princípio para tal está em quem produz e não no que é produzido. A técnica não tem a ver com as coisas que são ou se produzem "necessariamente", tampouco com as que são ou se produzem "naturalmente", pois estas coisas, as necessárias e as naturais, têm seu princípio em si mesmas. Como produção e ação são coisas distintas, a técnica ou a arte refere-se à produção e não à ação. A arte ou a técnica é disposição produtiva acompanhada de razão verdadeira, e a falta de arte, disposição produtiva acompanhada de razão falsa quanto ao que pode ser de outra maneira[64].

Entendo que se enfermeiros e médicos centrarem sua prática da atenção básica nas técnicas, farão produção. E esse não é terreno fértil para a deliberação.

A prudência é chave para compreender a deliberação em Aristóteles e na proposta de Diego Gracia, tanto que será uma categoria analítica dos resultados desta pesquisa. Aristóteles incluiu a prudência entre as virtudes dianoéticas ou intelectuais.

De modo geral, é prudente quem é reflexivo, mas ninguém delibera ou reflete sobre o que não pode ser de outra maneira, nem sobre o que não pode fazer. Se toda ciência acompanha-se de demonstração e não é possível a demonstração para as coisas cujos princípios podem ser de outra maneira, já que as coisas mesmas podem ser de outra maneira, e como tampouco pode se deliberar sobre o que é "necessariamente", a prudência não pode ser nem ciência nem arte ou técnica. Não pode ser ciência, porque a ação ou a atuação pode ser de outra maneira e não pode ser arte, pois a ação e a produção são coisas de distintos gêneros. Portanto, a prudência tem que ser uma disposição racional verdadeira e prática a respeito do que é bom ou mau para o homem, para si mesmo, e o bem de si mesmo não só ocorre com administração doméstica e no regime político[m]. O fim da produção é distinto dela mesma, mas o fim da ação não; a boa atuação é, em si mesma, um fim. De fato, os princípios da ação são os fins pelos quais se atua. Porém, o homem corrompido pelo prazer e pela dor perde a percepção clara do princípio e já não vê necessidade de elegê-lo e de fazer tudo com vista a tal fim ou tal causa. Em outras palavras, o vício destrói o princípio, de modo que a prudência tem de ser uma disposição intelectual verdadeira e prática quanto ao que é bom para o homem. Ou seja, está claro que a prudência é uma virtude[64].

A prudência tem por objeto o humano e aquilo sobre o qual se pode deliberar, ou seja, a operação do prudente consiste, sobretudo em deliberar bem, e ninguém delibera sobre o que não pode ser de outra maneira, nem sobre o que não tem um fim, que é um bem prático. O que delibera bem, em termos absolutos,

---

[m] Lembremos que a *polis* era a matriz de organização da vida grega. A metafísica aristotélica não difere nisso.

é o que se propõe como alvo de seus cálculos a consecução do maior bem prático para o homem. A prudência não versa sobre o universal, mas conhece o particular, porque é prática, e a ação tem a ver com o particular. Por isso, há algumas pessoas, sobretudo as que têm experiência, que mesmo não tendo muito conhecimento são mais práticos do que alguns que sabem muito. Por exemplo, se alguém sabe que as carnes leves são digestivas e saudáveis, mas não sabe que carnes são leves, não conseguirá ter saúde. Porém, quem sabe que as carnes de ave são leves e saudáveis conseguirá ter saúde, ainda que desconheça que carnes leves e saudáveis possibilitam melhor saúde. Em tendo por objeto o particular, a prudência requer experiência, que é a forma de nos familiarizarmos com o particular. E a experiência se produz pela 'quantidade de tempo', sendo a prudência, portanto, mais difícil de se encontrar nos jovens. A prudência é prática. O melhor seria possuir tanto prudência quanto a sabedoria, mas preferentemente a primeira[64].

A sabedoria é o mais perfeito dos modos de conhecimento. Chama-se sabedoria ao conhecimento do que é útil para si mesmo, assim, há várias sabedorias. A sabedoria é ciência e intelecto do que é mais excelente por natureza. O sábio conhece o que deriva dos princípios e possui a verdade sobre esses. Como os princípios são objeto do intelecto, a sabedoria será intelecto e ciência, isto é, a ciência capital dos objetos mais estimados. Todos admitem que o sábio é sempre o mesmo, mas que o prudente não, esse varia. Efetivamente, chama-se prudente ao que pode examinar bem tudo o que se refere a si mesmo e a isso se confiará a prudência.

Nos achados dos meus estudos com enfermeiros e médicos da atenção básica, tenho me deparado com a influência da experiência no lidar com os problemas éticos, ou mesmo para perceber certas situações como conflito moral ou não. A relação clínica varia ao longo da experiência profissional[49].

Depois de distinguir a prudência como virtude, Aristóteles trata de situar a boa deliberação. A deliberação não é dedutiva, mas inventiva[86]. Também não é 'bom tino', pois esse não requer raciocínio e deve ser rápido, enquanto que a deliberação requer tempo e raciocínio. Ainda que se deva rapidamente pôr em prática a resolução decorrida da deliberação, deliberar deve ser um processo lento. 'Precisão' também não é a mesma coisa que boa deliberação, pois é uma espécie de bom tino. A boa deliberação também não é opinião, tampouco ciência. Posto que quem delibera mal erra, e o que delibera bem o faz retamente, é claro que a boa deliberação consiste em uma espécie de retidão que não é própria da ciência e nem da opinião. A retidão e o erro não têm lugar na ciência, e todo aquele que tem opinião já está, por isso mesmo, determinado. De modo absoluto, a boa deliberação é a que se dirige a um fim, sem mais. E a boa deliberação determinada é a que se volta para um fim determinado. Como o deliberar bem é próprio dos prudentes, a boa deliberação consiste em uma retidão segundo o conveniente para o fim aprendido por uma verdadeira prudência.

A deliberação na bioética clínica é uma deliberação a um fim determinado enquanto as próprias finalidades da prática, e também a cada caso, segundo os valores a serem realizados.

5.4 A DELIBERAÇÃO COMO ATITUDE

A deliberação é um método da racionalidade prática e, portanto, próprio das decisões éticas. E como se delibera para tomar decisões e decisões sempre concretas, podemos concluir que as decisões éticas são decisões concretas tomadas depois de cuidadosa deliberação.

É uma forma de conhecimento, já que, durante seu transcurso, os envolvidos, os participantes põem-se em um contínuo processo, pacífico e não coercitivo, de avaliação e mudança de seus próprios pontos de vista. Um sinal de que a

deliberação transcorreu bem é quando as opiniões mantidas pelos participantes no início do processo são diferentes das que sustentam no seu término. Nesse caso, a solução final adotada em comum não coincidirá com nenhuma das posições defendidas pelos participantes no começo do processo deliberativo[36].

A deliberação requer aprendizado, pois, usualmente, cada qual se crê possuidor da verdade e pensa que todos os que defendem opiniões ou visões diferentes da sua são maus ou ignorantes[36]. Isso por medo do diferente, por angústia, pela formação educativa que defende a existência de somente uma resposta certa, que, no atomismo individualista e egoísta em que vivemos, costuma ser 'a minha'.

Para a clínica na atenção básica, tal aprendizado é necessidade urgente. Um dos problemas éticos que me tem sido apontado pelos enfermeiros e médicos é como informar o usuário para conseguir sua adesão ao tratamento. A preocupação não está em como esclarecer para uma decisão autônoma e compartilhada. É como se a verdade do profissional, que é representada pelo projeto terapêutico proposto, fosse a única possível, e o usuário que não segue o que foi proposto ou é mal informado ou não está consciente para decidir. Basta lembrarmos que é bastante comum os profissionais de saúde questionarem a competência para tomada de decisão dos pacientes quando discordam da conduta médica. Não me lembro de caso em que houvesse sido questionada a capacidade de decisão de um paciente que aceita, por exemplo, uma amputação mutiladora, mas lembro de vários que colocam em dúvida a competência dos pacientes que a rejeitam.

Por ser aprendizado, há muitos que não sabem proceder à deliberação, e há outros tantos que a consideram desnecessária ou pouco importante. Da mesma forma que há profissionais de saúde que, apelando para o 'olho clínico', tomam decisões em ato reflexo, sem passar pela criteriosa avaliação do paciente, há os que creem ter 'olfato moral' e consideram, de antemão, que

sabem a resposta, sem precisar da deliberação. Isso se deve, na maioria das vezes, à insegurança e ao medo frente ao processo de deliberação, que exige maturidade psicológica. Pessoas angustiadas ou dominadas por emoções inconscientes, usualmente, não deliberam as decisões que tomam, atuando de modo reflexo, automático, por impulso. Angustiados que estão, querem se ver livres o mais rápido possível da situação e simplificam-na para decidir mais rapidamente. Por isso, a deliberação exige capacidade para controlar os sentimentos de medo e angústia. As emoções descontroladas desencadeiam posturas extremas, de aceitação ou rejeição totais, de amor e de ódio, o que faz com que os problemas sejam vistos e tratados como dilemas, escolhas entre dois pólos extremos e opostos entre si. A redução de problemas a dilemas é, em geral, fruto de angústia, pois se pode tomar como norma que os cursos de ação possíveis para a solução de um problema ético são sempre cinco ou mais, e quando pelo menos esse número de saídas não é encontrado, pode-se tomar como um indicativo de uma análise defectiva. A angústia não permite a escuta do outro, precisamente porque temos medo do que pode dizer, e a falta da escuta atenta compromete o enriquecimento do próprio ponto de vista, prejudicando a percepção de mais alternativas da realidade. A simplificação, com a consideração apenas dos dois primeiros cursos que se apresentam, é catastrófica, trágica, pois esses costumam ser os extremos, e o curso ótimo de ação, usualmente, está no meio ou perto desse. Por isso, os resultados de deliberação são tão diferentes dos obtidos com os procedimentos dilemáticos[35].

Então, Diego Gracia afirma que "la deliberación no es solo una metodología; es también una pedagogía, una ética y hasta una ascética". A Bioética é deliberativa, "o mejor aún, la bioetica es, debe de ser, tiene que ser una escuela de deliberación"[77] (p. 37).

Pela deliberação, ética e política vinculam-se, como defendia Aristóteles. As relações entre os seres humanos devem se basear em procedimentos deliberativos, para que sejam razoáveis e morais. Com base nos pensamentos de J. Bohman, teórico da filosofia política, campo em que a deliberação tem sido mais desenvolvida, Gracia[87] destaca que, para se chegar a um compromisso moral, o processo é o mesmo usado para conseguir qualquer outro tipo de compromisso, ou seja, intercâmbios por meio de debates e discussões. Por isso, os compromissos morais são compromissos e não imposições e, por outro lado, diferenciam-se dos usuais pactos e trocas estratégicas. A estrutura do compromisso moral é dialógica e, então, requer um fórum para que a deliberação seja pública. O propósito não é manter o equilíbrio com concessões de ambos os lados, mas uma mudança no marco comum para a deliberação democrática. Em outras palavras, como em todo compromisso, as partes começam com valores e critérios opostos, mas, na deliberação, não se busca repartir a diferença igualmente ou uma terceira via, que seja neutra ou imparcial. Nas situações de conflito, o compromisso é alcançado quando cada parte modifica sua interpretação do marco comum.

Para mim, parece que transformar a relação clínica com o usuário para uma verdadeira relação deliberativa configura-se chave para a almejada adesão, para o autocuidado, para a corresponsabilização, pois o projeto terapêutico adquirirá, para ambos os lados, o caráter de um compromisso moral deliberado de maneira dialógica.

A bioética clínica lida, necessariamente, com valores relativos à saúde e à doença, à vida e à morte dos seres humanos. Por isso, configura-se como deliberação acerca dos fins individuais e coletivos da vida humana.

Mas a deliberação é tarefa nada fácil, como visto. Requer condições várias: ausência de restrições externas, boa vontade, capacidade de dar razões, respeito pelos outros, especialmente,

quando estão em desacordo, desejo de entendimento, cooperação e colaboração. Somente nesse marco é possível uma deliberação verdadeira[35]. Por isso, importa menos o método do que a disposição dos envolvidos e as condições institucionais que assegurem a igual participação de todos no processo deliberativo.

Há três níveis de deliberação. O processo deliberativo pode se dar nos âmbitos: pessoal, institucional e global. A deliberação é o caminho para definir tanto os deveres pessoais como os coletivos. É a maneira mais prudente e sábia de que dispomos para conduzir nossa vida prática e, mais precisamente, a moralidade privada e pública[77,78].

A deliberação configura-se a melhor alternativa frente ao doutrinamento intolerante e à neutralidade tolerante a tudo. Há uma pluralidade de valores, e uma homogeneidade nesse âmbito da vida humana é impossível e indesejável. No entanto, cada qual tem de ser capaz de dar razões para justificar, fundamentar seus valores e convicções. Ao colocar à prova a razoabilidade dos nossos valores, certificamos a prudência e a sabedoria desses. Assumir valores cada vez mais razoáveis é dever moral de todos nós. Como os valores são plausíveis de raciocínios razoáveis e não racionalistas, precisamos nos convencer de que não temos toda a verdade e que os outros, ainda que defendendo valores diferentes, podem, ao menos, possuir tanta verdade quanto eu. Entretanto, eles (os outros) também estão obrigados a pôr à prova a razoabilidade de seus valores, buscando, da mesma forma, sabedoria e prudência.

A deliberação é um método complexo de raciocínio para as decisões, que leva em conta os princípios e valores universais, sem desconsiderar as circunstâncias específicas nas quais as decisões ocorrem. Ao deliberarmos, almejamos tomar a melhor decisão possível em uma situação específica. Para alcançarmos esse objetivo, precisamos ponderar, conjuntamente, os valores implicados, as circunstâncias e as consequências. Uma decisão sábia e prudente tem de olhar para o leque de possibilidades

desses elementos, em busca da melhor solução, isto é, da que otimiza a promoção dos valores envolvidos ou, ao menos, da que os lesa minimamente[78].

Toda decisão possui, por trás, uma série de argumentos, e o conhecimento desses, das circunstâncias e consequências é feito por meio de deliberação, da 'investigação deliberativa' (*investigación deliberativa*)[32] (p. 63).

A deliberação é o procedimento que esteve na própria origem da ética, no auge da democracia ateniense. Porém, ao longo da história, foi sendo substituída pelo doutrinamento, compatível com a administração imperialista, que, na Grécia, seguiu-se à decadência de Atenas com o domínio do Império Romano, e pela neutralidade, própria da suposta imparcialidade da ciência e da hegemonia dos fatos que dominaram o conhecimento demonstrativo típico do século XX. De fato, de uma ou outra forma, a cultura tem se feito dogmática, impositiva, cheia de verdades absolutas e indiscutíveis. 'Triunfar' equivale a "*vencer al contrario*" ou "*imponer el própio criterio*", num jogo de "*verdades absolutas y obediencia absoluta*"[34] (p. 7). Por isso, atualmente, a deliberação é algo que precisamos, urgentemente, resgatar. Temos que passar de uma sociedade paternalista, heterônoma e culposa para uma sociedade adulta, responsável, deliberativa[34].

A deliberação exige maturidade psicológica e humana. Quem delibera dá razões, justifica e, também, é capaz de dar-se conta de que suas razões não são absolutas, nem apodíticas e que o outro, dando razões distintas e até mesmo opostas ou contrárias pode ter, no mínimo, tanta razão quanto si mesmo. Ademais, quem delibera sabe que são, justamente, os diversos pontos de vista diferentes que o ajudarão na aproximação da verdade. Isso também requer maturidade humana. Assim, a deliberação conforma-se como uma escola de maturidade e humanidade. Assumir isso é a única maneira para escutar de fato os demais, concedendo-lhes competência comunicativa, vendo-os

como interlocutores válidos. Compreendo que os outros me são indispensáveis e que tenho que deliberar com eles para também melhorar minha percepção da realidade e tomar decisões mais prudentes. Cada indivíduo é um ponto de vista essencial, indispensável. É justapondo visões parciais que nos aproximamos da verdade[34]. É assim que compomos dinamicamente o caleidoscópio da realidade concreta em que ocorrem as decisões morais.

Por isso, aposto na deliberação como a forma para promover a autonomia de usuários e profissionais na clínica da atenção básica, humanizando-a e construindo a tão almejada corresponsabilização pela saúde:

> La deliberación es el procedimiento para la toma de decisiones responsables y prudentes, es autónoma y todos la vemos como propia. La deliberación nos implica como personas, que es el procedimiento más efcaz para cambiar conductas[34] (p. 8).

A tomada de decisão fica mais difícil, na medida em que aumenta o número de possibilidades, tornando-se, então, imprescindível a deliberação, o que vai requerer maturidade de todos os envolvidos[34].

O ponto final da deliberação é a prudência, portanto, as proposições que dela decorrem, as proposições deliberativas, são prudentes ou imprudentes, ao contrário das apodíticas, que são verdadeiras ou falsas. Antes de decidir, cada um de nós delibera consigo mesmo[34].

A nefasta mania da mente humana para simplificar, para converter problemas em dilemas, reduzindo as soluções possíveis dos assuntos a duas e, assim, tornar mais fácil a escolha, implica riscos. Simplificar fenômenos complexos significa não contemplar mais amplamente a realidade, aumentando sua inadequação sempre existente com nossa capacidade intelectiva de compreendê-la e abarcá-la. Esse é terreno propício para as decisões imprudentes.

5.5 A DELIBERAÇÃO COMO PROCEDIMENTO

5.5.1 Momentos da análise do ato moral

Assim com a vida humana, a clínica na atenção básica está repleta de conflitos morais. Nós seres humanos estamos às voltas com resolver uma infinidade de problemas morais, sendo a resolução de problemas uma de nossas mais vastas tarefas, como nos ensina Diego Gracia. E temos de resolvê-los justificadamente, fundamentadamente. A deliberação presta-se a isso, como vimos.

De modo geral, 'fundamentar' significa ir à raiz de algo, achar a razão desse algo, ou seja, responder a um por quê. Na ética, ocorre o mesmo. Penso que vale retomar a questão da 'obrigação moral' sendo uma decorrência da experiência moral para melhor compreendermos os momentos da análise ética como é proposta no procedimento deliberativo de Diego Gracia, isto é, nos âmbitos dos fatos, valores e deveres.

A experiência é sempre um dado último e irredutível, além do qual não se pode ir. Configura um fato inapelável e imposto, um conteúdo da realidade que se mostra, mas não se demonstra. A experiência é inexplicável, ou seja, nunca conseguimos explicá-la. Em outras palavras, a explicação da experiência já não é mais experiência; ocorre ao contrário: a experiência é ponto de partida da explicação. A experiência constitui um fato nos termos fenomenológicos. Ou seja, tem-se ou não a experiência e, ao tê-la, dela podem partir todos os tipos de explicações, mas, sem a experiência, qualquer explicação é incabível. A experiência moral não escapa a essas generalidades das experiências[82].

A experiência moral é a experiência da obrigação, e essa configura um fato, um fato moral de onde partem as explicações (as teorias éticas). A experiência moral se expressa no fato de que todo ser humano faz juízos morais, sente que há coisas que deve fazer e coisas que não deve fazer, pedindo contas a si

próprio e aos demais do que vai fazer e do que fez. Como experiência, a experiência moral é irredutível, isto é, não se reduz a nenhum outro tipo de experiência humana, por exemplo, a religiosa. Dessas constatações, decorrem as três características da experiência moral: universal, imperativa e justificatória. É 'universal' porque não há ser humano que escape dela, ainda que não a faça conscientemente ou que não se debruce sobre ela para refletir. Por mandar, dar ordens do que se há de fazer com a própria vida e com a dos demais, a experiência moral é 'imperativa'. E é 'justificatória', pois tanto do que fazemos como do que deixamos de fazer nos vemos obrigados a pedir e a dar contas, a justificar. É sujeito moral quem experimenta estas três notas em si mesmo[82].

Essa é a estrutura formal da obrigação moral; seus conteúdos precisam ser definidos por nós. Esse é o espaço da deliberação moral. Com qualquer conteúdo, e esse pode variar muito, o moral mantém seu caráter imperativo. Os conteúdos importam ao espaço deliberativo porque não estão dados à priori, tampouco de uma vez por todas, mas vão sendo definidos, individual, social e historicamente, em um processo de descobrimento, invenção, valoração e escolha. A obrigação configura a experiência moral originária, universal e irredutível, enquanto que as opções concretas são sempre ulteriores a cada pessoa, mas sem a experiência prévia da obrigação moral a eleição não teria sentido. Temos que aceitar como um 'suposto' a experiência da obrigação, como fundamento último das nossas ações, para que se tornem possíveis as opções posteriores que definem nossa vida moral[82].

A 'liberdade' não pode constituir-se experiência moral originária, pois, além de permitir justificar certo relativismo ou perspectivismo, temos que lembrar que o homem experimenta, com sua inegável liberdade, também sua 'não-liberdade'. Como

marca Sartre, nós estamos condenados a ser livres, ou seja, estamos obrigados a eleger. Ou ainda: "somos libres, pero no somos libres de ser libres"[82] (p. 11). A obrigação é a experiência moral originária. Nossas decisões são o argumento de nossa vida e de nossas profissões, e o objetivo da Bioética é tomar as melhores decisões[82].

O sentimento de obrigatoriedade que conforma a experiência moral originária, não contradiz a liberdade humana, ainda que seja experiência de obrigação. Segundo La Taille[61], o sentimento de obrigatoriedade corresponde a um querer conscientemente concebido e livre, assim, a oposição entre querer e dever, entre liberdade e dever não se sustenta. Para o autor, o fato de alguns quererem agir moralmente, e outros não, implica quereres diferentes, uns morais e outros imorais, assim, não temos a oposição "querer *versus* dever"[61] (p. 54).

Na fundamentação moral, temos, como em qualquer fundamentação, de responder a um 'por quê'. O 'por' nos está dado formalmente como obrigação; é o que nos lança à justificação ou fundamentação. O 'que' refere-se ao conteúdo da obrigação. Todo juízo moral tem uma estrutura de obrigação, sobre a qual inserimos um conteúdo concreto. Responder ao 'porquê' corresponde a fundamentar o juízo de dever, em um passo a mais. Para essas explicações justificativas, apelamos, mais comumente, para os valores, que são a estimação de algo anteriormente percebido que torna possível a manifestação dos valores. Esse algo anterior são os fatos. Os valores estão sempre sustentados por fatos observáveis por qualquer um, e, por isso, são indicadores muito confiáveis, sobre os quais cabe fundamentar um juízo moral[82].

Como exemplificam Pose e Gracia[82], quando nos empenhamos para responder a um 'porquê' para o juízo de dever 'deves pagar os impostos', podemos justificar essa obrigação

explicando que, ao pagar impostos, podemos usufruir certos serviços que seriam impossíveis se não os pagássemos, como viajar de carro pelas estradas. Assim, de um fato (os serviços) brotam tanto valores, por exemplo, a comodidade de viajar de automóvel, como deveres, como o de pagar impostos pertinentes para que conduzir um carro pela estrada seja possível.

Esse encadeamento de fatos, valores e deveres é fundamental na construção de um juízo moral. Na deliberação, segundo a proposta de Diego Gracia, esses três âmbitos da experiência moral vão constituir os três momentos do procedimento deliberativo.

A fundamentação chega ao nível dos fatos, mas a argumentação é feita no âmbito dos valores. São os valores que nos obrigam 'moralmente' e não os fatos, embora esses sejam suportes dos primeiros, mas isso é tudo. Com efeito, as discordâncias nas equipes de saúde não costumam ser acerca dos fatos, mas sobre sua interpretação e representação, e isso tem a ver com os valores. O difícil na argumentação sobre valores é que não fomos habituados a isso na cultura da hegemonia dos fatos.

A ética não vem dada, há que ser construída em três momentos, como ensina Diego Gracia: cognitivo (dos fatos e que se orienta pela lógica cognitiva); o da valoração, estimação ou preferências (dos valores); e o da realização, que é o mais propriamente moral, é o momento do dever, do ato voluntário. A moral envolve, então, as faculdades cognitiva (fatos), emocional (valores) e volitiva (deveres) da inteligência humana. O momento 'valorativo' requer o complemento do momento 'volitivo', da disposição para realizar os valores em um projeto, projetando adiante. O momento valorativo na realidade precede o cognitivo, embora a deliberação sobre os valores seja o segundo momento no procedimento. Assim que fazemos a experiência dos fatos, sentimo-nos afetados por esses.

5.5.1.1 Os Fatos

Fato é todo dado de percepção, portanto, algo objetivo, contundente e impositivo. De maneira geral, são dados da realidade observáveis por qualquer um[82]. No Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, temos que 'fato' opõe-se ao que é 'ilusório, fictício ou apenas possível'[89]. O fato tem um sentido descritivo, concreto e traz consigo uma ideia de objetividade mais forte do que o fenômeno. "O fenômeno pode ser apenas uma aparência, uma percepção individual; o fato, pelo contrário, é sempre tido como real; faz parte das coisas tais como são"[89] (p. 388).

Na linguagem cotidiana, muitas vezes, 'fato' e 'acontecimento' equivalem-se. Chamamos de acontecimento um "fato digno de nota"[90] (p. 877), mas, no aspecto filosófico, 'fato' distingue-se do 'acontecimento', na medida em que o último apenas se aplica ao que acontece em um tempo e lugar particulares, não ao que perdura. Como exemplifica o Vocabulário: "uma instituição é um fato, não um acontecimento; uma batalha é, simultaneamente, um acontecimento e um fato: um acontecimento, na medida em que é considerada como um conjunto de ações que aconteceram em determinado lugar e em determinada data; um fato, na medida em que é considerada como um elemento da realidade cuja existência é incontestável para o historiador e pode servir de base para raciocínios ou hipóteses, etc."[89] (p. 389).

Na clínica, como nos ensina Diego Gracia em suas aulas, os fatos correspondem aos sinais, já que os sintomas, por incluírem a percepção subjetiva do paciente e a forma como o profissional abarca essa percepção em sua prática, abarcariam outro âmbito, o dos valores.

A percepção ou observação de um fato pode ser direta ou indireta. É 'direta' quando vemos, tocamos, ouvimos algo de maneira imediata, e é indireta quando essas sensações são obtidas por meio de uma representação ou por qualquer outro

meio complementar. Por exemplo, posso perceber o osso do corpo diretamente procedendo a uma dissecção ou a uma radiografia[82].

Fazemos juízos descritivos sobre os dados, ou seja, reproduzimos o que a realidade mostra como dado perceptivo. Nesses juízos, identificamos uma qualidade real que atribuímos a um sujeito, em uma enunciação feita no presente do indicativo, por exemplo, 'o fêmur está fraturado' ou 'a manhã está chuvosa'. São juízos que se prestam à vida diária e, também, para a ciência dar a conhecer seus avanços[82].

Mas nem todo juízo enunciado de maneira indicativa e no presente são juízos de fato. Por exemplo, 'tal ação é injusta', 'o que fizeram para o paciente é desumano', ou mesmo 'a manhã está bela' podem, aparentemente, ser iguais, e o são na estrutura de enunciação, mas não no que expressam. Por serem aparentemente iguais, muitas vezes, passam, ou se tenta passá-los, por juízos similares, juízos com um grau igual de certeza, mas isso não é assim. Os juízos 'o fêmur está fraturado' ou 'a manhã está chuvosa' expressam um fato, um dado da percepção. Já os juízos 'tal ação é injusta' 'o que fizeram para o paciente é desumano', 'a manhã está bela' expressam a estimação de uma percepção: são juízos de valor[82].

Não podemos confundir fatos com valores. Os fatos se percebem e os valores se estimam. E estimar não é perceber, ainda que admitamos que sem a percepção não seria possível a estimação[82].

A centralidade, ou exclusividade do fato, levou ao positivismo que, hegemônico na produção da ciência moderna, a chamada ciência positiva, acabou por influir, também, nas teorias éticas. Essas foram perdendo seu sentido emotivista e fazendo-se mais racionalistas, pois também a moral deveria submeter-se às leis do positivismo[4].

O positivismo é, paradigmaticamente, representado por Auguste Comte, que, desde sua primeira obra, aos 24 anos de

idade, afirmava que a humanidade havia passado, ao longo de sua história, por três períodos: o teológico ou ficcional; o metafísico ou abstrato; o científico ou positivo. Comte pensava que, depois da ciência moderna e da maturidade que a humanidade havia atingido com a racionalidade científica, a moral só poderia fundamentar-se em critérios científicos. Ou seja, precisava abandonar os preceitos teológicos e os princípios metafísicos que a vinham fundando para seguir os mesmos critérios lógicos e epistemológicos que as ciências naturais, ainda que concedesse primazia absoluta do sentimento sobre a razão, como influenciado por David Hume que foi. Por isso, Comte denominava a moral de 'física moral'[4] (p. 347).

A 'moral positiva' identifica o bom com o útil nos âmbitos pessoal, familiar e social. O critério objetivo era fazer triunfar os 'instintos de simpatia e solidariedade' sobre os puramente egoístas, instaurando o 'amor universal'[4].

Os avanços da matemática, da lógica e da ciência empírica levaram os neopositivistas, a partir da década de 30 do século XX, a utilizar a lógica matemática como ferramenta e a submeter todas as proposições a uma estrita análise lógica, rejeitando como carentes de sentido todas as que não se ajustarem a tais normas. Assim, todas as proposições metafísicas são 'pseudoproblemas', erigindo-se uma concepção científica. 'Pseudoproblemas' eram todas as tentativas de dotar de conteúdo racional o que só tinha conteúdo emotivo. Distinguiram-se dois tipos de linguagem: a 'cognitiva' ou 'expressiva' e a 'emotiva' ou 'evocatória'. Para os neopositivistas do Círculo de Viena, os problemas metafísicos surgiram da pretensão de dotar de significado cognitivo as expressões que só tinham significado emotivo. Julgavam que a ética era um dos âmbitos em que essa confusão reinava absoluta e declararam que poriam um fim nisso. Rudolph Carnap, um dos primeiros integrantes do Círculo, deixava claro que os predicados valorativos 'bom', 'belo', que estavam presentes em muitos juízos, se tivessem caráter

empírico, deveriam ser considerados juízos descritivos ou empíricos e, portanto, não-valorativos. Se não tivessem caráter empírico, tratar-se-iam de proposições 'indecidíveis' ou 'pseudoproposições'. Em ambas as alternativas, os juízos éticos eram impossíveis. Assim, não restava para a Filosofia outra alternativa a não ser tomar os princípios morais ou supremos de uma pessoa ou de um grupo social como proposições fácticas, em boa medida relacionadas com os sentimentos de dor ou prazer que não tinham justificações. A filosofia só poderia, a partir desses princípios, estabelecer um sistema dedutivo que permitisse ordenar lógica e sistematicamente as normas morais. A ética utilizaria, pois, tanto uma linguagem emotiva ou evocatória que não poderia ser aprendida pelas técnicas da lógica formal, como outra, cognitiva e expressiva, que, sim, seria passível de formalização[4] (p. 348).

As consequências dessa compreensão para a Bioética expressam-se no principialismo de Tom Beauchamp e James Childress[53], mas essa abordagem mostra-se insuficiente para abarcar a riqueza da realidade e coloca as questões morais como cálculos de sobrepeso de direitos, em uma abordagem dilemática, de lógica utilitarista.

Essa compreensão é terreno fértil para as teorias de escolha racional e constitui solo árido para a deliberação. Na proposta deliberativa de Diego Gracia, os fatos são importantes, pois fazer juízos morais com dados ruins é perigoso; os fatos permitem, na bioética clínica, um melhor conhecimento da realidade, porém os fatos conformam apenas um dos âmbitos da deliberação. Precisamos evitar dois equívocos comuns na Bioética: ignorar os fatos ou tê-los mal esclarecidos para as decisões necessárias e reduzir a ética aos fatos, em uma falácia naturalista. Deliberamos sobre fatos, valores e deveres. Passemos ao segundo nível, os valores.

5.5.1.2. Os Valores

Os fatos sem os valores são cegos, mas os valores sem fatos são vazios. São dois âmbitos distintos, mas relacionados. Todos nós valoramos, estimamos. Valorar é uma ação necessária dos seres humanos, não há quem não valore. A valoração não equivale à percepção, embora dessa necessite. A tudo que percebemos, necessariamente, atribuímos um valor. A estimação está mais influenciada pelos sentimentos do que pela percepção. A intuição dos valores, como explica Diego Gracia, ocorre por meio dos sentimentos, como a percepção das cores se dá pelos sentidos. Os valores não se veem, não se tocam, não são dados concretos da sensação ou percepção. Ancoram-se nos fatos, sem com esses se identificarem. Por ancorarem-se nos fatos, é claro que não são exclusivamente sentido ou sentimento, tampouco se resumem à intuição, mas incluem construção individual, sócio-histórica e cultural. Assim, os valores têm algo de intuído e de construído, ao mesmo tempo. A partir daquilo que apreendo por intuição, ou seja, do que tomo conhecimento sem qualquer mediação, posso elaborar meus raciocínios. Disso também decorre que não há fatos puros. Os fatos vêm com os valores, como seus depositários que são, como diz Max Scheler[91].

Definir 'valor', embora seja algo que permeia toda a nossa vida, não é tarefa fácil. Entretanto, a dificuldade de definição não implica que não possamos compreender o que vem a ser um valor ou indicá-lo. Considerando isso, talvez o primeiro que venha a nossa mente seja o valor econômico, porém há vários outros tipos de valor: estético, moral, religioso, intelectual, dentre outros.

Muitas vezes, somos capazes de encontrar um valor como objeto do querer, mas não de defini-lo. Ou seja, o valor está claro para nosso espírito como objeto de uma intuição emocional, mas não está claro como objeto conceitual ou lógico. Isto é, sabemos o que é esse objeto e que o queremos quando o encontramos, no

entanto, se nos perguntarem sobre ele, não saberemos dizer nada, apenas mostrar[92].

Na atenção básica, é essencial reconhecer que um valor pode estar claro como objeto de intuição emocional e, ao mesmo tempo, obscuro como objeto lógico, pois ajuda a compreender as diferenças entre as lógicas do profissional e do usuário ao valorar as questões relativas à saúde. Não é raro ouvirmos 'isso não tem lógica'. Também não é difícil que fiquemos sem resposta ao sermos questionados sobre uma 'aparente falta de lógica' de nossas escolhas. A intuição dos valores pode ser clara para cada um de nós individualmente, mas precisamos nos alfabetizar para fazermos as trocas dessas intuições. Para isso, além de aprendermos uma linguagem, precisamos nos abrir à possibilidade da pluralidade.

Do ponto de vista psicológico, o valor corresponde a um 'investimento afetivo'. Nossa relação com os objetos é mediada por estruturas de assimilação que conferem sentido a eles, e por afetos, que conferem valor positivo ou negativo aos objetos, estimando-os positiva ou negativamente[61].

A herança fenomenológica pode nos ajudar a compreender que a racionalidade humana é um, mas não o único, modo de ser do espírito como atitude. A razão se comporta como um ato, um agir, um movimento, um processo que se desenrola no tempo. Não é uma postura estática, uma posição fixa e eternizada de uma improvável razão pura, em uma atemporal universalidade. Assim, abre-se um enorme campo de compreensão da racionalidade a partir da diversidade de modos comportamentais de ser. Os comportamentos humanos são vistos como movimento, ficando evidente sua intrínseca diversidade. Esses movimentos, ainda que se delimitem pelas capacidades de movimentação do substrato corporal, divergem amplamente no modo de estruturarem-se entre si e no tempo, o que acaba por constituir a diversidade de comportamentos culturais expressos no modo de comer, sentar, dançar, etc. As atitudes do espírito

não escapam a isso, nem mesmo a razão, que pode ser compreendida, também, como movimentos. O que pode provocar equívocos, gerando desacordos que assinalei como comuns na saúde, é o fato da razão conservar traços semelhantes em meio à diversidade, mas, mesmo tendo traços semelhantes, pode se comportar de maneiras diversas, conforme as épocas, as culturas e, principalmente, as peculiaridades de cada um de nós. A razão configura movimento, um modo de comportamento, um modo de ser em atos. Não poderia, então, existir um único modo de conduzir a razão, assim como não existe um único modo de sentar, de comer ou de dançar[92]. E entendo que isso é especialmente verdadeiro em relação à a razão prática, que é a que nos interessa na deliberação dos conflitos de valores. De fato, a razão se comporta de formas diferentes, por isso, as culturas, os modos de pensar, as significações, os interesses são diferentes. Pelo fato de conduzirem ' a razão de modos diversos, ninguém pensa exatamente igual ao outro. Assim como são infinitamente diversos os modos de agir, muito diversos podem ser os modos de estruturar os atos racionais no tempo e na sua relação com seus objetos. A razão é dinâmica, é movimento e não estatismo. O produto da razão, suas obras como positivações de conceitos, podem ser estáticos, mas, ainda assim, mesmo esses 'estáticos' são alvos de constantes críticas e reelaborações, mantendo a essência dinâmica da razão como movimento, processo.

Para quem é formado pela herança positivista, como somos na saúde, herança essa que se arraiga cada vez mais na prática clínica com a voga dos cuidados baseados na evidência, reconhecer a intuição, o movimento como constituintes legítimos da razão e as diferenças de comportamentos e estimações como simples diversidade e não em relações de superioridade e inferioridade constitui exercício difícil, tarefa árdua no caminho para uma clínica humanizada e ampliada, no trilhar de uma bioética deliberativa.

A teoria acerca dos valores não começa antes do século XVIII. As primeiras são escocesas e voltadas para a economia. Em Filosofia, é difícil encontrar uma concepção de valor, uma teoria, por assim dizer. Todos falam de valor, mas não o definem. Destaca-se Max Scheler, que desenvolveu a Ética Material dos Valores a partir do que aprendeu como discípulo de Hurssel.

O mundo dos valores é escorregadio e complexo, crendo alguns que nele pode imperar o subjetivismo do tipo 'eu gosto', 'me agrada', 'eu não gosto', 'eu o valorizo positiva ou negativamente'[92] (p. 24), mas as coisas não são assim, não dependem simplesmente do gosto de cada um, "porque hay gustos que merecen palos" [92] (p. 25). A questão dos valores ultrapassa a esfera da intuição pessoal, da captação pessoal do valor e abarca o cultivo das predisposições necessárias para apreciá-los, para degustá-los. A educação em valores corresponde ao cultivo das condições que nos preparam para degustar certos valores[93].

Na formação dos enfermeiros e médicos, esta compreensão parece essencial, pois os momentos de prática na vida acadêmica deverão se constituir espaço privilegiado para essa semeadura e cultivo de valores essenciais ao bom profissional.

No ensino, explícita ou implicitamente, sempre ocorre uma transmissão de valores, por meio da palavra do professor ou de suas atitudes, do seu fazer ou de suas omissões. Não há ensino neutro. A atividade educativa é sempre carregada de valores, por isso é imprescindível aclará-los, verbalizá-los, para que possamos tratá-los de forma serena e dialogada, para não cair no doutrinamento[93]. Além da formação dos profissionais, a educação em saúde, atividade essencial na atenção básica, não escapa dessa transmissão de valores. Nesse aspecto pode estar a chave para o fomento de emancipação e cidadania ou perpetuação da heteronomia e subserviência.

Uma questão importante, especialmente quando falamos de educação, é se os valores valem realmente ou se somos nós

que concedemos valores às coisas, que, por isso, nos parecem valiosas. Se aceitarmos a primeira, o subjetivismo torna-se inevitável, pois é cada um de nós inventa seus próprios valores. Se aceitarmos que os valores são reais, só nos restará descobri-los e tomá-los como tal; não poderemos entender por que cada um de nós tem diferentes estimações sobre os fatos. De fato, a questão pode ser compreendida se tomarmos um pouco de cada posição. Os valores valem realmente e, por isso, nos atraem e nos comprazem, não são apenas puras criações subjetivas. Consideramos certas coisas boas por descobrirmos nelas algum tipo de valor e não porque, subjetivamente, lhes arbitramos um valor. Os valores, nesse sentido, são qualidades reais das pessoas, das coisas, das instituições e dos sistemas, mas a realidade é dinâmica e contém um potencial de valores latentes a serem inventivamente descobertos pela criatividade humana[93].

Os valores, como a liberdade, a solidariedade e a beleza, valem porque, com efeito, permitem-nos, em uma expressão que Cortina toma de Zubiri[93], "acondicionar" o mundo, para que possamos nele viver plenamente como pessoas. As pessoas imbuídas de sua criatividade podem desenhar um incrível leque de possibilidades e novos mundos, mas temos de distinguir a "criação", que é fruto da liberdade, da "aberração", produto de mentes excitadas. "Acondicionar la vida sólo puede hacerse desde la creación y no desde aberración" (p. 30-1).

Então, os valores são qualidades reais das pessoas, das coisas, das ações; valem realmente e põem o mundo em condições para que os seres humanos possamos habitá-lo. Um mundo injusto, insolidário, sem liberdades, sem beleza não reúne as mínimas condições de habitabilidade. E isso nos motiva, impele-nos a, criativamente, dar corpo aos valores de justiça, liberdade, solidariedade e beleza, por exemplo[93].

Assim como há fatos por toda parte, também há valores, já que os primeiros carregam sempre valores. Onde há um fato, há ao menos um valor. E como a todo valor corresponde um contra-

valor, ou desvalor, já somam dois valores a cada fato. Retomando o fato 'a manhã está chuvosa', posso acrescentar tanto 'que bom, pois poderei ficar em casa lendo' ou 'que pena, pois havia combinado um passeio ao parque com uns amigos'. Um mesmo fato tem pelo menos dois valores distintos, mas pode haver muitos mais. Os fatos são únicos, ou chove ou não chove, mas os valores são diversos, isto é, plurais e polares, caro e barato, agradável e desagradável, justo e injusto, belo e feio, etc.[82].

Como qualidades reais, ainda que não tenham a mesma objetividade dos fatos, os valores são, em grande medida, objetivos. Os dados de percepção são quase inapeláveis. Assim, os fatos, ao serem passíveis de observação, são muito objetivos, ainda que caibam discussões sobre eles. Os valores também se discutem, o que indica que tem algo de objetivo, ou não faria sentido a discussão sobre eles. Por exemplo, quando alguém afirma que o quadro 'Las Meninas', de Velásquez, é um belo quadro, não está dizendo unicamente que essa tela é bela para si, mas que a qualidade 'beleza' pertence ao quadro como seu atributo e que, por isso, o considera 'belo'. Se os valores não fossem parcialmente objetivos seria impossível a vida pessoal na sociedade. Os valores costumam ser um descobrimento compartido por várias pessoas e avalizado pela opinião de expertos[82].

Um valor não é um objeto, não é uma coisa, não é uma pessoa, mas está na coisa (uma bonita paisagem), na pessoa (uma pessoa solidária), em uma sociedade (uma sociedade respeitosa), em um sistema (um sistema econômico justo), nas ações (uma ação boa)[93].

Os valores sustentam-se nos fatos e são, de alguma forma, ideais, porque não estão totalmente realizados. Como assinala em suas aulas Diego Gracia, há duas teorias sobre idealidade que se destacam na filosofia: a platônica e a construtivista. A primeira entende que os ideais estão em algum lugar fora do mundo real, em um mundo ideal, ou seja, em algum lugar de um mundo ideal

está a 'beleza em si', e as manifestações de beleza do mundo real participam dessa 'beleza em si'. O mundo ideal é, então, um mundo onde todos os valores estão na sua plenitude, na sua perfeição, 'estão totalmente realizados'. No mundo ideal, está a 'beleza em si' que é a 'beleza em toda a sua plenitude'. Para a compreensão construtivista, os valores e a idealização dos valores são construídos. Ambos são, assim, construções dos seres humanos. Todos nós geramos essa construção ideal dos valores para podermos viver, para dar sentido às nossas vidas. As idealizações dos valores funcionam como móbiles de nossas ações, da nossa vida prática. A Filosofia também gera, ou melhor, constrói mundos ideais, idealizações de valores: total paz, total saúde, total felicidade, total justiça. Quanto à Saúde, especificamente, há idealizações desse valor construídas socialmente e não somente no âmbito da Filosofia. Basta lembrarmos a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde como completo bem-estar físico, social e mental. Os valores perfeitos, em sua plenitude, não estão realizados, ou seja, os valores não se encontram, e não se encontrarão, perfeitamente concretizados no mundo real e é justamente a busca de sua realização, a disposição para lhes dar corpo, que nos move na vida prática, na vida moral. A proposta de Diego Gracia parece-me que se aproxima mais da segunda compreensão de valores, ou seja, toma-os como construções individuais, culturais e sócio-históricas.

Dos valores, surgem os juízos valorativos, que se apoiam nos juízos de fato, ou de percepção. Quando dizemos que 'a verdura está cara' ou que 'a temperatura pela manhã está agradável' estamos fazendo e expressando juízos de valor. Esses, embora os mais sutis, são os mais importantes, pois são os que dão sentido e motivam nossas vidas[82].

Nas situações eticamente problemáticas da clínica, é nos juízos de valor que estão as discordâncias e é onde tem de se

concentrar o maior exercício de diálogo, tolerância e compreensão.

A tolerância configura uma atitude de compreensão dos comportamentos alheios e não de julgamento a partir de um sistema moral fechado. Inspira o respeito às diferenças pessoais e culturais, contanto que não se ultrapassem alguns limites. O tolerante visa a um entendimento planetário das várias culturas e condena a colonização moral de uma cultura sobre a outra, entretanto, não pensa que tudo é válido ou aceitável. Se fosse assim, seria confundir tolerância com indiferença e falta de solidariedade[61].

Como propõem Pose e Gracia[82] com base nos ensinamentos de Moore e Ortega, um bom modo de identificar valores é fazer um experimento mental, ou método: pense em algo que considera um valor, pense que esse desapareceu da face da Terra. Se considerar que se perdeu algo extremamente precioso, imprescindível para a vida, o algo pensado era, verdadeiramente, um valor. "Un valor es aquello que si no existiera, faltaría algo importante; un valor es aquello que se nos hace imprescindible. La verdad es que la importancia de los valores es apenas señalada"[82] (p. 13).

Nas palavras de George Moore[94], como explica o filósofo o método que chamou de 'isolamento':

> The method which must be employed in order to decide the question What things have intrinsic value, and in what degrees? (…) In order to arrive at a correct decision on the first part of this question, it is necessary to consider what things are such that, if they existed by themselves, in absolute isolation, we should yet judge their existence to be good (….) If we isolate (….) things, which are mere means to good, and suppose a world in which they alone, and nothing but they, existed, their intrinsic worthlessness becomes apparent[94] (§ 55 ¶ 2).

Não podemos confundir a eliminação do valor com o desaparecimento do fato que o suporta. Por exemplo, no caso do quadro "Las Meninas", suponhamos que, em um ato de

vandalismo, alguém o queime, destruindo-o. A obra terá sumido. Seremos privados da beleza ali expressa, mas o valor 'beleza' continua existindo, sendo ele próprio a provocar que lamentemos ainda mais o desaparecimento do quadro.

Pelos valores, vivemos, morremos e, inclusive, matamos. Os valores que parecem ser mais débeis que os fatos, posto que se associam ao subjetivo, são nossos 'sinais de identidade', 'o volume de nossa intimidade'. "Por los hechos somos iguales, por los valores nos diferenciamos y nos enriquecemos. Con los valores es con que lo forjamos nuestras vidas, con lo que construimos nuestros sueños y, al fin, con lo que proyectamos nuestro mundo de deberes"[82] (p. 14).

Os valores conformam o planeta onde nos movemos com a bússola e o mapa morais. Resultam de investimento afetivo, da estimação, correspondendo à energética da vida em geral e, em particular, da vida moral. Os valores podem ser assimilados intelectualmente, podem ser pensados, ou seja, pode ser objeto do conhecimento. Da mesma maneira, podem ser experimentados como investimentos afetivos que são. Cada um de nós tem que ter consciência de seus próprios valores, de seu projeto de vida, do projeto de felicidade que move suas ações, pois nossa ação moral depende desse conhecimento. Cada um de nós tem de conhecer os próprios valores e esforçar-se para torná-los claros para os outros. É um equívoco pensar que os valores que movem nossas ações estão ou são evidentes[61]. Isso é essencial na deliberação.

Os fatos carregam os valores e esses sustentam os deveres. Na clínica, os valores equivalem, muitas vezes, a sintomas que, embora tomados como dados da clínica, apresentam-se na história de maneira muita distinta dos sinais. A ética clínica começa com os dados clínicos, mas não se resume a esses, pois o intento de incluir os valores na tomada de decisão significa aumentar sua correção e qualidade. Os enfermeiros e médicos decidem com base em fatos e valores. No entanto,

segundo nos alerta Diego Gracia em suas aulas, como não têm o hábito de incluir a discussão sobre os valores na conversa com os usuários, há o risco de que os profissionais decidam com base nos fatos clínicos e nos seus próprios valores, não considerando o que cada usuário toma como valor para si. Por isso, nos encontros de cuidado com os usuários temos de conceder espaço para sentarmo-nos e falarmos dos seus valores, pois esses podem ser verbalizados, aliás, temos que verbalizá-los para deliberar. E, sem dúvida, a clínica na atenção básica é terreno propício para que possamos fazer uma 'história' de valores, que nos permita fazer sua gestão na assistência, mas essa não é tarefa fácil; somos analfabetos em termos de valores, ou melhor, de sua expressão ou verbalização.

Encontramos algumas tipologias para os valores. Max Scheler, como reproduz Cortina[93], divide os valores em: valores sensíveis (prazer / dor, alegria / pena); valores da civilização (útil / prejudicial); valores vitais (nobre / vulgar); valores religiosos (sagrado / profano) e valores culturais ou espirituais. Os valores espirituais incluem os: estéticos (belo / feio); ético-jurídicos (justo / injusto); especulativos (verdadeiro / falso).

Com base nessa tipologia de Scheler e também na do filósofo espanhol Ortega, Adela Cortina propõe como distintos tipos de valores[93]: os sensíveis (prazer / dor, alegria / tristeza); os úteis (capacidade / incapacidade, eficácia / ineficácia); os vitais (saúde / doença, força / fraqueza); os estéticos (belo / feio, elegante / deselegante, harmonioso / caótico); os intelectuais (verdade / falsidade, conhecimento / erro); os morais (justiça / injustiça, liberdade / escravidão, igualdade / desigualdade, honestidade / desonestidade, solidariedade / insolidariedade) e os religiosos (sagrado / profano).

Moore[94] e outros filósofos reconhecem dois tipos principais de valores: 'intrínsecos' e 'instrumentais'. Os valores instrumentais são valiosos por referência a outros valores, por isso, são também chamados 'valores meio'; constituem

instrumento 'para', 'valem para', 'servem para', ou seja, têm valor em referência a algo diferentes deles mesmos. O dinheiro é um valor instrumental por antonomásia, pois ele vale pelos bens e serviços que nos permite adquirir. Isto é, permite valorar e fazer a transação de outros valores instrumentais, mas não pode ser tido como um 'valor em si'. Os valores instrumentais são permutáveis e têm uma unidade de medida, porque não têm valor de uso, somente de troca. Os 'valores intrínsecos' ou 'valores fim' são 'valores em si', ou seja, têm 'valor em si'. É algo importante, imprescindível. O método do 'isolamento', descrito anteriormente, proposto por Moore[94], presta-se, especialmente, à identificação desse tipo de valores. São os 'valores fim' que dão sentido à vida humana; não têm preço e cada um tem valor em si e não 'para algo'. Constitui-se em uma perversão moral fazer dos 'valores instrumentais', 'valores intrínsecos'.

Por exemplo: considerar a perfeição na utilização de uma linguagem diagnóstica de Enfermagem como 'valor fim' da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode constituir uma perversão moral, já que o 'valor intrínseco' da SAE é o cuidado excelente e seguro, e não a máxima destreza no manuseio de linguagens. A aplicação competente da SAE é um 'valor instrumental' para o cuidado, que é seu 'valor fim'. A ética requer que realizemos, após deliberar prudentemente, tanto os 'valores intrínsecos' como os 'valores instrumentais'.

Nessa visão, Diego Gracia, em suas aulas, nos leva a diferenciar 'cultura' de 'civilização'. Para ele, a civilização equivale à sociedade repleta de valores instrumentais, e 'cultura' refere-se ao conjunto de valores intrínsecos. Concordando com Zubiri, Diego Gracia distingue a 'adaptação do meio' da 'adaptação ao meio'. A 'adaptação do meio' corresponde à ação típica do ser humano sobre o meio ambiente, utilizando-se, especialmente, do trabalho e gerando a 'cultura'. A 'adaptação ao meio' é ação característica dos animais em relação ao meio ambiente. Nós

seres humanos vivemos, segundo Gracia, em um mundo cultural e não no meio natural.

Com base na Ética Material dos Valores de Max Scheler, Diego Gracia nos ensina que os fatos dão suporte aos valores segundo sua especificidade, isto é, a diferentes realidades cabem distintos valores, que lhe são próprios. Tudo que tem 'matéria' sustenta os 'valores materiais' e, por isso, tornam-se valiosas, são bens. Os 'valores materiais' abarcam: o 'valor de coisa', o 'valor de função' e o 'valor de estado', ou, respectivamente, 'valores técnicos', 'valores simbólicos' e 'valores de utilidade'. Os 'valores materiais' são expressos na antítese agradável-desagradável e tendem à realização do que é agradável[92]. As realidades vivas, e somente elas, suportam 'valores vitais', ou seja, valores que não podem ser reduzidos a um conceito, como coisas; eles compreendem a antítese 'nobre-vulgar', não podendo, por isso, ser igualados ao valor de 'coisas agradáveis', mas, por outro lado, também não estão à altura de 'valores espirituais'[92]. Apenas nós seres humanos somos suportes para os valores espirituais; são valores próprios da pessoa. Ancoram-se nos objetos, nos fatos, nos fenômenos ou nas coisas do mundo pessoal, entretanto, independem completamente da esfera vital do corpo e do meio, e nós os apreendemos nas funções do perceber sentimental, ou espiritual, dos atos de amar, odiar, preferir. Os valores espirituais constituem atos irredutíveis a quaisquer funções biológicas, ou seja, não se dão por necessidade biológica do ser humano. Cada um de nós pode amar objetos espirituais diversos.

Os valores espirituais são próprios do ser humano porque, para Scheler, segundo Volkmer[92], ele é um cidadão de vários mundos ou esferas de ser, com uma posição essencialmente peculiar. O ser humano, pela possibilidade de alçar-se até a esfera espiritual, desprendendo-se, assim, das demais esferas do ser, torna-se diferente dos outros seres viventes. Seu espírito está intimamente relacionado e em movimento, em trânsito,

entre as diversas e distintas esferas do ser, e por não estar ligado a nenhuma delas pode transitar em qualquer direção, sair de si e voltar-se para si mesmo, no movimento permanente da razão entre os vários mundos (o mundo do real, das coisas, do contingente, da sensibilidade, das essências, do pensamento).

Os valores religiosos ou os valores do santo e do profano constituem, para Scheler, a classe mais elevada dos valores. Mostram-se em uma classe de objetos intuídos como absolutos, anteriores a qualquer conceituação[91,92].

Nos valores materiais, primam os valores instrumentais e, nos vitais, encontram-se tanto os instrumentais como os valores intrínsecos. Um equívoco frequente é aplicar um valor a um suporte que lhe é inadequado, por exemplo, 'elegância' aos animais, ou quando lemos nos periódicos científicos, em artigos que incluem experimentação animal, que os animais usados nos testes receberam um 'trato humano'.

Da mesma forma, Diego Gracia destaca algumas características dos valores. A primeira delas é a 'universalidade'. Todos nós fazemos a experiência dos valores, individual e socialmente. A 'pluralidade' é outra característica dos valores, ou seja, eles variam de pessoa para pessoa, de cultura para cultura, de geração para geração. Entretanto, apesar dessas mudanças, os valores mantêm 'em si' algo de perene. Por exemplo, a beleza sempre foi tomada como um valor, entretanto, ao longo da história pessoal de cada um de nós e das sociedades, o que é tido como 'belo' varia. Os valores, como já foi dito, são polares, assim, a 'polaridade' é uma terceira característica dos valores. Por isso, a descrição mais adequada do valor beleza, por exemplo, seria belo / feio. Os valores sempre equivalem ao pólo positivo; no negativo, está o contra-valor, desvalor ou não-valor.

Uma quarta característica dos valores é a hierarquia, ou seja, a escala pela qual se distribuem. Intuitivamente, apreendemos alguns valores como mais preciosos do que outros. Isto é, percebemos que alguns valores situam-se mais acima e

outros, mais abaixo, em uma determinada escala. Isso leva-nos a vê-los como 'superiores' ou 'inferiores', quando comparados entre si e com referência na escala[91].

Para Scheller, os valores espirituais estariam no topo e os materiais, na base da escala, ficando os demais no meio. Por ter como critério a intuição, ou seja, a preferência, a hierarquia dos valores pode parecer extremamente subjetiva, mas, como alerta Scheler[91], a superioridade de um valor não decorre unicamente de sua preferência, pois ela guarda relação intrínseca com a matéria que o sustenta. Com isso, Scheler propõe uma escala que tem por superiores os valores exclusivos dos seres humanos: os espirituais[91].

A hierarquia dos valores é invariável, porém as regras de preferência variam com o tempo. Considerando isso, Scheler considera o 'preferir' um ato de preferência, da realização do que foi preferido. O 'preferir' pode ser 'intuitivo', ocorrendo de modo completamente 'automático', sem ser consciente, ou pode consistir em uma atividade constante, consciente e acompanhada de reflexão. Quando a preferência de um valor ocorre de maneira intuitiva, sua realização acontece como se fosse um "abandono entusiasta"[91] (p. 154) da pessoa ao valor, que, como superior, parece arrastá-la, puxá-la. Ao contrário, quando a preferência de um valor superior resulta de ato consciente, a pessoa avança até ele, penosamente[91]. O 'ato de preferir' é o mesmo em ambas as situações, entretanto a realização do valor acontece de maneira diferente. Na preferência consciente, é possível o 'postergar', o 'adiar a realização do valor'. Assim, a superioridade e a inferioridade dos valores definem-se tanto pelo 'preferir', como pelo 'postergar'.

A "percepção sentimental"[91] (p. 154) dos valores baseia-se, necessária e essencialmente, no 'preferir' e 'postergar', já que todos os valores se ajustam, mutuamente, na hierarquia:

> Puede finalmente darse, al preferir, la conciencia de 'que existe allí un valor superior al dado en el sentimiento', sin que este valor superior *mismo* sea percibido. Pues lo mismo puede ser 'dado' en el acto de *preferir* B ante A, *como* en el de *postergar* A tras B, el hecho que el valor B es superior al valor A; no obstante son completamente distintos ambos modos de aprehender la misma relación de jerarquía[91] (p. 154).

Como a intuição da superioridade de um valor frente a outro resulta do próprio 'ato de preferir', não há como existir uma hierarquia essencial, uma 'escala de valor padrão', prévia à intuição da superioridade ou inferioridade dos valores. A escala de valores surge no mesmo momento em que ocorre o 'ato de preferir' e, assim, não há como deduzir a ordem hierárquica dos valores a partir de um padrão hierárquico anterior, pois esse inexiste[92].

A superioridade de um valor resulta da: maior durabilidade; menor extensão e divisibilidade; menor dependência de outros valores para sustentar-se; maior profundidade da satisfação decorrente de sua percepção sentimental; menor dependência entre sua percepção sentimental e posição dos depositários concretos que possibilitam o próprio 'perceber sentimental'[n] e o 'preferir'. Em outras palavras, quanto mais elevados forem os valores, menos serão desejados, divididos, dependentes de fatores materiais, mas serão mais satisfatórios de serem vividos e perdurarão por mais tempo. Por outro lado, quanto mais inferiores forem os valores, mais fácil será desejá-los, dividi-los e administrá-los[95].

---

[n] O 'perceber sentimental' resulta da intuição emocional do valor, mas não é um estado emocional. O 'perceber sentimental' é ato intencional próprio do espírito humano e tem objetividade material e intuitiva. Para Scheler, os atos emocionais básicos do espírito, atos de amor e de ódio, antecedem os atos da razão teorética (representar, julgar) e os da razão prática (atuar, agir). Assim, a intuição emocional do valor antecede sua generalização racional, sua teorização. Por ser anterior a tudo, o ato de intuição emocional fundamenta o querer prático e o conhecimento teórico, equivalendo aos atos de amor ou de ódio que nos atraem ou nos afastam dos valores, em um 'perceber sentimental' desses mesmos valores[92].

Para a ética de Scheler, os valores dispõem-se na seguinte ordem crescente: (1) valores de conforto físico ou valores de prazer; (2) valores pragmáticos, do que é útil; (3) valores da vida; (4) valores intelectuais de justiça, beleza e conhecimento da verdade; (5) o sagrado. Os valores inferiores (1 e 2) podem ser administrados, calculados e divididos; seu excessivo cultivo na sociedade acaba levando à divisão de seus membros. Os valores da vida (3) pertencem à sua esfera nobre e se manifestam na natureza (valores do meio ambiente) e nas pessoas (heroísmo). Os níveis mais elevados da escala (4 e 5) só podem ser vividos por meio de sentimentos, profunda e puramente, pessoais[95].

O saber popular ensina que os valores duradouros são preferíveis aos valores passageiros e variáveis. Para a Filosofia, essa afirmação constitui-se problema. A duração é, em primeiro lugar, um fenômeno temporal, absoluto e qualitativo que implica a forma como os conteúdos preenchem o tempo. Os valores duradouros são os que têm em si o 'poder' de existir ao longo do tempo, de maneira completamente independente do quanto perdure seu depositário objetivo[91]. Por exemplo, o amor que temos a uma pessoa persiste mesmo depois de sua morte. Essa duração do valor independentemente do tempo de duração do dado (fato) que lhe sustenta caracteriza o 'ser valioso de algo', pertencente à própria essência das vivências. Enquanto os valores superiores são eternos, os valores inferiores são fugazes, extinguindo-se com o fim do seu depositório[91]. O valor de uma comida dura enquanto ela estiver em condições de ser consumida, nutrindo e mantendo a vida.

A divisibilidade e a extensão dos valores delimitam seu alcance. Quanto mais altos, menos divisíveis são os valores. Ou seja, os valores superiores não necessitam ser fracionados para que muitos possam participar dele. Por exemplo, o valor da comida diminui à medida que a fracionamos em diversas porções, mas com os valores do belo, do conhecimento, da verdade isso não acontece. Por exemplo, uma obra de arte não tem seu valor

diminuído ao ser apreciada por muitas pessoas; talvez ocorra o contrário: seu valor aumente. A obra de arte, também, não precisa ser fracionada em porções para poder ser apreciada por muitos, porém seu valor depende da durabilidade do seu depositário; se a obra de arte se estraga, perde seu valor. O sagrado não é diminuído quando mais pessoas participam de um culto religioso, por exemplo. Também, o sagrado não depende de nenhum depositário material; seu depositário pode ser a pessoa infinitamente santa ou o divino[91,92].

A fundamentação de um valor sobre o outro, também, é uma característica que determina a superioridade ou inferioridade dos valores[91]. Como explica Scheler: o valor B fundamenta o valor A quando o valor A não ocorre sem a existência de B. O valor B é o fundante, que, por isso, é mais alto na hierarquia. Assim, para Scheler, por exemplo, o 'útil' se fundamenta no valor 'agradável', pois o útil é o que, intuitivamente, desvela-se como meio para o agradável. Os valores superiores são os que menos se fundamentam sobre os demais; o valor superior absoluto é o que fundamenta todos os outros[91,92].

Da fundamentação dos valores, decorrem sua fortaleza e urgência. Os mais urgentes são mais fortes, ocupando posições inferiores da hierarquia. Se os valores da parte de baixo da escala ruírem, todos os demais veem abaixo com eles, por isso, quanto mais inferiores, mais fortes são os valores. Por exemplo, os valores materiais sustentam a todos os demais e são hierarquicamente inferiores aos valores espirituais, que, embora superiores, não gozam da mesma fortaleza que os valores materiais. Os valores inferiores são mais urgentes porque sem eles os demais ficam impossibilitados; é urgente realizá-los para que deem sustento aos valores superiores, possibilitando sua existência. Os valores espirituais acabam, em última instância, se fundamentando nos valores materiais, que, por sua vez, sustentam a vida. Sem comer não vivemos, sem viver não podemos apreciar o belo (valor espiritual), por isso, o valor

material 'comida' torna-se urgente em relação aos outros dois (beleza e vida).

A 'satisfação' é outra característica dos valores. A 'percepção sentimental' de um valor acompanha-se de uma dada satisfação, que não equivale a um mero 'estado', mas configura-se em uma 'vivência de preenchimento' correspondente à quando um valor vem a preencher uma intenção que visa ao próprio valor. O valor é tanto superior quanto maior for a profundidade de satisfação[92].

Os valores são objetivos porque decorrem de um ato intencional do espírito que os intui como fatos, mas os valores são 'fatos puros', isto é, fatos que não guardam relação com a existência real. A objetividade do valor diz respeito ao 'fato' de ser objeto de um ato intencional; a objetividade de um valor não diz respeito à existência do valor como algo real[92]. Por exemplo, a justiça é um valor; constitui-se 'fato puro', objetivo, intuído como valor, ainda que vivamos em um mundo injusto. Isso é o que Harbermas chama de 'realidade contra-fáctica'. Os valores formam uma 'realidade contra-fáctica' intuída. A objetividade dos valores consiste na 'intuição contra-fáctica', muitas vezes, difícil de ser expressada, por ser intuída e não decorrente da existência real do valor. Ou seja, os valores não são deduzidos da realidade, ainda que se sustentem em fatos reais e dependam desses para se concretizarem no mundo real, da existência.

Portanto, a objetividade do valor está no ato intuitivo e não na sua existência real. Aí se dá a principal conexão material entre os valores: nenhum valor poderá existir objetivamente se não acontecer o ato que o intui. Assim, o 'valor agradável' depende da intuição do 'sentir sensível', que, por sua vez, depende da existência de um ser dotado de sentimentos sensíveis, capaz de um 'sentir puro'[92].

A dignidade humana, no meu entender, é um desses valores, pois independe da realidade do seu depositório, da realidade do ser humano. Daí as grandes polêmicas na Bioética,

sobre o 'estatuto moral do embrião', da 'eutanásia', por exemplo. A evidência do valor da pessoa dá-se pelo sentir puro para muitos.

Outra característica dos valores, para Diego Gracia, é a sua conflituosidade. Os valores são muitos e não podem ser realizados todos de uma só vez e ao mesmo tempo. Os conflitos ocorrem nos dois sentidos da escala de valores. Quando há um conflito de valores, temos de ser capazes de identificar os valores que estão em conflito para podermos lidar, a contento, com a situação conflitiva. Quando alguém não é capaz disso, pode ser auxiliado na tarefa. Por exemplo, quando uma equipe clínica consulta um comitê de Bioética para ver como pode manejar uma situação eticamente conflituosa, está solicitando assessoria na identificação dos valores em conflito, em um dado caso clínico. A vida moral consiste em realizar valores após deliberar sobre eles e, para isso, temos, antes de tudo, que identificá-los, especialmente nas situações de conflito.

A tragicidade é outra característica dos valores. Nossa obrigação moral é resolver os conflitos de valores de modo a realizá-los ao máximo possível. É claro que não conseguimos isso sempre e todas as vezes; são nessas situações que se instalam as tragédias, comprometendo-se a própria vida. A narrativa de Antígona[o], de Sófocles, com o conflito entre os valores da piedade e da justiça, constitui exemplo paradigmático da tragédia. Antígona, proibida pelo próprio tio de enterrar seu irmão, que era tido como um traidor, vê-se ante dois valores: a justiça que decorre de sua relação de cidadania com o Estado e a piedade decorrente de suas relações com sua família, com seu irmão. Em

[o] Essa é uma das narrativas que estudamos no Máster dentro da proposta da Ética Narrativa, que inclui também a representação de obras teatrais, a discussão de filmes e de poesias ou obras de arte. Segundo Ogando e García[96], a vida é experiência com estrutura narrativa, assim, a narração constitui uma forma transcendental de pensamento, sendo um bom veículo para criar significados e coesão cultural e social. A narrativa propicia a descoberta de situações ao provocar a comparação entre o narrado e o vivido[96].

qualquer opção que fizesse, Antígona lesaria um dos valores. Se enterrasse o irmão, prejudicaria a justiça, e, se cumprisse as ordens do Estado de não enterrar o irmão, não realizaria o valor piedade.

São os valores que conferem conteúdo aos deveres, que correspondem, somente, ao aspecto formal da obrigação moral. O nosso dever moral é realizar valores. Nosso dever moral não é realizar um 'valor moral', pois o 'valor moral' consiste sempre na realização de 'valores extramorais'.

5.5.1.3 Os Deveres

É no âmbito dos deveres que se encontra o mais próprio da ética e da Bioética, pois a experiência moral é a experiência do dever.

A esfera do dever, como ensina Diego Gracia, tem dois níveis: o 'dever ideal', 'deveria', e o 'dever realizável', 'deve'. O raciocínio moral se dá em ambos os níveis do dever, ou seja, abarca o impossível necessário e categórico das proposições do tipo 'deveria' e o possível de ser realizado e hipotético das proposições do tipo 'deve'. O dever moral é levar 'o que há' ao 'deveria', no menor tempo possível. Antes de chegarmos ao 'deve', temos de passar pelo 'deveria', que é o momento de idealidade.

Os valores têm uma característica essencial: demandam sua realização, ou seja, requerem se tornar realidade, ganhar corpo, encarnar-se. O 'realizar valores' é o próprio da ética.

A ética não trata diretamente dos fatos, embora parta deles para a deliberação. A ética também não trata dos valores, embora sua obrigação seja tornar os valores reais. A ética trata dos deveres[82].

Nosso único dever ético é realizar valores, isto é, torná-los realidade na vida cotidiana; concretizá-los, encarná-los na realidade. Nas palavras de Pose e Gracia[82] (p. 14):

> el deber se define precisamente como aquello que toda persona tiene que realizar como su más preciado tesoro: los valores.

Os deveres fundamentam-se nos valores, pois esses clamam por sua realização. Por exemplo, a 'justiça' nos pede que sejamos justos; a 'verdade', que sejamos verazes; o 'sagrado', que sejamos religiosos[82].

O dever de realizar valores que sentimos como uma obrigação é a experiência moral. Essa é ato introspectivo que se converte em fatos objetivos por meio da práxis que torna real os valores, quando esses ganham corpo, encarnam-se na realidade.

A vida moral marca-se por um fracasso que lhe é inerente: nunca conseguiremos a realização completa de todos os valores. É o que Hare[97], com base nos ensinamentos kantianos, chama de *moral gap*[97] (p. 1), que poderíamos traduzir por 'abismo moral', 'fosso moral' ou 'lacuna moral'. Hare[97] considera uma estrutura tríplice para a moralidade: a demanda moral; nossas capacidades naturais, que são defectivas; e uma fonte, de reconhecida autoridade, da qual emana a demanda. Segundo o autor, há uma lacuna, um fosso entre as demandas morais que recaem sobre nós e nossas capacidades para viver segundo essas demandas.

Depois da eliminação dos elementos religiosos da filosofia moral racionalista pós-kantiana, a questão do *moral gap* é tema controvertido na ética[98]. Não vamos entrar nessa questão, pois fugiria de nosso escopo. Basta destacar que, como nos lembra Diego Gracia nas aulas, há uma inadequação entre demandas e capacidades morais, um '*gap* constitutivo' que implica a impossibilidade de uma vida moral plenamente realizada. Temos que ter consciência disso, porque esse '*gap* constitutivo' da vida moral torna mais importante a deliberação sobre os valores a realizar.

Da mesma forma que os valores, os deveres podem entrar em conflito. Assim, podemos nos deparar com o problema: Como

fazer, se dois ou mais valores nos requerem sua concretização ao mesmo tempo? Como fazer, se estimo que a realização de um valor significa malograr, parcial ou totalmente, um outro ou outros? Essa é a típica situação de conflito de valores. É disso que trata a Bioética[82].

Os conflitos de valores e deveres tornam essencial e necessária a ética como ação deliberativa. Da deliberação no nível dos valores, passamos para a deliberação no nível dos deveres, a fim de definir o que devemos fazer em um caso concreto, como devemos agir para realizar os valores em uma situação específica e real. É assim que a ética torna-se uma disciplina prática, pois é muito diferente o que 'deveria ser' do que 'deve ser'[82]. 'Deveria' e 'deve' são duas dimensões distintas da experiência moral do dever.

Temos de distinguir as obrigações *prima facie,* os deveres em princípio, 'em princípio deveria', das obrigações de fato, reais, 'deveres reais'. Uma obrigação *prima facie* deve ser cumprida, a menos que conflite, em determinadas ocasiões, com uma obrigação de igual ou maior força, o que requer de nós determinar o que fazer, encontrando a obrigação real[4].

Essa distinção vem bem a calhar para a bioética clínica, pois não são raras as situações nas quais se deve escolher entre valores conflitantes, quando temos que deliberar entre os níveis do 'deveria' e do 'deve'. As exceções que, em muitas situações de conflito de valores, faremos ao categórico do 'deveria' não significa que o 'deveria' deixe de existir, tampouco implica a perpetuação da exceção, como muitos, usualmente, pensam. A deliberação há de ser feita a cada situação, assim, sempre vale o imperativo, o 'deveria' como obrigação *prima facie* e não a exceção, o 'deve'.

Nossa vida se sustenta em um 'mundo de valores', que, a medida que são descobertos, por intuição e cognição, passam a integrar, por projeção, um 'mundo ideal'. Cada um de nós traz em si esse 'mundo ideal'. Se eu descubro a beleza, quero que

tudo seja belo; se descubro a justiça, quero que tudo seja justo; se descubro o amor, quero que todos nos amemos; se descubro a paz, quero que não haja guerras. Tudo o que intuímos e reconhecemos como valioso, projetamos e convertemos em um 'mundo ideal', o mundo do 'deveria ser', mas que, na realidade, não o é[82] (p. 14). O 'mundo ideal', do 'deveria ser', conforma uma espécie de imagem objetivo que perseguimos, que buscamos realizar no cotidiano de nossas vidas.

A esfera do 'deveria' está fundada nos valores, pois somente os valores 'devem ser', como no caso dos valores positivos, ou 'devem não ser', como no caso dos negativos ou dos desvalores[92].

Em outras palavras, o 'mundo ideal' constitui nosso horizonte de 'vida boa'. Ninguém pode viver sem esse 'mundo ideal', pois implicaria uma vida sem sentido. Perder o 'sentido da vida', perder esse 'mundo ideal', ou não descobri-lo, é equivalente a morrer[82] (p. 14).

Ao nos empenharmos para a concretização do 'mundo ideal' do 'deveria ser' no nosso cotidiano, surgem as perguntas que abrem espaço para a deliberação dos deveres: de que maneira posso realizar os valores? Quando? Por quanto tempo?[82] (p. 14).

O 'mundo ideal', o 'deveria', não resolve os problemas do cotidiano. Nas situações de conflito de valores, necessitamos de outro tipo de 'projeção', mais enraizada nos fatos e que nos deixe claro o que temos que fazer em cada caso concreto. Para determinar o que 'devo', tenho que contar com a opinião dos demais, dialogando, para alcançar um intercâmbio de *doxas* (opiniões). Para determinar o que devo fazer nas situações reais, de conflito de valores e deveres, não posso olhar unicamente para o 'mundo ideal':

> Yo sé muy bien que no debería haber guerras, ni homicidios, ni injusticias, ni enfermedades, ni actos inmorales, pero ¿puedo yo, hombre de carne y hueso, evitar todo esto de modo absoluto? El mundo real es muy distinto al mundo ideal, o dicho de otro modo, el mundo del "debería" es muy otro que el mundo del "debe". Sin aquél yo no podría vivir en éste, y sin éste aquél sería una absoluta ilusión[82] (p. 15).

Nas aulas e nos contatos com os profissionais, muitos falam que 'a teoria, na prática, é outra coisa'. Compreendo isso como a forma de expressarem a inadequação entre o que acreditam que 'deveriam fazer' e o que conseguem realizar. Compreendo como a forma de deixarem expresso o *moral gap* da vida profissional. Como não conseguem fazer a distinção entre 'deveria ser' e 'deve', reconhecendo o 'deve' como a concretização do 'deveria ser' no mundo real, vivenciam o *moral gap* constitutivo da vida moral como falha no cumprimento dos deveres. Os profissionais não percebem que, muitas vezes, estão realizando valores de maneira a adequar o 'deveria', ideal ao 'deve', realizável. Ao não compreenderem isso, sentem-se frustrados, insatisfeitos, inseguros, em um verdadeiro sofrimento moral de quem se considera totalmente inadimplente com suas obrigações morais. Acredito que se os profissionais compreendessem as distinções entre 'deveria' e 'deve', perceberiam essas situações de conflito moral de maneira mais real e menos frustrante.

O âmbito do 'deveria', somado ao real, indica o que devo fazer aqui e agora. Em outras palavras, 'eu creio que deveria fazer X, mas nesta situação devo fazer Y'. A articulação do 'deveria' com o 'deve' há de ser feita com 'responsabilidade moral', expressa na decisão prudente, como uma decisão responsável[82].

Os juízos prescritivos, normativos contêm os mandatos para a realização dos valores positivos[p] e para a prevenção dos negativos: 'deves cumprir tuas promessas'; 'não deves mentir'; em que 'cumprir as promessas' e 'dizer a verdade' equivalem ao positivo[82].

Os juízos de 'dever' têm uma linguagem bastante peculiar, do tipo 'deve' e 'não deve'. É uma linguagem imperativa, categórica, porque os juízos morais mandam e ordenam que façamos algumas coisas e evitemos outras. O objeto dos juízos de dever não é conhecer a realidade, mas ordená-la[82]. Daí ser horizonte normativo, horizonte de vida boa.

As ordens que emanam dos juízos morais são conjugadas no futuro. Enquanto alguns juízos ordenam o passado, ou o presente, os juízos morais só ordenam o futuro. Assim, mesmo antes de se tornarem realidade, os juízos morais já impelem a consciência de cada um. Os juízos morais movimentam a 'consciência moral': "La conciencia moral es el tribunal supremo desde el que salen y al que vuelven los juicios morales"[82] (p. 15).

A consciência moral manda e, ao mesmo tempo, assume o seu próprio mandato. A ordem e sua recepção constituem momentos distintos da consciência moral, sendo que a inadequação parcial entre a ordem e seu cumprimento não passa despercebida. O dever, ordem, mandato equivalem à realização requerida pelos valores, mas, além de realizar os valores, temos de justificar os deveres, isto é, explicar porque determinados mandatos nos compelem a sua realização e outros não. Essa justificação corresponde à responsabilidade[82]:

---

[p] O Professor Diego Gracia, mais recentemente, vem considerando como valor somente os positivos, por isso, não faço no texto a distinção entre valor positivo e negativo. Assumo que valor é sempre algo positivo; o negativo é o contra-valor, desvalor. É uma característica própria dos valores manifestarem-se em pólos opostos, por exemplo, beleza / feiúra. O valor encontra-se no pólo positivo, e o desvalor, no negativo.

> Ya no basta con que tengamos la 'buena intención' de realizar valores, incluso 'sentir' el deber de hacerlo, sino que hemos de 'responder' (de ahí responsabilidad) de por qué hemos de realizar unos y no otros, y de las consecuencias de la realización de cada uno de ellos, etc. Quien percibe el valor 'salud' o 'belleza' es seguro que se va impelido por el deber de contribuir con ella; pero en su puesta en práctica, ha de medir las consecuencias. Recordemos que lo ideal sería un mundo donde nadie muriera, donde no hubiera enfermedades, pero la realidad es que la gente muere, etc. No debemos ser ciegos a la realidad por una especie de encantamiento del mundo ideal. Los valores piden su realización, pero piden también su justificación con arreglo a la naturaleza de la cosas y a las consecuencias previsibles. Éste es el tema de la bioética: actuar con responsabilidad, pues si bien cabe partir de posiciones apriorísticas, convicciones profundas, deberes absolutos, etc., éstas han de ser siempre contrastadas con lo que nos demanda cada situación concreta. No podemos confundir lo absoluto con lo real, y por tanto con lo que se puede y se debe hacer en un caso concreto[82] (p. 15).

Se os profissionais de saúde na atenção básica reconhecessem as diferenças entre os distintos âmbitos da experiência moral, tentando articulá-los na sua prática, não considerariam a ética como tão distante de seu cotidiano ou como uma 'vigilância externa' sobre seu agir.

Fundamentar os juízos morais constitui tarefa difícil e muito custosa, que requer uma responsabilidade, engendrada a partir da boa análise dos fatos, valores e deveres, e que resulta no 'agir responsável'[82] (p. 15). Quem analisa minuciosamente os fatos e despreza os valores e os deveres não age responsavelmente. Também não demonstra responsabilidade quem se prende à análise dos valores, desprezando os fatos e os deveres. Os que se prendem ao reconhecimento dos deveres a cumprir, sem considerar os fatos e os valores, também, não atuam com responsabilidade.

A razão, o raciocínio partem sempre de um sistema de referência prévio, o 'mundo ideal' do 'deveria', e, a partir daí, elabora 'esboços', propostas provisórias, suposições dos deveres a cumprir. Esses 'esboços morais' têm de ser contrastados tanto com a 'referência prévia', como com a realidade e as

consequências. Baseando-se nos ensinamentos de Zubiri, Gracia[4] chama de 'experiência moral' o contraste do 'esboço moral' com a realidade, explicando que:

> una vez elaborado el esbozo, el hombre tiene que contrastarlo con la realidad en la experiencia[4] (p. 498).

Os 'esboços' correspondem às explicações dos fenômenos, em uma criação mental. Eles não são apenas de ordem moral. Há esboços científicos, matemáticos, etc. A cada tipo de 'esboço' corresponde uma forma específica de 'contraste'. O 'esboço científico', relativo à natureza, contrasta-se com a realidade por meio dos experimentos. O contraste dos 'esboços' matemáticos é feito por intermédio de comprovações e demonstrações. Os 'esboços' relativos a acontecimentos da vida humana, os 'esboços morais', não podem ser contrastados com a realidade da mesma maneira que esses outros dois tipos de 'esboço'. Ou seja, não podemos fazer a 'experiência' dos 'esboços morais' por comprovação ou ensaios experimentais. A 'experiência moral' requer, para seu contraste com a realidade, 'identificação' e 'conformação'. A favor disso, Gracia argumenta: a experiência interpessoal, de duas pessoas que se querem, dá-se por "compenetración"[4], isto é, por 'identificação' das ideias e dos sentimentos; a experiência que cada um de nós faz ao longo de sua própria biografia acontece por "conformação"[4], provação física de minha própria realidade, "experiencia de mí mismo"[4]. Destaca-se, no contraste próprio à 'experiência moral', a 'conformação', já que a 'experiência do dever moral' é primariamente pessoal[4] (p. 498-9).

Por ser uma forma de experiência, a 'experiência moral' consiste em um tipo de discernimento. A experiência moral é sempre casuística, porque o contraste do esboço se dá em cada situação concreta; o discernimento é feito em cada caso específico. O 'esboço' é genérico e abstrato; a 'experiência', o discernimento, 'concreta' e 'específica'. Por ser uma atividade da

razão humana, sem o momento de concretude a vida moral é impossível. A razão é geral e o processo de 'contraste' é particular, ainda que ambos ocorram inseridos nos planos individual, social e histórico da vida humana[4].

É devido a sua inserção nos planos social e histórico da vida humana que a racionalidade moral pode modificar-se, transformar-se lógica e historicamente e, também, pode interferir na realidade, mudando a história da humanidade e das vidas pessoais[4]:

> Es inútil pensar que puede establecerse una racionalidad moral absolutamente ajena al contexto social y al momento histórico. Y a la vez, es también ingenuo creer que todo se reduce a esto último, de tal modo que la moralidad se agota en ser mera convención sociohistórica. La razón moral es histórica, pero es también un potente instrumento de transformación de la historia (p. 502).

Por se logicamente impossível esgotar toda a realidade, abarcá-la por completo, os juízos de dever são sempre prováveis, ou seja, são juízos dialéticos, não apodíticos, ainda que expressos em linguagem imperativa e categórica.

Deliberar sobre deveres corresponde a atribuir conteúdos à 'experiência moral'. Os conteúdos da ética são construídos intersubjetivamente, depois da deliberação dos valores, que deu sequência à deliberação dos fatos. Em sentido aristotélico, podemos dizer que os conteúdos da 'experiência moral' visam a unir 'viver bem' com 'agir bem', possibilitando o 'ser feliz', a 'felicidade', o 'supremo bem'.

Se nosso dever ético é 'realizar valores', convém retomarmos a questão do 'valor moral' e de sua realização. Para realizar o valor moral, temos que tratar dos demais valores, pois ele consiste na realização dos 'extramorais'. Quem somente quer 'ser bom', dificilmente o será, pois o 'ser bom' consiste em realizar os demais valores. Por exemplo, o 'bom médico' realiza o valor 'saúde', não o que é 'bom', como algo abstrato e genérico.

O 'bom' e o 'mau' moral são matéria da intuição do valor moral, entretanto, não integram a hierarquia de valores, que constitui a materialidade da ética, a materialidade do 'ato moral'. Os valores da hierarquia são a matéria do 'ato moral', por isso a realização do 'valor moral' decorre da realização dos valores 'extramorais'[92]. O 'bem moral' não se constitui em objeto definido ao qual se aspira. O 'bem moral' conforma-se espontaneamente no momento da realização dos demais valores, especialmente dos superiores[95].

Adela Cortina[93] alerta-nos que o 'valor moral', por provocar a integração responsável dos demais, acaba por cobrar-nos, veementemente, sua realização na sociedade:

> No quiere decir esto que no sean esenciales los valores estéticos (la belleza, la elegancia), los religiosos (lo sagrado, lo trascendente), los de la salud (la salud, la agilidad), los intelectuales (el conocimiento, la evidencia), o los de la utilidad (lo útil, lo eficaz), sino que son los morales los que parecen estar de actualidad; tal vez porque nos percatamos, con razón, de que desde ellos podremos ordenar los restantes de una forma ajustada a las exigencias de nuestro ser personas, ya que los valores morales actúan como integradores de los demás, no como sustitutos de ellos (p. 19-20).

Segundo Cortina[93], há filósofos que, ao proporem uma classificação para os valores, distinguem os valores morais como um âmbito específico, com conteúdos determinados. Como exemplo, cita o espanhol Ortega, que considera como valores morais: a 'bondade', a 'justiça' e a 'lealdade'. Max Scheler, como explica Cortina[93], não entende que o 'valor moral' constitua uma classe peculiar dos valores, ao contrário, compreende que a conduta moralmente adequada consiste em realizar, concretizar os demais valores, de maneira justa, prudente, enfim, correta. Em sua proposta deliberativa, Diego Gracia assume a concepção de 'valor moral', segundo o entendimento de Scheler[q], por isso,

---

[q] Diego Gracia assume o entendimento de Scheler para 'valor moral', ainda que tenha algumas restrições à Ética Material dos Valores, proposta pelo filósofo. Entretanto, discutir essa questão foge do escopo do presente trabalho.

compreende que nosso único 'dever moral' consiste em realizar os valores, e que a ética trata da realização dos valores.

Diferentemente de Diego Gracia, e concordando com Ortega, Adela Cortina reconhece a existência de valores especificamente morais, como: a 'liberdade', a 'justiça', a 'solidariedade', a 'honestidade', a 'tolerância ativa', a 'disponibilidade ao diálogo', o 'respeito à humanidade nas demais pessoas e em si próprio', entre outros[93].

Pelo que entendo das explicações de Diego Gracia, os valores que Adela Cortina distingue como especificamente morais estão como que grudados nos demais valores. Isto é, o 'valor moral' guarda uma relação simbiótica com os demais valores e se realiza, espontânea, necessária e simultaneamente à realização dos valores 'extramorais'. Por exemplo, ao solicitar o consentimento dos pacientes antes de fazer qualquer procedimento, estarei realizando um 'valor técnico' ou um 'valor jurídico' e, ao mesmo tempo, realizo os valores da liberdade, da honestidade e do respeito à autonomia das pessoas, no âmbito da relação clínica. E só poderei realizar todos esses valores, se os tiver intuído como 'objetos de meu amor', em um ato moral intuitivo, que decorre, por sua vez, de um ato emocional intuitivo do espírito. Segundo o que tenho estudado e aprendido com Diego Gracia, entendo como ato intuitivo o ato da razão humana que ocorre sem mediação.

Os filósofos que distinguem o 'valor moral' como um âmbito específico do mundo dos valores, também, compreendem que o próprio da vida moral não se resume à realização dos valores morais. Ao contrário, compreendem que a realização do valor moral depende, em grande medida, da disposição da pessoa para realizar os valores que não são especificamente morais. A vida moral inclui a predisposição para encarnar na realidade os valores de utilidade, de saúde, os estéticos, organizando-os harmonicamente, "integrándolos de una forma plenamente humana"[93] (p. 47). É assim que damos conta de nosso dever moral.

5.5.2 O procedimento deliberativo

A partir de algumas publicações[32,99,100,101,102], da observação e das anotações que fiz a partir durante as aulas do Professor Diego Gracia que acompanhei no estágio de pós-doutorado, descrevo as etapas da deliberação, enquanto um procedimento para análise de problemas morais.

O processo deliberativo, enquanto um procedimento, inclui as seguintes etapas e passos:

A) Deliberação sobre os fatos: (1) apresentação do caso; e (2) esclarecimento dos fatos do caso;

B) Deliberação sobre valores: (3) identificação dos problemas morais do caso; (4) indicação do problema moral fundamental; e (5) identificação dos valores em conflito;

C) Deliberação sobre os deveres: (6) identificação dos cursos de ação extremos; (7) identificação dos cursos de ação intermédios; e (8) identificação do curso de ação ótimo;

D) Deliberação sobre as responsabilidades: (9) aplicação das provas de consistência ao curso de ação ótimo, que são as provas de: tempo, publicidade e legalidade; (10) decisão final.

Descrevo, a seguir, as etapas e os passos do procedimento deliberativo, que se encontram esquematizadas no Quadro 2.

Antes de prosseguir com a descrição, esclareço que, devido a aprendermos, nas aulas, o procedimento deliberativo por meio de simulações de sessões de comitês de ética, a descrição que faço trará algumas peculiaridades mais próprias a esse cenário da deliberação, do que à deliberação que acontece na relação clínica, mas, como discutimos nos espaços de ensino com o professor Diego Gracia e com Carlos Pose, a deliberação no âmbito da relação clínica segue os mesmos passos e fases, ainda que sem a dinâmica peculiar das sessões de deliberação coletiva dos comitês. Vale lembrar que, em verdade, os comitês de ética funcionam como 'assessores deliberativos' em conflitos morais da clínica, que ajudam aos profissionais de saúde e aos usuários na apreensão de possibilidades de cursos de ação prudentes a serem efetivados, em realidade, no bojo de uma relação clínica.

Quadro 2 - Etapas e passos do procedimento deliberativo, segundo a proposta de Diego Gracia

A. Deliberação sobre os fatos	1. apresentação do caso clínico 2. esclarecimento dos fatos do caso
B. Deliberação sobre valores	3. identificação dos problemas morais do caso clínico 4. indicação do problema moral fundamental 5. identificação dos valores em conflito
C. Deliberação sobre os deveres	6. identificação dos cursos de ação extremos 7. identificação dos cursos de ação intermédios 8. identificação do curso de ação ótimo
D. Deliberação sobre as responsabilidades	9. aplicação das provas de consistência ao curso de ação ótimo: tempo, publicidade e legalidade 10. decisão final

A) Deliberação sobre os fatos

1. Apresentação do caso: a pessoa responsável pelo caso apresenta-o aos membros do comitê de ética, contando a história clínica, com certa ênfase para os aspectos éticos. A pessoa responsável por essa apresentação, usualmente, é a que

descobriu o caso clínico como problema ético, não sabendo como deveria proceder.

Esta fase lembra muito uma sessão clínica e, em certa medida, ocorre de maneira semelhante a essa. Entretanto, o foco não está no problema clínico, mas no problema moral. É preciso explorar detidamente os fatos clínicos, a história clínica, pois sustentam os valores em conflito no caso. A história clínica constitui o suporte material do problema ético a ser analisado, tendo, então, de ser suficientemente conhecida e entendida pelos membros do comitê, a fim de que possam deliberar sobre os fatos.

Além dos aspectos clínicos, como o foco é a questão moral, é recomendável acrescentar na apresentação do caso os aspectos relativos às condições sociais, familiares, culturais, educacionais, religiosas e outros pontos importantes à compreensão e problematização da situação em seus aspectos morais, preparando terreno para a etapa seguinte: a deliberação de valores. Em relação aos dados clínicos, exploram-se: o diagnóstico, o que ocorre; o prognóstico, o que poderá ocorrer; e o tratamento, as alternativas terapêuticas.

2. Esclarecimento dos fatos do caso: Após a apresentação do caso, abre-se a palavra para que os participantes da sessão de deliberação esclareçam, com quem apresentou o caso, pontos que considerem pouco explicados, pouco claros. Eles, também, podem perguntar por pontos que consideram importantes para a compreensão do caso, mas que não foram incluídos na sua apresentação, explorando, até mesmo, o motivo de sua não inclusão.

Este passo é fundamental para o sucesso do procedimento deliberativo, porque, se o caso não for bem entendido, os erros dessa etapa arrastar-se-ão para as demais, impossibilitando a deliberação prudente. Da mesma forma que no passo anterior, os participantes da deliberação não podem se ater aos fatos clínicos

apenas, mas têm de explorar os aspectos éticos, religiosos, sociais, culturais, étnicos implicados no caso clínico. Isso não significa 'julgar' o caso ou as pessoas envolvidas no conflito. O objetivo desse passo é que quem participa da deliberação possa entender o caso da maneira mais clara possível, abrangendo de maneira compreensiva as diversas perspectivas implicadas na situação. O propósito é reduzir ao máximo possível as áreas de incerteza da situação, segundo as peculiaridades de cada caso. Com isso, facilitam-se a exploração e a identificação dos recursos disponíveis, para poder propor cursos de ação realizáveis, em uma apreensão compreensiva das possibilidades, segundo a própria realidade do caso.

B) Deliberação sobre os valores

3. Identificação dos problemas morais: listam-se todos os problemas morais que os participantes percebem no caso. Em princípio, será um problema moral tudo que for, de maneira quase que intuitiva, percebido como tal por qualquer um dos participantes da sessão de deliberação. Por ser o problema sempre uma dificuldade, uma dúvida, as perguntas são indicadas para enunciar os problemas morais na listagem.

A 'pergunta-problema' tem de ser formulada em linguagem precisa, clara, de forma a evitar ambiguidades. Assim, não é recomendável o uso de termos potencialmente polissêmicos como: autonomia, beneficência, não-maleficência, equidade, integralidade, entre outros. A imprecisão da linguagem usada no enunciado da 'pergunta-problema' dificulta encontrar os valores em conflito.

Quanto ao uso de termos próprios da linguagem dos princípios (autonomia, beneficência, não maleficência), além da imprecisão, há o risco de provocar a redução do conflito a uma pendência de direitos, que fecha o espaço à abordagem problemática, que possibilita a deliberação. Um exemplo de como formular uma 'pergunta-problema' seria: 'até onde chega a

responsabilidade de um médico diante de um paciente que não quer que lhe façam uma transfusão?'. Recomenda-se evitar questões binárias que levam a respostas do tipo 'sim' ou 'não'. Como exemplo: 'O médico deve respeitar a decisão de um paciente que não quer receber transfusão?', ou 'É lícito respeitar a decisão de um paciente que não quer receber transfusão?'. Também se recomenda evitar fórmulas do tipo 'é ético...?'. Retomando o exemplo, teríamos de evitar: 'é ético o profissional respeitar a vontade de um paciente que não quer receber transfusão?'. Esta pergunta, ainda que com uma roupagem da ética, não deixa de ser do tipo binária. Em uma reformulação da questão: 'até que ponto é correto ou incorreto o profissional desrespeitar a recusa de transfusão feita pelo paciente?'; 'até que ponto é melhor respeitar a vontade do paciente e não lhe transfundir?'. Também, não devem ser feitas perguntas de cunho legal, jurídico: 'É legal não transfundir um paciente que precise do procedimento e que não o queira?' ou 'É legal respeitar a vontade do paciente, ainda que isso possa lhe levar à morte?'. Esses tipos de perguntas induzem à falácia jurídica da Bioética.

A 'pergunta-problema' tem de ser feita com base na concretude da realidade do caso em discussão, ou seja, tem de se referir às pessoas nele envolvidas e considerar suas peculiaridades e circunstâncias. Assim, a 'pergunta-problema' não pode ser formulada de maneira 'genérica', 'padronizada'. Quanto mais adequada à realidade e quanto mais precisa for a pergunta, mais fácil será encontrar os valores em conflito e a resposta que buscamos na deliberação: o 'deve realizável'. Nem todas as 'perguntas-problema' listadas nesse passo corresponderão a um 'verdadeiro' problema ético; entre as perguntas listadas somente algumas dirão respeito a situações de conflitos de valores. Entretanto, no momento de efetivação desse passo no procedimento deliberativo, isso não tem importância. É útil que identifiquemos mais que sete e menos que quatorze 'perguntas-problema'. Uma lista reduzida de 'perguntas-problema' pode excluir os 'verdadeiros problemas éticos'. Uma lista extensa pode ser repetitiva.

4. Indicação do problema moral fundamental: dentre os problemas identificados no passo anterior, elege-se um para ser alvo de deliberação. Por não ser possível analisar todos os problemas listados, o mais indicado é escolher um, ou dois, como 'problema moral fundamental', antes de prosseguir com o procedimento deliberativo. Usualmente, quem indica o 'problema moral fundamental' é a pessoa que apresentou o caso para o comitê, pois se compreende que foi ela quem reconheceu o caso como problema.

5. Identificação dos valores em conflito: antes de identificar os valores em conflito, os participantes têm de verificar se a 'pergunta-problema' escolhida no passo anterior, como 'problema moral fundamental', representa, de fato, um conflito de valores, podendo ser objeto da deliberação. Em caso afirmativo, prossegue-se com o procedimento; em caso contrário, é preciso retomar a lista elaborada no passo 3 e repetir o passo 4.

Para identificar os valores em conflitos, é preciso colocar-se no lugar de quem apresentou o caso, pois foi essa pessoa quem o descobriu como um problema, vendo nele um conflito de valores e deveres. Não se trata de ser empático ou simpático, mas de exercitar um rápido *'role-playing'* mental, interno, no qual assumimos o papel, o lugar, de quem apresentou o caso. Por exemplo, se quem apresentou o caso foi uma enfermeira, há de se tentar ver o problema sob a ótica dessa profissional, da peculiaridade de sua profissão, de sua função na equipe e na instituição de saúde.

Um conflito de valores mal definido compromete o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso. Assim, na identificação dos valores em conflito, é indispensável usar uma linguagem bastante clara e precisa. Requer-se, dos participantes, atenção redobrada nesse passo, pois os valores implicam, para sua expressão, uma linguagem mais abstrata, mais propícia às

imprecisões e à qual não estamos habituados, já que somos mais acostumados a lidar com a esfera dos fatos e a utilizar a sua linguagem. Para expressar, linguisticamente, a identificação dos valores em conflito, temos de transpor, sem perder precisão, a linguagem concreta dos problemas para uma mais abstrata. Pela impossibilidade de lidar com muitos valores de uma só vez, convém isolar na identificação dos valores em conflito apenas dois ou, no máximo, quatro. Embora reconheçamos que há muitos valores implicados na situação, isolar uma quantidade maior que a recomendada pode levar à dispersão da discussão, em razão da extensão da lista, comprometendo o procedimento deliberativo e, consequentemente, a ação moral prudente.

Como representa Diego Gracia, em suas aulas, temos:

Valor Y ⟶ Problema X ⟵ Valor Z

C) Deliberação sobre os deveres

6. Identificação dos cursos de ação extremos: por 'curso de ação', entende-se cada uma das alternativas de solução para o caso. Os valores em conflito são dispostos em dois pólos opostos e a cada um deles corresponde um 'curso de ação' extremo. Um 'curso de ação' extremo é o que opta por um dos valores em conflito e o realiza, à custa do aniquilamento do outro. Por serem os mais imprudentes, os cursos de ação extremos consistem em caminhos a serem evitados. Para podermos evitá-los, temos que tê-los, claramente, elucidados.

Evitar os extremos não é tarefa fácil, porque a tendência da mente humana é pender, 'naturalmente', para os extremos, reduzindo problemas a dilemas e vislumbrando somente duas vias possíveis para a solução dos conflitos.

7. Identificação dos cursos de ação intermédios: tratamos de apreender as várias possibilidades da realidade, apontando 'cursos de ação' que se movem entre os pólos extremos, por isso, chamados 'cursos de ação intermédios'. Partem dos extremos, rumo ao centro, ao 'justo meio', onde está a prudência. Nesse passo, fica patente a racionalidade problemática que fundamenta a deliberação, permitindo vislumbrar os 'cursos intermédios'. No espaço dos 'cursos intermédios', situa-se a prudência.

8. Identificação do curso de ação moralmente ótimo: dentre os 'cursos intermédios', elegemos o 'curso ótimo', o que realiza ao máximo, ou prejudica o menos possível, todos os valores envolvidos no conflito. A ética não trata do 'bom', mas do 'melhor', da 'excelência', do 'ótimo'. Eleger o 'curso ótimo' requer da consciência moral de cada participante um exercício, cuidadoso, delicado e atencioso de comparação das opções. Por corresponder à eleição do 'ótimo', esse passo do procedimento deliberativo configura o momento moral propriamente dito. O 'curso ótimo' equivale à alternativa mais prudente e responsável, e costuma ser o 'melhor' dos cursos intermédios ou uma mescla de alguns.

Escolher o curso ótimo, e atuar segundo ele, não significa que, na prática, não ocorrerão falhas. Essas podem acontecer, por isso, é recomendável listar, a partir dos cursos intermédios, uma sucessão de 'cursos de ação' subsequentes ao 'ótimo', a ser percorrida em caso de falha do 'curso ótimo'. Diego Gracia recomenda que, nesse passo, pense-se, também, para qual dos pólos extremo se tenderá, se falharem todos os 'cursos intermédios' da sucessão proposta. Explica-nos, que, às vezes, a solução extrema é necessária, mas poderemos aplicá-la apenas depois de esgotarmos todos os cursos intermédios E antes de optar pelo extremo, Diego Gracia recomenda que, no caso de falha do 'curso ótimo' e de outros 'cursos intermédios', volte-se a

analisar a situação, pois, muitas vezes, as circunstâncias mudaram, tornando possível o vislumbre de novos cursos intermédios.

Os extremos são sempre, e em qualquer situação, soluções extraordinárias, de exceção. Um problema ético pode não ter solução, seja extrema ou intermédia, mas isso só poderá ser percebido depois de percorrermos o processo de deliberação.

D) Deliberação sobre as responsabilidades

9. Aplicação das provas de consistência: depois de escolhido o 'curso ótimo', temos de submetê-lo a uma comprovação de sua consistência. Faz-se isso por meio das provas de: (a) Legalidade: 'essa decisão é legal?'; (b) Publicidade: 'estaria disposto a defender publicamente a decisão tomada?'; (c) Temporalidade: 'tomaria a mesma decisão se tivesse mais tempo para decidir?'. Esses critérios de consistência, em conjunto, visam a comprovar a prudência e a responsabilidade do 'esboço moral' contido no 'curso de ação ótimo'. A prova do tempo tenta assegurar, em um exercício mental, que a decisão não seja precipitada, impulsiva, excessivamente movida pelas emoções, o que impediria sua prudência. A legalidade tenta evitar que se tomem decisões ilegais, pois há decisões morais, ilegais. A prova da publicidade visa a verificar se a decisão é passível de argumentação pública, responsável e justa. A decisão mais prudente é a que passa pelas três provas: legalidade, publicidade e temporalidade.

10. Decisão final: esse passo cabe a quem apresentou o caso ao comitê. Quem decide, sempre, são os envolvidos no caso e não o comitê de Bioética consultado para a 'assessoria deliberativa'. A decisão final é sempre de quem descobriu o caso como um problema moral.

Durante toda a sessão de deliberação, espera-se que cada participante: mantenha-se em escuta atenta; esforce-se para compreender a situação, analisar os valores implicados, argumentar razoável e consistentemente sobre os 'cursos de ação'; evite conversas e discussões paralelas, muito comuns para aliviar a tensão e a angústia provocadas pela situação. Cabe ao coordenador da sessão, nas deliberações coletivas em comitês, cuidar para que a sessão não se disperse ou se tumultue, assegurando a palavra de todos que queiram se manifestar.

5.6 PARA ENTENDER A ESTRUTURA DA FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA DELIBERATIVA DE DIEGO GRACIA

Diego Gracia é herdeiro do pensamento de dois grandes filósofos espanhóis do século XX, Xavier Zubiri e Pedro Laín Entralgo. É um pensador em intensa produção intelectual, com vasta obra, cuja grande riqueza consiste precisamente em sua contínua evolução, em sua abertura para modificações, para novos matizes e para novas proposições. Ele desenvolve seu pensamento de uma maneira não-linear, ou seja, dedica-se a um tema durante um período, para logo abandoná-lo por anos, e, quando o retoma, imprime-lhe novas matizes. A evolução do seu pensamento é mais facilmente seguida por meio de suas conferências e aulas, pois seus escritos não conseguem acompanhar a intensidade e o ritmo de sua produção intelectual[103].

Quando lemos na sequência temporal sua produção, notamos, como sem modificar a fundamentação estrutural, Diego Gracia vai a cada momento incorporando novas questões e preenchendo lacunas que estavam em aberto[103]. Concordo com Ferrer, quando diz que há sempre algo inédito a cada conferência ou aula do Professor, sendo nesses espaços que podemos saborear o 'mais novo' de sua produção.

O procedimento deliberativo que havia aprendido com o Professor em 1996, no Máster em Bioética, modificou-se muito em relação ao que acompanhei em suas aulas e conferências durante minha estada em Madrid em 2009. Tendo passado, mais recentemente, da linguagem ética dos princípios para os valores, ainda são poucas as suas publicações que registram os avanços e modificações que imprimiu a sua proposta inicial para a Bioética e para a deliberação, em 1991.

Considerando meus estudos da obra de Diego Gracia e as explicações de Ferrer[103], que analisa uma das fases da sua obra, teço algumas considerações sobre a obra em construção desse pensador contemporâneo, que é um dos 'fundadores da Bioética'.

Na base da 'estrutura de fundamentação' da proposta de Diego Gracia, encontra-se a fenomenologia de Xavier Zubiri. Dela, ele retira elementos ontológicos e gnosiológicos sobre os quais apoia sua teoria moral, que Ferrer denomina "ética formal de bens"[103] (p. 426).

Fundamentando-se na fenomenologia de Zubiri, tenta superar limitações e falácias de outras éticas: a 'naturalista', que passa do 'é' ao 'deve'; a 'idealista', que, no caminho contrário, passa do 'deve' ao 'é'; a 'antirrealista', que, desembocando no convencionalismo moral, renuncia a qualquer tipo de fundamentação. A apreensão da realidade, por intuição fenomenológica, assume na proposta de Diego Gracia caráter protomoral, ou seja, é estrutura fundadora, fundamento irredutível da moralidade humana, mas trata-se de um fundamento formal[103].

Intuímos a condição de 'boa' da realidade ao fazermos sua 'apreensão primordial'. Para Zubiri, como explica Ferrer[103], não há dois atos distintos, um de sentir (sentimentos) e outro, de inteligir (inteligência), mas somente um, que é, ao mesmo tempo, 'senciente' e 'intelectivo'[103].

O momento de deliberação sobre os fatos, do procedimento deliberativo, equivale à apreensão da realidade.

Zubiri, como afirma Ferrer[103], rejeita tanto a dualidade 'sentir-inteligir' como o binômio '*a posteriori-a priori*':

> O homem é sujeito de apropriações, está religado ao poder do real, obrigado a se apropriar do real para ser ele mesmo (p. 435).

A 'impressão da realidade' é o único 'fato imediato', sendo esse inconcusso, primário, intuitivo. Na 'impressão da realidade', por meio da 'inteligência senciente', atualizamos as 'coisas' como 'por si' reais, mas não como 'em si' reais. Isso equivaleria a um realismo ingênuo e, na 'apreensão da realidade', atualizamos as 'coisas' como 'formalmente reais', porém não há formalidade sem conteúdo. Assim, na 'apreensão da realidade', atualizamos, também, 'conteúdos reais'[103] (p. 428).

A exploração dos fatos, da história clínica, na deliberação, presta-se para que atualizemos a realidade do caso formalmente, como um caso 'por si' real e em seus 'conteúdos reais', ou seja, as circunstâncias e as peculiaridades próprias do caso.

Na fenomenologia zubiriana, a moralidade constitui um aspecto formal da realidade humana, e não um determinado conteúdo, pois o "homem é uma realidade formalmente moral"[103] (p. 429). O reconhecimento do homem como uma 'realidade moral formal' implica que, na 'apreensão da realidade', não atualizamos 'prescrições morais concretas'[103]. Definir tais prescrições é tarefa da deliberação.

Assim, na deliberação, depois da 'apreensão da realidade dos fatos', segue-se outro momento 'formal': a identificação dos valores em conflito. Considero-o 'formal', porque fazemos uma identificação, quase intuitiva, dos valores 'por si' e não enquanto conteúdos morais prescritivos.

Na fase em que Diego Gracia usava a linguagem do principialismo, já afirmava que a autonomia, beneficência, maleficência e justiça constituíam 'cânones vazios de conteúdo'. Tudo que diziam era: respeite o outro como pessoa autônoma;

não seja mal; pratique o bem e atue de maneira justa. Mas como fazer isso a cada situação? Ensinava-nos o Professor que, em tal pergunta, encontrava-se o espaço para a deliberação que dotaria os princípios de conteúdo, considerando as circunstâncias específicas de uma dada realidade. Observo que, mesmo tendo passado a usar a linguagem dos valores, abandonando a dos princípios, a 'estrutura da fundamentação' de sua teoria mantém-se, como é característico de sua produção[103].

A 'apreensão da realidade' inclui a atualização da 'coisa' e da própria inteligência, ou seja, além de atualizar a 'coisa por si', atualiza-se a realidade humana como 'si'. Na 'apreensão da realidade', o homem também se 'apreende a si mesmo como pessoa'. Como religado à realidade que está, quando o homem 'apreende a realidade', também, 'apreende a si mesmo'. Para Zubiri, como explica Ferrer[103]:

> [...] na apreensão, apreendo a coisa como real, apreendo-me a mim mesmo como pessoa e apreendo a unidade religadora desses dois momentos (p. 429).

Com isso, explicou-se, para mim, porque a deliberação pode se constituir, em certa medida, em uma autoanálise.

A 'religação' do homem à realidade se configura, na fenomenologia de Zubiri, em uma dimensão formal da realidade, atualizada na própria 'impressão da realidade'. Do caráter formal da 'religação', decorre a obrigação, também, 'formal'. A 'religação' do homem à realidade antecede sua 'obrigação', que só existe em função da 'religação'. No pensamento zubiriano, como explica Ferrer[103]:

> A moralidade não é no homem algo primário, mas derivado de um fato mais radical, o arraigamento do homem na realidade, a necessidade de se fazer no mundo, de realizar o próprio projeto (p. 429).

Da 'religação' do homem à realidade, decorrem a obrigação e as responsabilidades morais, que são fundamentos da proposta deliberativa de Diego Gracia.

Para Zubiri, a inteligência humana 'apropria-se das possibilidades' ofertadas pela realidade, devido a sua 'bondade formal', por isso, é 'possuidora'. A realidade é 'formalmente boa', na medida em que oferece 'possibilidades' que podem ser 'apropriadas' pelos homens. Por estar religado a uma realidade que lhe permite a 'apreensão de possibilidades', o homem pode conseguir seu bem último e radical: a 'felicidade'. A 'ligação' do homem à felicidade é anterior ao uso da razão; essa 'ligação' é transcendental e formal[103].

No procedimento deliberativo, entendo que a 'apreensão de possibilidades' corresponde à elucidação dos diversos 'cursos de ação': 'extremos', 'intermédios' e 'ótimo'.

Para Zubiri, 'na apreensão humana', a 'apreensão primordial' é seguida pela 'apreensão dual (bom e mau)', cujo órgão é o 'logos'. O 'atualizado', na 'apreensão primordial', é julgado no 'logos', passando-se da 'formalidade' ao 'conteúdo'. Depois da 'apreensão primordial', que permite atualizar o caráter formal da moral, a 'apreensão dual' permite a determinação dos conteúdos morais. Assim, de uma 'ética formal', chegamos a uma 'moral de conteúdos', por meio de uma 'valoração', resultante de 'atos de preferência' e de 'juízos morais'[103] (p. 431).

A razão moral trata das questões humanas que ultrapassam a 'apreensão'; analisa os fatos morais; pondera circunstâncias; considera o contexto; aprecia os condicionamentos. E faz isso a partir do 'apreendido' na realidade do mundo, com vistas a elaborar a moral normativa[103].

No procedimento deliberativo, essas operações do *logos* ocorrem nos momentos da deliberação dos valores e dos deveres. Depois de apreendermos as possibilidades da realidade, formando os 'cursos de ação', avaliamos, valoramos e escolhemos, por ato de preferência, o 'curso ótimo'. Dotamos, assim, de conteúdo nossa obrigação moral de realizar valores.

A razão, *logos*, busca, constrói, cria os conteúdos concretos da vida moral, o que é o 'bom' e o 'mal' na 'realidade do mundo',

isto é, que valores vamos concretizar e como. Por serem construção constante sobre o 'apreendido na realidade', os conteúdos da moral têm caráter dinâmico, provisório, ou seja, serão necessariamente superados. Por isso, a razão moral é 'problemática'; o homem tem que, necessariamente, buscar conteúdos morais, ultrapassando a 'apreensão primordial' formal da moral. Ao ultrapassar a apreensão, interpõem-se ao homem os problemas morais. Como explica Diego Gracia[4]:

> […] la razón ha de elaborar la moral normativa. Para lo cual tiene que analizar racionalmente los hechos morales, ponderando e sopesando todas las determinaciones, condicionamientos y circunstancias del hecho ya no en la aprehensión, sino en la realidad del mundo. Por eso también la moral normativa o racional es 'problemática', en tanto que la meramente estimativa no lo es. Ni la estimación ni la valoración son 'problemas' en el preciso sentido que Zubiri da a este término; la inversa, sin embargo, sí es cierta: porque hay estimación y valoración, las cosas pueden convertírseme en problemas morales, y obligarme a buscarles una solución racional. Esta búsqueda ha de realizarse mediante un 'método' (p. 382)

Na sua teoria da moral, Zubiri distingue: 'conteúdo', que é específico, e 'formalidade', que é inespecífica. No entanto, na realidade, ambos são inseparáveis, porque não há formalidades sem conteúdo e nem conteúdos sem formalidade. Forma e matéria são inseparáveis. Isso constitui um problema insuperável, sendo que só mentalmente podemos separá-los. A formalidade permanece idêntica na 'apreensão' e ao ultrapassar a 'apreensão', mas os conteúdos mudam[4].

Assim, concordo com Ferrer[103], quando coloca que a proposta de Diego Gracia é uma das mais sólidas para fundamentar a Bioética na atualidade.

Ela apoia-se, fortemente, em uma teoria filosófica desenvolvida – a fenomenologia de Xavier Zubiri – e articula-se, de maneira coerente, tanto no discurso como conceitualmente, com outras vertentes e metodologias filosóficas para a construção normativa da moral. Trata-se de proposta sólida, bem fundamentada, coerente, mas nada rígida, ao contrário, flexível e

contemporizadora. Sua solidez estrutural permite incorporar modificações dos conteúdos, mantendo a 'estruturação'. Ao partir da apreensão da realidade, torna-se mais próxima da experiência e das vivências dos profissionais de saúde, facilitando a aprendizagem do procedimento deliberativo. Contribui para isso a proximidade metodológica do procedimento deliberativo com o método da clínica. Essa peculiaridade compensa a dificuldade para compreender sua profundidade filosófica e torna possível isolar 'conceitos-chave' para compreensão da proposta deliberativa, mantendo a sua solidez e, ao mesmo tempo, tornando-a mais palatável aos não iniciados em Filosofia.

O aspecto mais difícil na deliberação não é aprendê-la como método, mas incorporá-la enquanto atitude e mentalidade. Sem incorporá-la como atitude, a aplicação do procedimento deliberativo fica comprometida, senão impossibilitada. O guia da deliberação é a prudência, que é uma virtude: qualidade humana adquirida, cuja possessão e exercício tendem a capacitar-nos para realizar os bens internos às práticas e, consequentemente, a sua falta impede-nos de realizá-los[104] .

6 O PROBLEMA DE PESQUISA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO NA LINGUAGEM DA DELIBERAÇÃO

Depois de expor o referencial teórico-metológico, retomo o problema de pesquisa e o objetivo geral para reformulá-los com a linguagem da deliberação.

6.1 RETOMANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

Em que sentido tendem os cursos de ação que enfermeiros e médicos vislumbram para lidar com problemas éticos na atenção básica? Aproximam-se dos extremos? Ou tendem aos cursos intermédios, aproximando-se do ótimo ou prudencial?

6.2 DESDOBRAMENTOS DO OBJETIVO GERAL DO ESTUDO

Objetivo Geral

Compreender deliberação moral na atenção básica a partir das recomendações feitas pelos enfermeiros e médicos, frente a problemas éticos vividos na prática clínica.

Objetivos Específicos

Reconhecer os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica;

Distinguir, com base no procedimento deliberativo, em que sentido tendem os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica;

Analisar, com base na prudência como critério ético da deliberação moral, os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica;

6.3 PROPÓSITO COM O ESTUDO

Almejo por meio do estudo, como pesquisadora, colecionar subsídios para algo decidi denominar 'propósito com o estudo'. Julguei que não havia porque incluí-lo como objetivo da pesquisa, nem mesmo específico, pois ele não decorre do problema recortado para esse estudo, e sim configura objetivo de minha atividade de pesquisa no momento e que perpassará outros projetos em desenvolvimento. Assim, não espero e tampouco pretendo, ou sequer poderia, dar conta desse meu propósito apenas com a presente pesquisa. É o início de uma nova etapa na empreitada que venho percorrendo de usar o referencial da deliberação na pesquisa em bioética clínica.

Como expliquei na justificativa acerca da escolha do referencial teórico-metodológico, venho aplicando, ou orientando a aplicação, das concepções da proposta deliberativa de Diego Gracia em pesquisas há alguns anos. Entretanto, nunca a havia tomado como referencial teórico e metodológico. Durante meu estágio pós-doutoral na Universidad Complutense de Madrid, com a supervisão do Professor, discuti as possibilidades de uso do procedimento em pesquisa, o que vinha fazendo e aprendi que poderia operá-lo para deliberar sobre os dados empíricos coletados.

Meu propósito decorre desse aprendizado e consiste em usar o procedimento deliberativo proposto por Diego Gracia enquanto instrumental teórico-metodológico de pesquisa, a fim de explorar suas possibilidades, limites e adaptações para a aplicação na pesquisa em bioética.

Discutir as contribuições da presente pesquisa para meus avanços nesse propósito não faz parte do escopo desse relatório, porém, quis explicitar e compartilhar com o leitor esse aspecto de inovação para o uso do procedimento proposto por Diego Gracia e para a pesquisa em bioética, que se encontra imbuído no estudo.

7 METODOLOGIA DO ESTUDO

7.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva, que transita entre os escopos normativo e descritivo da investigação em Bioética.

A pesquisa qualitativa abarca um conjunto de práticas interpretativas que buscam investigar as qualidades de um determinado objeto de estudo.

Nas palavras de Denzin e Lincoln[105]:

> A pesquisa clínica é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contradisciplinar, que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas. A pesquisa qualitativa é muitas coisas ao mesmo tempo. Tem um foco multiparadigmático. Seus praticantes são susceptíveis ao valor abordagem de múltiplos métodos, tendo um compromisso com a perspectiva naturalista e a compreensão interpretativa da experiência humana. Ao mesmo tempo, trata-se de campo inerentemente político e influenciado por múltiplas posturas éticas e políticas. A pesquisa qualitativa adota duas tensões ao mesmo tempo. Por um lado, é atraída a uma sensibilidade geral, interpretativa, pós-experimental, pós-moderna, feminista e crítica. Por outro lado, é atraída a concepções da experiência humana e de sua análise mais restritas à definição positivista, pós-positivista, humanista e naturalista. Além disso, essas tensões podem ser combinadas no mesmo projeto, com aplicação tanto das perspectivas pós-moderna e naturalista quanto das perspectivas crítica e humanista (p. 21).

Neste estudo, minha atração encaminha-se no sentido de compreender a experiência humana, com uma sensibilidade interpretativa que considero ser consonante com o objeto de estudo: a deliberação moral na clínica em atenção básica. Daí delimitá-lo como uma pesquisa qualitativa de abordagem compreensiva.

A abordagem compreensiva privilegia a inteligibilidade e a compreensão como propriedades específicas dos fenômenos sociais, entendendo que esses separam-se dos fenômenos

naturais devido ao significado e à intencionalidade que comportam[106]. A pesquisa de abordagem compreensiva caminha 'indutivamente', isto é, a lógica da investigação não se gera *a priori* pelos quadros de análise do pesquisador que espera conseguir encontrar tal lógica na análise do material empírico recolhido. Em outras palavras, a intenção não é comprovar hipóteses definidas *a priori* e estanques, mas identificar as lógicas e racionalidades dos atores, confrontando-as com seu modelo de referência. As variáveis potencialmente explicativas do funcionamento social são colocadas no contexto da descoberta, que configura o espaço de onde partem as abordagens compreensivas[107].

Os diferentes métodos e desenhos para a operacionalização das abordagens compreensivas, na saúde, contêm elementos comuns: (a) foco na experiência vivencial e reconhecimento da complexidade como inerente às realidades humanas; (b) contato com as pessoas em seus próprios contextos sociais; (c) a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face, em uma empatia entre ambos; (d) resultados que visam a explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos estudados; (e) os textos decorrentes das análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista de vários atores ante um projeto social permanentemente em construção e voltado para o futuro; (f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações[106].

A partir dessas características comuns da abordagem compreensiva; das considerações que fiz nas justificativas do estudo quanto à pertinência do método deliberativo para a pesquisa em Bioética; da possibilidade da abordagem compreensiva abarcar uma variedade de métodos e desenhos na sua operacionalização; das características do procedimento deliberativo e das concepções que ancoram a deliberação, como

expliquei no apartado do referencial teórico-metodológico, entendo que a deliberação, enquanto método de pesquisa em Bioética, insere-se no bojo das abordagens compreensivas.

Assim: (a) meu foco no estudo foi a experiência de enfermeiros e médicos frente a problemas éticos na atenção básica, reconhecendo a complexidade real tanto da moral como da própria clínica em atenção básica; (b) meu contato com os enfermeiros e médicos entrevistados foi na própria unidade de saúde onde trabalhavam[r], durante seu expediente de trabalho, nas suas salas ou nos consultórios, permitindo interrupções que julgassem necessárias fazer; (c) entrevistei pessoalmente todos os sujeitos incluídos nos três projetos que propiciaram este estudo, durante os nove anos de coleta de dados, sempre buscando nas entrevistas estabelecer uma relação empática, manifestando compreensão da complexidade e dureza do seu trabalho e de como às vezes é custoso falar da ética no trabalho; (d) com os resultados, almejo explicitar a racionalidade dos enfermeiros e médicos frente a problemas éticos da clínica em atenção básica, compreendendo a lógica interna dos diversos atores estudados para modular valores, deveres e princípios éticos em dada situação; (e) a análise compreensiva acerca dos cursos de ação recomendados pelos enfermeiros e médicos entrevistados visou a evidenciar a tendência entre os extremos e o intermédio com base no referencial deliberativo, de modo a explicitar a sua dinâmica e contemplar os distintos pontos de vista dos sujeitos; (e) o futuro é o tempo da deliberação; um problema ético, por definição, projeta-se e projeta-nos ao futuro; (f) as conclusões não são universalizáveis, embora perceba, pela minha própria experiência profissional na atenção básica, pelo constante contato que mantenho com as equipes de saúde na unidades básicas e pelas comparações que venho fazendo dos resultados das minhas pesquisas com outros estudos

[r] Somente um médico solicitou que, por facilidade de horários, a entrevista fosse feita na Escola de Enfermagem da USP, no que foi atendido.

desenvolvidos em diferentes contextos, que há uma considerável abrangência nas inferências alcançadas.

A despeito da abordagem compreensiva adotada, enquanto pesquisadora, vivo, em meus trabalhos, a tensão descrita por Denzin e Lincoln[105] como constitutiva da pesquisa qualitativa, por isso, destaquei a definição desses autores. A minha formação em epidemiologia e estatística, por um lado, mostrou-me que, para o meu objeto de estudo, a moral, preciso ir além da aparência dos fatos, interpretando-os e compreendendo-os na riqueza e na complexidade da realidade da experiência humana. Por outro, fez-me entender a importância de conhecer, ainda que em uma atividade descritiva, os fatos como se apresentam em sua aparência, no que é visível a todos, por assim dizer. Encontrei no procedimento deliberativo resposta para o manejo de tal tensão no estudo, por meio de seu movimento constante entre as esferas dos fatos, valores e deveres.

Menciono a tensão que vivo, para que o leitor compreenda melhor o que encontrará nesse estudo. Na pesquisa qualitativa, por trás de cada uma das fases da pesquisa está um pesquisador situado biograficamente. Assim, qualquer olhar sempre será filtrado pelas lentes dessa biografia; as observações serão situadas socialmente nos mundos do observador e do observado, e da mesma forma constroem-se as interpretações[105].

A abordagem normativa da ética empenha-se para responder quais são as normas que devem ser aceitas para avaliar as condutas e o porquê delas. Enfoca a questão da validez dos princípios morais, buscando os fundamentos das normas e dos valores para desenvolver normas de conduta apropriadas[26,53,108].

A abordagem não normativa da ética inclui o que se costuma chamar de "ética descritiva" (*descriptive ethics*) e "metaética" (*methaethics*). A 'metaética' consiste na análise da linguagem, dos conceitos e dos métodos de raciocínio em ética, com vistas a responder a questões lógicas, epistemológicas ou semânticas. Discute, por exemplo, os significados dos termos

como ‘direito’, ‘obrigação’, ‘virtude’, ‘justificação’, ‘moralidade’ e ‘responsabilidade’[26,53].

A pesquisa descritiva em ética (*descriptive ethics*) configura a investigação factual da conduta moral, utilizando-se de procedimentos, instrumental e metodologias de natureza científica para estudar como as pessoas raciocinam e agem. Pode lançar mão dos procedimentos próprios das ciências sociais, da análise decisória, da epidemiologia e da avaliação de serviços de saúde, para recolher e analisar dados, a fim de descrever e estudar como se tomam as decisões, que valores estão subjacentes a essas, como se cumprem na prática as normas ou as diretrizes éticas, dentre outros. Constitui-se, assim, uma abordagem de natureza descritiva e que se move, preferentemente, no nível mais concreto[26,53].

Em inglês, esse tipo de estudo é denominado *empirical ethics*, que pode ser traduzido como ‘ética empírica’, ‘estudo empírico em ética’, ‘investigações empíricas em Bioética’ ou ‘pesquisas empíricas em Bioética’.

As abordagens normativa e descritiva da ética, na Bioética, são tidas como duas vias de uma mesma estrada, isto é, apoiam-se mutuamente. Os estudos normativos podem gerar hipóteses a serem testadas empiricamente; estudos descritivos podem gerar base empírica para argumentações normativas; estudos antropológicos e sociológicos levantam questões acerca da universalidade ou relatividade dos padrões éticos; estudos de caso podem apontar questões ainda não suficientemente desenvolvidas pela abordagem normativa[26,109].

Como destacam Sulmasy e Sugarman[26]:

> Good studies in normative ethics will be grounded in good empirical data. Good descriptive studies will be shaped by ethical theory, providing a framework in which the data will be interpreted. Ethical reflection is enhanced when these two types of investigation are undertaken in an interdisciplinary and cooperative fashion (p. 15).

Essa relação entre as abordagens descritiva (empírica) e normativa da ética tem sido discutida na literatura, especialmente, por um grupo de pesquisadores holandeses. Em um artigo, Molewijk et al.[110] discutem sua proposta de integrar teoria ética e dados empíricos na pesquisa em Bioética. Tomo por base as discussões desse artigo para explicar que, embora com referencial distinto do usado pelo grupo, aproximo-me do que chamam *"integrated empirical ethics"*[110] ou "*integrated empirical ethics research" (IEER)*[111]: "pesquisa empírica integrada em ética"[s].

No artigo[110], os autores assinalam que há quatro maneiras mais usuais de aplicação dos dados empíricos na ética: "ética aplicada prescritiva" (*prescriptive applied ethicists*); "teórica" (*theorists);* "ética aplicada crítica" (*critical applied ethicists*); e "particularista" (*particularists*) (p. 56). As quatro diferem quanto ao modo que concebem a interação entre a teoria ética e os dados empíricos e quanto ao que legitimam como autoridade moral final: a teoria moral, a prática social ou ambas.

A "ética aplicada prescritiva" reconhece legitimação da teoria ética como árbitro final, assim, os dados empíricos prestam-se a julgar se a função prescritiva da teoria moral está sendo observada na prática. De maneira dedutiva, o caminho é da teoria aos dados. Na "teórica", os dados empíricos têm um valor instrumental para o aperfeiçoamento da teoria moral, ou melhor, para um refinamento, uma vez que a essência da teoria permanece inalterada, sendo feitos, somente, ajustes marginais. A "ética aplicada crítica" inclui um caminho de ida e volta entre os dados empíricos e a teoria ética: onde os primeiros são criticados com base nas teorias, e essas, simultaneamente, são questionadas pelo empírico, assim, ambos podem ser mudados depois dessa interação. Por exemplo, se os resultados das pesquisas mostram que muitos pacientes não têm capacidade

[s] Manterei a sigla e a nomenclatura do original em inglês, por dificuldades na tradução da expressão.

cognitiva para compreender a informação relativa à saúde, poderia se questionar a validade do princípio do consentimento informado. A 'particularista' reconhece a moralidade da prática como soberana. Um exemplo é a casuística. Todas as abordagens têm sofrido críticas e defesas, mas não tenho como abordá-las nesse espaço, apenas saliento que três das quatro abordagens mantêm uma distinção rígida entre fatos e valores, sendo que a "particularista" reconhece a ligação entre fatos e valores, mas com supremacia dos primeiros, com todos os riscos que isso representa para a moral, como já discutido em outros apartados desse relatório de pesquisa[110].

A *integrated empirical ethics research (IEER)* visa a integrar a teoria moral e os dados empíricos, a fim de alcançar uma conclusão normativa para uma prática social específica. Sua identidade ainda está sendo construída, consolidada, mas apresenta-se como uma exceção, porque não pode ser caracterizada nem como totalmente prescritiva, tampouco como totalmente descritiva. A *IEER* transita entre ambos os domínios, normativo e descritivo, podendo visar à interpretação que ultrapassa a mera descrição de uma determinada prática social e envolve sua compreensão, por meio da aproximação do pesquisador com a 'mente aberta'. Ao final, a pesquisa pode apontar para aspectos normativos da ciência, da organização, das tecnologias, da prática social estudada[110]. A *IEER* tem como pressuposto inicial que a pesquisa empírica acerca das práticas pode gerar resultados com implicações normativas, especialmente para a própria prática estudada[112].

A *IEER* reconhece a interdependência entre fatos e valores, entre as abordagens empírica (descritiva) e normativa da ética e combina os elementos empíricos e éticos em uma abordagem integrada. Em vez do usual foco da Bioética sobre o efeito dos fatos – como os avanços tecnológicos –, sobre as controvérsias morais existentes, o pressuposto da normatividade implícita que embasa a *IEER* leva a pesquisa a enfocar as controvérsias morais

dentro dos próprios fatos[111]. Na bioética clínica, a *IEER* pode contribuir para elucidar o que está implícito nos fatos clínicos e científicos, revelando valores que sustentam. Por exemplo, os resultados de um estudo sobre autonomia do paciente mostraram que a normatividade implícita na produção e na apresentação dos fatos científicos pré-estruturam o contexto de tomada de decisão e, subsequentemente, a forma como a autonomia do paciente será ou não reconhecida e respeitada[110]. A partir de uma perspectiva hermenêutica, as experiências dos profissionais de saúde na clínica são relevantes para as teorias éticas, porque envolvem noções implícitas do que é 'bom' e 'certo'. A maneira como as pessoas raciocinam e agem na prática pode informar a teoria ética, provendo considerações e experiências normativas[112]. Desvelar as noções normativas implícitas nas práticas dos profissionais para compreendê-las é descrição, mas como o propósito é transformar a própria prática, a descrição implicará normatividade. Do ponto de vista prático, a tarefa mais importante na *IEER* consiste na procura por regras ou diretrizes para ação futura, uma procura que ocorre em diálogo com a prática, tal como investigada. Assim, enraizadas na experiência prática, podem fornecer orientações para a mesma prática; possibilitam estabelecer um modo de ação que irá influenciar o futuro, a fim de melhorar as situações problemáticas, avaliar as ações, justificar escolhas, etc.[112]. O tempo na *IEER* é o futuro, tal qual ocorre na deliberação; projetamos o futuro, lançamos adiante em um *pró-ballo*.

O sentido que os profissionais de saúde dão às situações que vivenciam no seu trabalho, e as justificativas que elaboram para seu agir conformam questões relevantes para considerações éticas porque contêm uma avaliação normativa. O conhecimento normativo. incorporado na prática. pode ser explicitado por meio da análise ética que, assim, pode enriquecer a experiência prática e a si mesma[112].

Por isso, a concepção integrada tenta construir uma ponte entre o normativo e o empírico, reconhecendo que ambos não podem ser totalmente separados, isolados, pois são mutuamente constitutivos. Os fatos produzidos pelas 'ciências descritivas' estão entrelaçados com os valores epistêmicos da própria disciplina na qual são gerados. Toda teoria moral está inerentemente baseada em concepções, pressupostos empíricos, da realidade, que conformam ideias estáticas, mas mudam com as transformações históricas e culturais[110]. O procedimento deliberativo, bem como a compreensão de deliberação moral feita por Diego Gracia, toma a interação entre fatos, valores e deveres.

Na *IEER,* a teoria ética não configura apenas um referencial para a discussão dos dados empíricos coletados, como é usual vermos nas publicações de resultados de pesquisas em Bioética. A teoria ética, ao contrário, permeia toda a construção e o desenvolvimento do estudo, fazendo integração mútua e constitutiva, possibilitando uma forte interação entre os instrumentais de natureza científica para a descrição empírica da realidade e da teoria ética[110]. Isso não implica que cada qual perde sua especificidade e identidade, enquanto metodologia, expertise, objetos de estudo e metas[111]. No presente estudo, a deliberação moral, segundo a proposta de Diego Gracia, é tomada como referencial teórico e metodológico, e os procedimentos para a organização dos dados procedem dos preceitos metodológicos para a pesquisa qualitativa.

No entanto, esse reconhecimento que a *IEER* faz não implica que o empírico e o normativo sejam a mesma coisa, ou que se passe do 'é' ou do 'deve ser', caindo em uma falácia naturalista. A *IEER* não tenta chegar a 'o que deve ser' (*what ought to be*) diretamente de 'o que ocorre usualmente' ou de 'como é na prática' (*what currently is*)[110] (p. 58). Tal reconhecimento significa, sim, que a pesquisa empírica e a teoria ética não são apenas colocadas lado-a-lado, mas os métodos de pesquisa empírica relacionam-se diretamente com a teoria ética e vice-versa[112].

O foco da *IEER,* que conforma um campo interdisciplinar para a pesquisa em Bioética, está na prática social e não nos dados empíricos ou nas teorias éticas[110]. Isso, no meu entender, a torna uma abordagem apropriada para os estudos da Bioética na saúde coletiva, já que essas também constituem campos interdisciplinares de saber e prática. Da mesma forma, ajusta-se à enfermagem em saúde coletiva, compreendida como uma prática social. E, ainda, mostra-se apropriada para o objeto dessa pesquisa – a deliberação moral na clínica em atenção básica –, que pode ser tomada como prática social.

Então, retomo que o presente estudo constitui uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva, caracterizando-se como uma *integrated empirical ethics research*.

7.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Considerando o objeto da pesquisa – a deliberação moral na clínica em atenção básica – e os pressupostos da *IEER*, o cenário conforma-se pela atenção básica, enquanto política, prática e clínica ampliada.

7.2.1 Atenção Básica

A Atenção Básica é um dos componentes essenciais para um sistema de saúde eficaz e equitativo. Também é denominada 'atenção primária' ou 'atenção primária à saúde', não obstante algumas diferenças entre essas expressões[t].

A 'atenção primária' configura o nível que oferece a entrada em um sistema de saúde para as novas necessidades e problemas, com atenção focada na pessoa e não na doença; oferece atenção para as condições de saúde mais comuns e coordena ou integra a atenção oferecida em outros locais ou por outros profissionais. Esse termo parece datar de

[t] Abordei esse tema em uma de minhas publicações[114].

aproximadamente 1920, quando o Relatório Dawson, publicado no Reino Unido, mencionou centros de atenção primária, propostos como o ponto central dos serviços regionalizados naquele País. A 'Atenção Primária Orientada à Comunidade' (*Community Oriented Primary Care* – COPC), outro termo similar a Atenção Básica, originou-se na década de 1940, na África do Sul, e é tida como um precursor importante da concepção de atenção primária da Declaração de Alma Ata. Refere-se ao processo contínuo pelo qual se oferece atenção primária a uma comunidade definida, com base em suas necessidades de saúde avaliadas por meio da integração planejada da prática de saúde pública com a prestação de serviços[113].

Em 1978, a Declaração de Alma Ata definiu a atenção primária como:

> atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde[113] (p. 25).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde (MS) delimita a Atenção Básica (AB) como:

> um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial

> dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável[115] (p. 10).

Como fundamentos da Atenção Básica, o MS inclui: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com base na equidade e constituindo-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde; efetivar a integralidade da assistência em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social[115].

A concepção de Barbara Starfield[116] para a atenção primária aproxima-se bastante do proposto na PNAB:

> aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária (p. 28).

Segundo Sfarfield[116], em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em boa parte dos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios que conformam a base da atenção primária: a Carta de Lubliana. Elaborada em uma conferência ministerial com 46 países europeus, em 1996, afirma que, no contexto daquele Continente, o sistema de saúde deveria ser orientado por valores,

como dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; objetivar a saúde; centrar-se nas pessoas; focar a qualidade; contar com sólidas fontes de financiamento; e se orientarem para o cuidado primário. Para alcançar as mudanças que a concretização desses princípios implicaria, seria preciso desenvolver uma política de saúde; ouvir as opiniões das pessoas; remodelar a prestação dos serviços de saúde; reorientar os recursos humanos para a saúde e aprender da experiência.

Entretanto, a OMS tem reforçado a importância da Atenção Básica para os sistemas de saúde antes disso, e até mesmo antes de 1978, quando passou a recomendá-la como essencial ao cumprimento da meta de "Saúde para Todos".

Desde lá, muita coisa mudou no cenário mundial, em geral, e na saúde. À medida que se ampliou a compreensão de saúde, ficaram claras, também, as limitações dos serviços para atender às necessidades da população. Além do mais, especialmente na América Latina, a saúde determina-se e condiciona-se por elementos sociais, econômicos e políticos geradores de iniquidade, pobreza, exploração, violência e injustiça. As relações entre os determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais da saúde e sua distribuição são complexas, e qualquer abordagem para melhorar a saúde tem de ser articulada dentro do contexto mais amplo de ordem política, social e econômica, envolvendo diversos setores e atores sociais[113]. Assim, a atenção básica, como coordenadora do cuidado, tem que manter um olhar para o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, mirar as condições gerais da sociedade.

Um sistema de saúde que privilegia a Atenção Básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado configura-se como um sistema de saúde com base na AB. Um sistema assim organizado facilita o acesso e a integração de outros tipos de atenção e cuidados de saúde, de complexidade crescente, não disponíveis no âmbito da Atenção Básica[113].

A OMS propõe valores, princípios e elementos centrais para um Sistema de Saúde com base na Atenção Básica. Compreende os valores como metas sociais ou padrões mantidos, aceitos por um indivíduo, por uma classe ou por uma sociedade, e que oferecem uma "âncora moral" (p. 7) para políticas e programas de interesse público. A OMS considera que os valores são essenciais no estabelecimento das prioridades e na avaliação do alcance dos ajustes sociais para o atendimento das necessidades e expectativas da população. Os valores definidos pela OMS incluem o direito ao mais alto nível possível de saúde e a equidade. Distingue o primeiro deles como 'instrumental', pela função de assegurar a receptividade dos serviços de saúde às necessidades de saúde da população; a equidade é valor intrínseco, imperativo moral e obrigação legal e social[113].

Os princípios, como proposto pela OMS, servem de ponte entre os valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde. Incluem o atendimento às necessidades de saúde das pessoas; serviços orientados à qualidade; responsabilização governamental; justiça social; sustentabilidade do sistema de saúde por meio de planejamento estratégico e compromissos em longo prazo; participação e intersetorialidade[113].

Os elementos propostos pela OMS são condições estruturais e funcionais que reforçam a Atenção Básica como porta de entrada principal ao sistema de serviços sociais e de saúde. Tanto é assim que constituir a Atenção Básica como tal ponto de contato primeiro e preferencial dos usuários com o sistema é apresentado como um dos elementos. Outros são: cobertura e acesso universais; atenção abrangente e integrada; ênfase na prevenção e na promoção; atenção centrada na pessoa e em suas necessidades sociais e de saúde, com respostas apropriadas à comunidade local e a seu contexto de vida; ampliação da perspectiva clínica individual, incluindo a família e a comunidade como foco primário do planejamento e da

intervenção; mecanismos de participação ativa para garantir transparência e responsabilização em todos os níveis, a partir da concepção do sistema de saúde como parte integrante das estratégias de desenvolvimento socioeconômico nacional e local, com base nos valores compartilhados; organização e gestão otimizadas; políticas e programas pró-equidade, garantindo que todos sejam tratados com dignidade e respeito; equipes multidisciplinares com conhecimento e capacidades para que observem padrões éticos e tratem as pessoas com dignidade e respeito; recursos adequados, sustentáveis e apropriados às necessidades de saúde da população; ações intersetoriais e abordagens comunitárias para promover a saúde e o desenvolvimento humano[113].

Fica claro que, mesmo em um sistema de saúde que paute sua organização pela Atenção Básica, reconhecendo que essa é essencial para a sua eficácia e equidade, sabe-se que ela não é suficiente para dar conta das necessidades mais complexas de cuidados da população. Assim, os serviços de Atenção Básica devem ser apoiados e complementados pelos demais níveis do sistema de saúde e pelo restante da rede de proteção social, desenvolvendo redes integradas e sistemas de referência e contrarreferência com sistemas de informação que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliação de desempenho[113].

Como salienta Starfield[116], a Atenção Básica é a que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção, e melhora da saúde, no entanto, não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas. O diagnóstico, a prevenção, os exames e várias estratégias de monitoramento clínico são comuns aos demais níveis de atenção, ainda que a Atenção Básica forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A Atenção Básica integra o sistema, abordando os problemas de saúde mais comuns por meio da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação, para

maximizar a saúde e o bem-estar. O peculiar da Atenção Básica é lidar com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde[116].

Sistemas de saúde centrados na Atenção Básica relacionam-se de maneira sinérgica com outros setores para auxiliar a orientação do processo de desenvolvimento humano. A Atenção Básica integra, de maneira destacada, o conjunto de setores e atores dedicados a promover o desenvolvimento humano sustentável e equitativo. É essencial, mas não exclusiva. Assim, é preciso estabelecer responsabilidades claras para os diferentes setores quanto à contribuição de cada um na meta do desenvolvimento socioeconômico, para que os sistemas de saúde não assumam as responsabilidades dos demais, o que levaria a desperdícios de recursos e baixa eficiência das ações, devido à falta de especialização. Por exemplo, alfabetização, geração de renda, moradia, etc. são essenciais na saúde e podem ser bem 'diagnosticados' na Atenção Básica, entretanto, os serviços de saúde não têm especialização para atuar nessas frentes, ainda que possam participar ativamente delas[113]. Em São Paulo, em algumas das unidades, especialmente as de Saúde da Família, nas quais desenvolvi o trabalho de campo das pesquisas para esse projeto. essa confusão acontecia.

Retomando a delimitação do MS, depreendemos que a Atenção Básica constitui-se em um conjunto de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, integradas por ações relativas aos âmbitos individual e coletivo da assistência à saúde, abarcando a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Aparecem, assim, o diálogo e a integralidade como normativos da Atenção Básica.

O trabalho na Atenção Básica é feito por equipes que respondem pela saúde da população de territórios delimitados, sendo, preferencialmente, a porta de entrada, o primeiro contato dos usuários com os sistemas locais de saúde. Decorrem, então,

a responsabilidade e o acolhimento, ou disponibilidade, a receptividade como outros horizontes normativos da Atenção Básica.

Tais pressupostos normativos explicitam-se nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, humanização e equidade, definidos no documento ministerial como guias, diretrizes para a Atenção Básica.

A PNAB avança para além da cidadania, pois o usuário é visto como pessoa singular, complexa, integral e inserida em um contexto sociocultural, que busca nos serviços de saúde meios para reduzir seu sofrimento e viver saudavelmente. Não se trata apenas de direito e cidadania, de usufruir algo que se tem direito, mas de cuidar e ser cuidado.

Assim, eu entendo que há, explicita ou implicitamente, um componente normativo moral, valores incorporados na proposição da política de saúde para a Atenção Básica.

As famílias têm de ser cuidadas, pois a Saúde da Família (ESF) configura a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, enquanto parte do SUS. A disponibilidade, como primeiro contato com a ESF, alarga-se pela "postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população". Essa proposta da ESF pode ser entendida como[115]:

> prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade" (p. 26).

Para concretizar tal 'cuidado familiar ampliado', dentre as atribuições dos profissionais de saúde na Atenção Básica encontra-se: "realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo"[115] (p. 42). Essa atribuição, mais que falar da incorporação de tecnologias leves na prática clínica da Atenção Básica, ao destacar

vínculo e humanização, tem caráter normativo moral e não só técnico, constitui um norte moral para a equipe de saúde. Ou seja, a PNAB não só delimita o que as equipes da Atenção Básica têm de fazer, mas, explicita e implicitamente, delineia com que valores têm de guiar sua prática; define os valores que as práticas da Atenção Básica têm de realizar, isto é, os valores que têm que encarnar na assistência a saúde.

Também a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), incluindo o acolhimento, parece inserir o caráter normativo moral na atribuição. A PNH para a Atenção Básica "aponta algumas diretrizes a serem colocadas como nossa 'utopia', que estarão sempre por serem alcançadas, nunca prontas, sempre mais à frente"[117].

Essas 'utopias', que incluem o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, configuram-se como tecnologias imbuídas de valor. Por exemplo, para a prática de uma Clínica Ampliada, preconiza-se a criação de vínculos dos usuários, das famílias e da comunidade com a equipe local de saúde[117]. A criação, ou melhor dizendo, o reconhecimento do vínculo fundamenta a obrigação moral, a solidariedade.

Quando a PNH aposta "na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva"[117] (p. 34), está reconhecendo a relação de fatos e valores na clínica da Atenção Básica e, assim, abrindo espaço propício e demandante da prática da deliberação moral e da prudência, especialmente porque a Política propõe concretizar no trabalho das equipes, ao mesmo tempo, diferentes tipos de valores. Define que "ter espaço para compartilhar os incômodos e potencialidades pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo" (p. 27). Isso significa realizar valores 'sensíveis e da civilização', se tomamos a tipologia proposta por Scheler[92] ou 'sensíveis e úteis', se consideramos a proposição de Cortina[92]. Para salvar o máximo de valores possível

ou, ao menos, lesá-los o mínimo possível nas situações conflituosas ou problemáticas, a equipe terá de incorporar as habilidades e competências deliberativas no seu cotidiano. Lembremos que a 'conflituosidade' é uma característica própria dos valores.

Soma-se a isso uma peculiaridade da clínica na Atenção Básica, que aumenta o campo de incerteza pelo qual navegam as equipes. Os problemas de saúde atendidos na Atenção Básica são comuns e inespecíficos, e o usuário tem acesso direto ao serviço[116] e às equipes. Mais ainda, na ESF a população tem o agente comunitário de saúde na própria área da Unidade.

Boa parte dos problemas que os usuários relatam nos atendimentos prestados na Atenção Básica não se encaixa em um diagnóstico biomédico ou não tem sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de sintomas vagos e difusos, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos que geram sofrimento nas pessoas sem um diagnóstico anátomo-patológico correspondente[117]. Ou seja, há uma dissonância entre fatos biológicos e sintomas. É preciso explorar fatos de outra natureza, que interferem e determinam a saúde e, especialmente, os valores, as convicções, crenças, temores e expectativas dos usuários. Há de se reconciliar fatos e valores na exploração e atuação clínicas, sendo que, frequentemente, não se leva em conta o desejo, o interesse ou a compreensão das pessoas[117].

Por isso, a Atenção Básica tem uma grande complexidade, demanda conhecimentos e práticas diferentes da atenção feita em outros níveis do sistema. Não é ação simples ou serviço menor, que pode ser feito por qualquer um. A Atenção Básica lança mão de tecnologias relacionais de elevada complexidade e baixa densidade, pois lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas, relativos aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo, utilizando poucos equipamentos. Ela requer múltiplos saberes (e práticas) a serem

operados por uma equipe de profissionais de saúde em relação direta com os usuários, por meio de diálogo, convivência e interação comunicativa[117]. Constitui-se terreno fértil e ávido para a deliberação sobre fatos, valores e deveres.

O sucesso e a viabilidade do SUS dependem de uma rede de produção de saúde com capacidade para resolver problemas[117]. A deliberação, enquanto procedimento, é instrumental para bem resolver problemas, ou mesmo identificar os que são insolúveis e que devemos aguardar nova configuração para poder atuar de maneira resolutiva.

A PNH constitui-se em "convite para reinventar as formas de ser e fazer saúde"[117] (p. 36), ou seja, quer abarcar fatos, valores e deveres.

A Atenção Básica carrega em si um paradoxo, pois por um lado tem de se valer das técnicas e índices da saúde pública e da epidemiologia para planejar suas atividades, ou da saúde coletiva para compreender o processo saúde-doença nos grupos e coletividades e, por outro, na clínica, tem que personalizar o cuidado a cada usuário e/ou família.

Cada um, de maneira singular, enfrenta os desafios e mobiliza sua capacidade de convivência e de superação dos problemas de saúde. Assim, requer-se uma abordagem 'coconstruída' entre a equipe e o usuário, no sofrimento, para que nele possa se gerar transformações que signifiquem graus crescentes de autonomia para a pessoa e para sua rede social[117].

O esforço em prol de humanizar a Atenção Básica é motivado pela necessidade de se difundir uma abordagem renovada desse nível de atenção, a fim de dar conta dos

compromissos da Declaração do Milênio[u], abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado de saúde que se pode atingir, para todos[113].

Em suma, a Atenção Básica enfoca a saúde, com base na prevenção, atenção e cura; pauta-se pela promoção da saúde, pela atenção continuada e abrangente[116]. Isso porque quem está na Atenção Básica tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, sua situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento e do adoecimento para cada um[117].

A despeito das falácias técnicas e jurídicas, observadas nos documentos estudados, o que desejo ressaltar é que entendo a Atenção Básica, cenário desse estudo, como um conjunto de práticas que incorpora fatos (as tecnologias), mas que esses, é claro, suportam valores (investimentos afetivos de estimação) que estão imbuídos nas proposições das próprias políticas nacionais e internacionais. A Atenção Básica envolve usuários, profissionais, trabalhadores, gestores, instituições, organização e outros setores da sociedade que têm sua história, biografia e valores. Todos têm de interagir sinérgica e dialogicamente para resolver problemas no cuidado da vida e da saúde, individual e coletiva. Por isso, compreendo a Atenção Básica como terreno propício para deliberação.

Como o objeto desse estudo é a deliberação moral na clínica em atenção básica, penso que no cenário do estudo tenho que incluir como vejo a clínica na Atenção Básica, isto é, a clínica ampliada.

---

[u] Os objetivos de desenvolvimento do Milênio, ou a Declaração do Milênio, reconhece a liberdade, a igualdade, a solidariedade, a tolerância, o respeito pela natureza e a responsabilidade compartilhada como valores essenciais para as relações internacionais no século XXI. Os objetivos foram elaborados com vistas a orientar os esforços para alcançar os acordos estabelecidos na Declaração do Milênio. Incluem: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade de gêneros e o 'empoderamento' das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

7.2.2 Clínica Ampliada

As ações da Atenção Básica referem-se aos âmbitos individual e coletivo da assistência à saúde, e a atividade concreta e individual dos profissionais de saúde junto aos usuários constitui a 'clínica'.

A palavra clínica procede do grego *klyne*. Seu sentido mais comum era 'cama'. Clínica é a atividade que se realiza ante a cama do paciente, do enfermo. A clínica é sempre uma atividade concreta e individual, que visa a diagnosticar, tratar e fazer o prognóstico de um enfermo, de um paciente em concreto, determinado e identificado. Nisso, a clínica se diferencia da patologia, que é o estudo das chamadas espécies morbosas ou dos 'universais' patológicos. A espécie é universal, e o paciente, o usuário, particular. Entre 'patologia' e 'clínica' existe a mesma diferença que entre uma espécie 'botânica' ou 'zoológica' e um espécime em 'concreto'. Porém, com uma particularidade: um espécime de animal ou planta pertence a uma única espécie, e um enfermo pode participar, ao mesmo tempo, de mais de uma espécie morbosa, sendo essa uma das diversas críticas e problemas da categorização das doenças em espécies morbosas[101]. Sem menosprezar essa discussão, mas como ela não é foco no momento, destaco que a concepção de espécie gerou termos como 'história natural das doenças' e outros tantos, que, ainda hoje, são bastante usados, por exemplo, nas ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis na Atenção Básica. A medicina ocidental apostou e investiu esforços na compreensão da doença como um fato natural, tentando interpretá-la com as categorias próprias da natureza, principalmente da natureza viva[101].

Na prática da Atenção Básica, isso significa que não será o mesmo estudar a tuberculose pulmonar, seu diagnóstico e seu tratamento nos manuais e acompanhar uma pessoa que vive com a tuberculose. A tuberculose é uma coisa, a tuberculose no Seu

José é outra. E, na Atenção Básica, cuidamos do Seu José e de sua família, com seu 'modo de andar a vida'. Assim, há outras peculiaridades, porque na Atenção Básica a 'cama' do Seu José não é o leito hospitalar, mas o território, a família, o trabalho, a casa, o bairro, enfim, seu modo de viver a vida, como constrói sua biografia. Isto é, a 'cama', entendida como os enfermeiros aprendemos na graduação o elemento principal da 'unidade paciente', amplia-se, e tremendamente, ultrapassando os muros da UBS e as portas do consultório.

Daí decorre a peculiar complexidade da Atenção Básica, que requer operar as relações intersubjetivas. É o que a PNAB reconhece como tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade[115].

A Atenção Básica é tecnologia que se constitui de maneira particular, ou seja, conforma-se pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde, como definido por Gonçalves[118].

Se a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, é claro que a clínica tem que se ampliar para poder dar conta de tal abrangência.

Assim, o pressuposto implícito e aprendido pelos profissionais de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações apropriados a cada patologia vê-se abalado na Atenção Básica, em que o diagnóstico e a respectiva conduta, quando acontecem, configuram apenas uma parte do projeto terapêutico[73].

A assimetria entre os profissionais e os usuários produzida na Atenção Básica não é a mesma que observamos nas instituições hospitalares. Na Atenção Básica, a submissão do usuário é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O usuário está com mais liberdade, mais com mais liberdade, mais autonomia para seu cuidado. Por isso, torna-se

impossível cuidar e intervir nos problemas de saúde sem a participação e compreensão das pessoas, o que implica disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo, ou seja, novos saberes e nova ética para a aceitação do outro, em uma relação intersubjetiva[73]. Vê-se que há elementos técnicos e morais, entrelaçados, amalgamados na prática, mas distintos e que merecem tratos diferenciados.

No cuidado na Atenção Básica, ocorrem a copresença e a interrelação entre saberes instrumentais e saberes práticos, como proposto por Ayres, sendo oportuno tomar a distinção que o autor faz entre 'êxito técnico' e 'sucesso prático'. Por 'êxito técnico' entende-se a face instrumental da ação, por exemplo, a indicação do uso de um vasodilatador para uma pessoa com hipertensão e a redução do risco de que venha a ter agravos cardiovasculares e a consequente diminuição da incidência desse tipo de agravo na população onde estão os indivíduos tratados[119]. Ou seja, avaliam-se, medem-se os resultados das intervenções, expressos em índices e indicadores. Por 'sucesso prático', o autor considera a face valorativa, as implicações simbólicas, relacionais e materiais que decorrem da estimação das ações em saúde. Por exemplo: o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso; o que significa conviver com a doença, mudando hábitos arraigados, tomando remédios, fazendo controles periódicos, sentindo o risco presente de um infarto do miocárdio, um acidente vascular cerebral, etc.[119]. Ou seja, está em pauta também o processo de cuidado e não apenas seus resultados. O 'êxito técnico' foca os fatos, o sucesso prático, os valores.

O Quadro 3, adaptado de Cunha[73], mostra peculiaridades da clínica na Atenção Básica, comparando-a com a assistência hospitalar.

Quadro 3 - A prática clínica na atenção básica e na atenção hospitalar

ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO HOSPITALAR
Aproximadamente 90% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos na Atenção Básica	Somente cerca de 15% dos problemas de saúde da população necessitam de assistência hospitalar
É necessário compromisso corresponsável com um projeto de cuidado	É possível compromisso maior com o diagnóstico e com a terapêutica
Critério de Eficácia: qualidade de vida	Critério de eficácia: alta hospitalar
Busca do sucesso prático: aprimoramento das relações intersubjetivas de vínculo e cuidado	Busca do êxito técnico: aprimoramento de habilidades técnicas e incorporação de novos procedimentos para melhores resultados
Foco no entrelaçamento de fatos e valores	Supremacia dos fatos (dados clínicos dos sinais)
Momento crônico	Momento agudo
Assistência continuada ao usuário, a sua família e à comunidade	Assistência pontual ao paciente, com a participação da família em alguns casos e em certos momentos
Seguimento no tempo: encontros sucessivos por longo período	Encontro momentâneo
Resultado a médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito *in vivo* (em relação)	Sujeito *in vitro* (isolado)
Tratamento negociado com o doente. O profissional percebe os limites do tratamento, pois o usuário tem maior liberdade e autonomia	Relação autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de onipotência do profissional.

O doente está preocupado em viver. E muitas vezes a busca da unidade de saúde não é motivada por uma doença, mas por um evento vital, como a gestação	O doente está preocupado em sobreviver, pela agudeza dos agravos. Mesmo no transcurso de uma doença crônica, a hospitalização costuma ocorrer em episódios de agudização do quadro.
Acesso direto do usuário aos serviços	Acesso mediado por um sistema de referência e contrarreferência
Predominam as ações bio-psicossociais, com consciência ou não por parte do profissional	Predomina a intervenção no corpo biológico, com a aplicação de procedimentos, medicações e exames.
Fácil produzir dependência devido ao acesso facilitado, vínculo e duração do seguimento	Difícil produzir dependência devido ao acesso mais controlado, natureza aguda dos agravos e brevidade dos contatos
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos	Mais difícil perceber os efeitos colaterais dos tratamentos
Mais propícia para a percepção e compreensão das implicações simbólicas da doença e das repercussões do tratamento sobre a vida pessoal e familiar do usuário	Difícil avaliar e compreender as implicações dos agravos para a vida dos pacientes
A relação clínica dá-se entre pessoas, numa conexão de biografias	A relação profissional – paciente tem por alvo controlar uma patologia
Relações que tendem à horizontalidade	Relações que tendem à verticalidade
Análogo a um filme	Análogo a uma fotografia

Embora ambas as atenções, hospitalar e básica, possam e precisem ser humanizadas, terão sempre suas peculiaridades. E o olhar ético e clínico, que é bom e próprio para a atenção hospitalar, não o será para a Atenção Básica.

O olhar clínico na Atenção Básica tem de se ampliar para propiciar o entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e para pactuar os acordos no projeto e processo de cuidado. Desafio para os profissionais que seguem tendo no hospital seu lócus privilegiado de formação e na lógica médico-centrada e hospitalocêntrica a marca da produção em saúde.

De fato, como afirma Díaz[120], os profissionais de saúde na Atenção Básica são responsáveis e também testemunhas da saúde das pessoas que vivem na área que lhes é adscrita em seu trabalho.

E a história clínica deve registrar isso, recolhendo toda a informação relativa à saúde do usuário e sua evolução durante toda sua vida, tendo como referência seu entorno familiar e comunitário[121].

Se assim é, a clínica tem de se ampliar mesmo, pois a pessoa de quem cuidamos é, também, olho-mágico para uma rica e complexa realidade concreta. E devemos ser capazes de olhar e ver através desse olho mágico para bem cuidar. Nessa lente, entendo a ampliação da clínica.

A clínica ampliada é "um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular"[122]. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento, maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico e maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia. Os profissionais de saúde necessitam desenvolver sua capacidade de ajudar cada um a transformar-se, de forma que a doença, ainda que um limite, não seja impeditivo de viver outras coisas na vida[123].

A Clínica ampliada, segundo a proposta do MS, engloba como eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do 'objeto de trabalho'; transformação dos 'meios' ou dos instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde[123].

A Clínica Ampliada volta-se para a construção de sínteses singulares, tensionando os limites de cada matriz disciplinar que envolve e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde vivida a cada instante por sujeitos reais. Isto é, convida a uma ampliação do objeto de trabalho das equipes na Atenção Básica para que se responsabilizem por pessoas[123], e não somente 'vejam casos' que se resolvem sempre do mesmo modo e com os mesmos recursos.

Implica corresponsabilização pela saúde das pessoas, buscando, para isso, articulação com outros setores (interssetorialidade). Também requer que os profissionais reconheçam os limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas, integrando, constantemente, novos saberes. Isso tudo em um compromisso ético profundo[122]. Compromisso que, acredito, expressa-se na concretização dos valores imbuídos na concepção da Atenção Básica como política pública.

Para ampliar a clínica, Cunha[73] sugere: evitar recomendações pastorais e culpabilizadoras; trabalhar com ofertas e não apenas com restrições; evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos; valorizar a qualidade de vida; pedir o retorno do paciente sobre o que ele entendeu sobre sua doença e tratamento; evitar assustar o paciente; lembrar que a doença crônica não pode ser a única preocupação da vida da pessoa, assim, o profissional deve buscar equilibrar o controle da doença com a produção de vida; atuar com o máximo de apoio nos eventos para os quais o usuário busca cuidado.

Para isso, vão entrar em jogo a escuta, os vínculos, os afetos e o direito à diferença[122]. Sem dúvida, um ingrediente

essencial dessa relação clínica ampliada é o respeito mútuo entre todos (profissionais e usuários). Por isso, é falácia confiar a implementação da clínica ampliada unicamente às técnicas, por mais que sejam as tecnologias leve. Como reconhece o próprio MS, a Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores, dos valores dos usuários, das famílias e da sociedade. O ótimo para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário[123].

Se uma equipe de saúde acreditar que há apenas um único jeito correto de viver, tenderá a orientar o usuário para que passe a ter o tipo de comportamento ou hábito compatível com esse 'jeito'. Não importa se o usuário encontra dificuldade para operacionalizar as prescrições, se tem outras prioridades ou mesmo se discorda das orientações da equipe[123]. E na Atenção Básica, vejo que isso é comum, pois um dos problemas éticos que me descrevem os enfermeiros e médicos consiste em como informar o usuário a fim de conseguir sua adesão ao tratamento[1]. A preocupação não é informar, esclarecer, dialogar, para que o usuário decida de maneira esclarecida, livre e compartilhando seus anseios, medos, desejos e valores com os profissionais.

Se a equipe não tiver flexibilidade quando percebe que o usuário não irá seguir as recomendações, é bem possível que se irrite e faça cobranças que, por sua vez, acabarão por irritar o usuário, em um círculo vicioso, em uma indisposição recíproca, que não é bom para ninguém[123] e muito menos para o cuidado.

É preciso fornecer instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada usuário de forma diferente da usual[123]. Para isso, é primordial a prudência, subsequente à deliberação, lembrando que essa se apresenta como um processo de autoeducação, quase autoanálise.

Quando a história clínica revela um usuário, um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e com as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma atitude 'apostólica' ou 'infantilizante'. Nesse momento, não

deveria predominar nem a postura radicalmente 'neutra', que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem a típica na prática biomédica, que pressupõe que o sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas[123]. Como para lidar com o ensino da ética e dos valores não se recomenda nem uma postura doutrinária, tampouco a neutra, parece que resta a deliberação.

Entretanto, como vivemos em uma sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros, a calar e obedecer. Quebrar isso, criando um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões das equipes e nos encontros com os usuários e a comunidade, exige um aprendizado de todas as partes envolvidas[123]. Sem isso, fica difícil ampliar a clínica na Atenção Básica e deliberar.

Para que o diálogo funcione, requer-se um clima favorável em que todos aprendam a falar e a ouvir, inclusive críticas. O reconhecimento de limites é fundamental para a invenção de possibilidades, desde que aliado a um clima de liberdade, de abertura ao novo e ao inesperado. O peso da hierarquia, que se respalda na organização e nas valorizações sociais entre as diferentes profissões, pode impedir, ou perturbar, o diálogo real, em que pensamentos e sentimentos possam ser livremente expressados[123]. Abre-se mais ao novo, ao inesperado, lida melhor com a incerteza da clínica e da saúde quem exercita a razão prática, não se prendendo à teórica.

Entendo a clínica ampliada como a apropriada para a Atenção Básica e como espaço privilegiado para a operação da deliberação entre profissional e usuário. Ou seja, a atenção básica e a clínica ampliada requerem ações prudenciais guiadas pela sabedoria prática.

7.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram incluídos enfermeiros e médicos que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde, abarcando: Unidades que contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF); Unidades Básicas de Saúde tradicionais, ou seja, as não reorganizadas pela ESF (UBS); e os Centros de Saúde Escola (CSE). Todos se localizavam no Município de São Paulo.

No total, incluí 70 sujeitos, sendo 34 enfermeiros e 36 médicos participantes em três projetos de pesquisa que tratavam do mesmo objeto: deliberação moral na clínica em atenção básica. Cada um deles abordou uma das configurações de serviço na Atenção Básica. O primeiro estudo, feito entre 2000 e 2003, foi a minha tese de doutorado: "Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família". O segundo e o terceiro projetos deram continuidade ao trabalho iniciado no doutorado e foram desenvolvidos concomitantemente, entre 2005 e 2009, ambos com financiamento. O projeto "Fundamentação na tomada de decisão frente a problemas éticos em unidades básicas de saúde"[v] investigou a deliberação moral entre os enfermeiros e médicos nas UBS. O estudo "Bioética e atenção básica: fundamentação na tomada de decisão frente a problemas éticos em unidades básicas de saúde"[w] teve o trabalho de campo feito nos centros de saúde escola, com o propósito de comparar os achados nos três cenários. A presente pesquisa sintetiza os resultados dos três estudos, em uma nova abordagem do mesmo objeto: a deliberação moral na clínica em atenção básica.

Sendo estudos qualitativos, o critério de representatividade da amostra não foi o numérico, mas a variabilidade que permitisse melhor abranger as múltiplas dimensões do problema investigado.

---

[v] Projeto com financiamento pela FAPESP – processo 2005/02282-7.
[w] CNPq - Processo 304474 / 2005-3 Chamada/Edital: PQ 10/2005 Produtividade em Pesquisa - PQ - CA 10/2005.

Em estudos qualitativos, não se almeja a "representatividade estatística", mas a "representatividade social"[107] (p. 40), ou melhor, a "variabilidade social".

Sei que há um limite próprio aos estudos qualitativos, ou melhor, como chamam Bauers e Aarts[124], há uma renúncia, à qual estamos fadados: "devemos renunciar a qualquer esperança de conseguir um corpus totalmente representativo, para propósitos gerais, com respeito a um tópico" (p. 60).

O espaço social desdobra-se em estratos ou funções e em representações. Os estratos, funções e categorias são conhecidas, "são quase que parte do senso comum"[124] (p. 56) e incluem idade, sexo, atividade ocupacional, nível de renda, urbano/rural, religião, entre outros. São variáveis externas ao fenômeno concreto em questão; são variáveis que segmentam a população a ser estudada. O principal propósito ao considerá-las é tipificar a variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial; é dar conta da heterogeneidade dos sujeitos ou fenômenos em estudo[124,107]. A maneira como as pessoas se relacionam com os objetos no seu mundo vivencial pode ser observada pela análise de opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, esteriótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, visões de mundo, hábitos ou práticas. Essas equivalem à dimensão das representações, o desconhecido que requer investigação. O pesquisador qualitativo quer compreender a dimensão das representações, considerando o espaço social, com seus ambientes, estratos e funções. As variedades interna e externa, ou seja, estratos e representações, podem se correlacionar, mas não obrigatoriamente[124].

Assim, buscou-se incluir médicos e enfermeiros dos dois sexos, de distintas idades e de diferentes tempos de prática. Como ambientes sociais, tomei as diferentes configurações, os diferentes modelos propostos para a Atenção Básica existentes no município de São Paulo. Meu pressuposto foi que cada um deles pauta-se por, ou ao menos favorece, uma proposição diferente de

relação clínica entre a equipe de saúde e o usuário e sua família. Meu foco eram as diferentes estruturas argumentativas dos entrevistados com vistas a compreender os cursos de ação que propunham. Assim, tentei maximizar a variedade do fenômeno desconhecido, a deliberação moral na clínica em atenção básica, incluindo três propostas distintas de organização do serviço e do trabalho. Daí ter me restringido a enfermeiros e médicos, pois são profissões comuns aos três tipos de serviços.

Discute-se muito na literatura sobre a diferença entre as decisões tomadas por enfermeiros e por médicos. Na minha tese de doutorado, fiz extensa busca sobre o tema, que continuo acompanhando nas publicações[1]. O gênero também pode imprimir diferentes formas de abordar os problemas éticos[125]. Não há consenso na literatura quanto à evidência de tais diferenças e em que sentido se dariam. Nos meus estudos, venho tentando verificar ambas as questões, entretanto, considero que ainda não disponho de um *corpus* representativo para responder à pergunta sobre se 'há ou não diferença entre o raciocínio moral dos enfermeiros e dos médicos, dos homens e das mulheres na tomada de decisão frente a problemas éticos na atenção básica'. Portanto, os dados serão apresentados sem estratificação. Concordo com Bauer e Aarts[124] sobre a observação que fazem quanto à distribuição das representações nos estratos:

> para evitar conclusões equivocadas, todo julgamento sobre distribuição de opiniões deverá ser evitado. Apenas uma amostra representativa de opiniões nos permitirá descrever conclusivamente a distribuição de opiniões (p. 57).

Considero que com a amostra de que disponho o que posso é distribuir os cursos de ação sugeridos em relação a um critério moral – a prudência – com base na proposta deliberativa.

Isso me leva a considerar a saturação dos discursos, questão controversa nos estudos qualitativos. Quando suspender a coleta de dados? A resposta usual é na 'saturação dos

discursos', habitualmente entendida como 'quando não há nada novo nas respostas'. Mas como garantir que a próxima entrevista não me trará nada de novo? Não há como ter tal garantia. E mais, como diz Guerra[107], na pesquisa qualitativa, procura-se a diversidade e não a homogeneidade; assim, o princípio de saturação opõe-se ao do contraste e diversificação dos estratos e funções, também necessários. Quanto maior for o contraste, mais difícil será atingir a saturação.

O conceito de saturação teórica é bastante utilizado nas pesquisas qualitativas, especialmente na área da saúde, sendo sempre citado como critério para determinação do tamanho de amostras intencionais. Seu respaldo científico encontra-se no pressuposto da constituição social do sujeito que, na Teoria das Representações Sociais, reflete-se no conceito de determinação social das representações individuais. Também se apoia na Análise do Discurso, no conceito de determinação histórica e social das formações discursivas e da fala.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de aplicabilidade prática, pois tem a função operacional de, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização no transcurso da pesquisa[107,126].

A 'saturação', originalmente denominada 'saturação teórica', corresponde ao momento no qual o pesquisador constata que pode interromper a captação de informações junto a uma pessoa ou a um grupo, com a confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados[126].

Esse critério de saturação faz-se necessário porque, em realidade, uma pesquisa poderia seguir coletando dados

infinitamente, acrescentando novas propriedades e dimensões às categorias ou temas[127]. Ultrapassa a questão de ausência de novos dados. Denota a elaboração de categorias em termos de suas propriedades e dimensões. Assim, parece inerente à técnica de fechamento amostral por saturação certo grau de imprecisão ou aproximação quanto a um número ideal de componentes. Até porque não se está fazendo a amostragem de indivíduos e sim de concepções, visões, percepções, que derivam dos dados[126,127].

Os conceitos relevantes nos dados de um participante serão quase sempre encontrados nos dados coletados dos demais, ainda que se apresentem de forma diferente[127].

Diferentemente dos métodos estatísticos de amostragem, a análise não começa apenas depois de todos os dados coletados. A análise dos dados inicia-se com a primeira coleta. A coleta de dados leva à análise que, por sua vez, servem de base para a formulação de conceitos nos conceitos. Esses geram questões que dão base para o prosseguimento da coleta, para que o pesquisador consiga compreender mais sobre os conceitos. Tal processo circular repete-se até que a pesquisa alcance o ponto de saturação, isto é, o ponto em que as concepções estudadas estão definidas e explicadas, e com entendimentos que ultrapassem a superficialidade das explicações. Por exemplo, estudando a vida dos soldados em uma guerra, não seria suficiente simplesmente afirmar que a experiência dos combatentes na guerra pode ser reduzida à sobrevivência. O pesquisador precisa explicar como e quando a sobrevivência ganha sentido para os combatentes, o que compreendem por sobrevivência nas diferentes situações e quais são algumas das consequências da sobrevivência[127].

Somente quando o pesquisador tiver explorado cada categoria ou tema com certa profundidade, identificando suas

várias propriedades e dimensões sob diferentes condições, que poderá dizer que atingiu o ponto de saturação[127].

Esse ponto corresponde ao momento que o pesquisador pode dizer que o conceito que está estudando encontra-se bem elaborado para os propósitos da pesquisa em tela e pode aceitar o que não foi coberto como um dos limites de seu estudo. Um pesquisador sabe que alcançou a suficiência da amostra quando as categorias principais mostram considerável profundidade e variação em termos de sua elaboração, propiciando uma compreensão do fenômeno, de suas variações e da relação entre as categorias. Nessas condições, pelo menos para os propósitos do estudo, a saturação terá se dado[127].

Dessa forma, o ponto de saturação da amostra, indiretamente, depende do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto e, diretamente, dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada. Como vimos, é uma ferramenta inerentemente influenciada por fenômenos cognitivos e afetivos, tanto por parte do pesquisador como dos sujeitos. Assim, na prática da pesquisa qualitativa, o ponto de saturação está sujeito a imprecisões[126].

Suspendi a coleta de dados quando percebi que havia coletado material empírico suficiente para compreender, ao menos inicialmente, a deliberação moral de enfermeiros e médicos frente a problemas éticos na atenção básica, ou seja, já tinha material suficiente para responder como fundamentam, argumentam suas escolhas.

Sem dúvida, o esforço exigido para a inclusão de um grande número de entrevistas também interfere na determinação do momento de parar a coleta de dados[124].

No desenvolvimento dos três projetos, enfrentei dificuldades para coletar dados nas UBS, em virtude de recusas dos profissionais em participarem. Assim, havia proposto a coleta, inicialmente, apenas para a Zona Oeste do Município e tive que estendê-la para a Região Sudoeste. Isso gerou entraves e dificuldades, pois, para cada área da cidade, além da aprovação pelo CEP da PMSP, havia de se obter a permissão da coordenação regional e/ou instituições parceiras. Quanto ao CSE, também tive dificuldade junto a uma das universidades mantenedora, cujo CEP me exigia a reelaboração do projeto de pesquisa segundo seus próprios padrões de apresentação. Considerando o prazo de que dispunha e o esforço que a tarefa requeria, não foi possível atender a essa exigência do CEP, assim, embora tivesse o aceite do CSE e o interesse da equipe em participar, não pude incluí-los no trabalho. Para completar o 'empírico' no sentido de sentir-me segura para responder a minhas perguntas de pesquisa, ampliei a coleta nos outros CSE.

Assim, aliado à questão da suficiência dos dados para responder ao que me propunha, também teve papel o limite físico de tempo e de dispêndio financeiro para as coletas.

Nas unidades de saúde da família (ESF), foram incluídos 18 enfermeiros e 17 médicos; nas unidades básicas não reorganizadas pelo PSF (UBS), foram 09 enfermeiros e 10 médicos; e nos Centros de Saúde Escola (CSE), foram 07 enfermeiros e 09 médicos.

No total, dos enfermeiros, apenas um era do sexo masculino. Entre os médicos, 14 eram do sexo masculino e 22, do sexo feminino. A idade dos enfermeiros variou de 22 a 53 anos, e a dos médicos, de 27 a 57 anos.

Pela própria condição da ESF, que iniciou sua implantação no Município de São Paulo em 1996 com o Projeto Qualis, o tempo de serviço dos enfermeiros e médicos foi menor. Na ESF, o tempo de trabalho dos profissionais variou de 2 meses a 5 anos. Nas UBS, o tempo de trabalho dos profissionais foi maior, já que esse era o modelo hegemônico antes da entrada da saúde da família. Nesses serviços, o tempo variou de 2 a 26 anos de trabalho em Atenção Básica. Nos centros de saúde escola, também pelo tempo de existência desse modelo de serviço (década de 70), o tempo variou de 3 a 32 anos no CSE onde estavam quando foram entrevistados. Não há diferenças quanto ao tempo de serviço entre os enfermeiros e os médicos.

No Estado de São Paulo, 250 municípios somavam, entre julho e agosto de 2007, 26.256 profissionais contratados, entre enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, psicólogos, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de nível superior. Desse total, 16.424 atuavam nas UBS e 9.832, na ESF.

Assim, uma amostra com um maior número de profissionais da ESF, em relação aos demais tipos de unidades, contemplou a variação de estratos no espaço social estudado, isto é, coincidiu com os estratos dos profissionais pelos tipos de serviço na atenção básica. De fato, ao final das coletas, ficava cada vez mais difícil localizar UBS 'tradicional' no Município. Enquanto essas diminuíam, aumentavam as ESF e também as AMA (Assistência Médica Ambulatorial)[128].

A fixação dos enfermeiros nas UBS é mais difícil que a dos médicos. Na ESF, a alta rotatividade profissional é intensa para ambas as categorias profissionais[128].

As Unidades de Saúde na Atenção Básica, incluindo seus diversos tipos, somam 425 no Município de São Paulo[129].

As Unidades de Saúde da Família contam com as equipes que, segundo as normas do MS, incluem ao menos um médico, um enfermeiro, 5 agentes comunitários de saúde e um auxiliar de enfermagem. Esses conformam a equipe de saúde da família que opera sob a delimitação de uma área de abrangência com adscrição da população. As UBS contam com médicos (clínicos, pediatras e gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Algumas incorporam médicos especialistas, pneumologistas, dermatologistas, oftalmologistas, cardiologistas, entre outras especialidades. Atendem à demanda de maneira espontânea, sem clientela adscrita ou delimitação da área de abrangência. Uma diferença fundamental em relação às ESF é que, nessas, o número de enfermeiros e médicos se iguala, com o enfermeiro assumindo funções e atividades clínicas, enquanto que nas UBS, só há um ou dois enfermeiros, que se centram em atividades gerenciais. Os Centros de Saúde Escola organizam-se de maneira similar a uma UBS, especialmente no que se refere às ações programáticas e aos profissionais enfermeiros e médicos, mas atendem à demanda de uma área de abrangência delimitada. Vinculam-se a uma universidade e incluem, entre seus objetivos, a formação e capacitação de recursos humanos em saúde e o desenvolvimento de pesquisas em Atenção Básica, de maneira integrada à assistência.

Os sujeitos foram incluídos após consentirem sua participação na pesquisa (Quadros 4 e 5).

Quadro 4 - ENFERMEIROS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO, IDADE, 'TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO' E 'TEMPO E LOCAL DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA'

IDENTICAÇÃO	SEXO	IDADE (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO	TEMPO E LOCAL DE TRABALHO NA AB
ENFERMEIRO 1 (psf_E1)	Feminino	53	21 Anos	3 Anos e 6 Meses – ESF
ENFERMEIRO 2 (psf_E2)	Feminino	26	2 Anos e 6 Meses	1 Ano e 6 Meses – ESF
ENFERMEIRO 3 (psf_E3)	Feminino	24	2 Anos e 3 Meses	2 Anos e 3 Meses – ESF
ENFERMEIRO 5 (psf_E5)	Feminino	28	4 Anos	4 Anos – ESF
ENFERMEIRO 6 (psf_E6)	Feminino	29	2 Anos	3 Meses – ESF
ENFERMEIRO 7 (psf_E7)	Feminino	22	4 Meses	2 Meses – ESF
ENFERMEIRO 8 (psf_E8)	Feminino	28	3 Anos	2 Anos e 3 Meses – ESF
ENFERMEIRO 9 (psf_E9)	Masculino	30	2 Anos e 6 Meses	3 Meses – ESF
ENFERMEIRO 10 (psf_E10)	Feminino	26	3 Anos e 7 Meses	3 Anos e 7 Meses – ESF
ENFERMEIRO 11 (psf_E11)	Feminino	32	7 Anos	2 Meses – ESF
ENFERMEIRO 12 (psf_E12)	Feminino	32	5 Anos	2 Anos – ESF
ENFERMEIRO 13 (psf_E13)	Feminino	30	4 Anos	3 Anos e 6 Meses – ESF
ENFERMEIRO 14 (psf_E14)	Feminino	28	4 Anos	3 Anos e 5 Meses – ESF
ENFERMEIRO 15 (psf_E15)	Feminino	27	4 Anos	3 Anos – ESF
ENFERMEIRO 16 (psf_E16)	Feminino	42	6 Anos	4 Anos – ESF
ENFERMEIRO 17 (psf_E17)	Feminino	25	3 Anos	1 Ano – ESF

ENFERMEIRO 18 (psf_E18)	Feminino	35	6 Anos	4 Anos – ESF
ENFERMEIRO 19 (psf_E19)	Feminino	28	4 Anos	4 Anos – ESF
ENFERMEIRO 20 (cse_E31)	Feminino	30	9 Anos	5 Anos e 5 Meses – CSE
ENFERMEIRO 21 (cse_E32)	Feminino	44	18 Anos	6 Anos – CSE
ENFERMEIRO 23 (cse_E33)	Feminino	25	3 Anos	3 Anos – CSE
ENFERMEIRO 24 (cse_E34)	Feminino	50	25 Anos	13 Anos – CSE
ENFERMEIRO 25 (cse_E35)	Feminino	49	30 Anos	13 Anos – CSE
ENFERMEIRO 26 (cse_E36)	Feminino	43	14 Anos	8 Anos e 6 Meses – CSE
ENFERMEIRO 27 (cse_E37)	Feminino	48	24 Anos	24 Anos – CSE
ENFERMEIRO 28 (ubs_E21)	Feminino	53	10 Anos	10 Anos – UBS
ENFERMEIRO 29 (ubs_E22)	Feminino	44	24 Anos	8 Anos – UBS
ENFERMEIRO 30 (ubs_E23)	Feminino	48	1 Ano	5 Anos – UBS
ENFERMEIRO 31 (ubs_E24)	Feminino	47	21 Anos	4 Anos – UBS
ENFERMEIRO 32 (ubs_E25)	Feminino	47	25 Anos	3 Anos – UBS
ENFERMEIRO 33 (ubs_E26)	Feminino	49	21 Anos	3 Anos – UBS
ENFERMEIRO 34 (ubs_E27)	Feminino	58	2 Anos	2 Anos – UBS
ENFERMEIRO 35 (ubs_E28)	Feminino	32	11 Anos	11 Anos – UBS
ENFERMEIRO 36 (ubs_E29)	Feminino	----	----	---- – UBS

Quadro 5 - MÉDICOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO, IDADE, 'TEMPO DE TRABALHO COMO MÉDICO' E 'TEMPO E LOCAL DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA'

IDENTICAÇÃO	SEXO	IDADE (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO COMO MÉDICO	TEMPO E LOCAL DE TRABALHO NA AB
MÉDICO 1 (psf_M1)	Masculino	44	20 Anos	3 Anos – ESF
MÉDICO 2 (psf_M2)	Feminino	53	30 Anos	1 Ano e 6 Meses – ESF
MÉDICO 4 (psf_M4)	Feminino	41	17 Anos	3 Anos e 5 Meses – ESF
MÉDICO 5 (psf_M5)	Feminino	27	1 Ano	4 Meses – ESF
MÉDICO 6 (psf_M6)	Feminino	41	16 Anos	2 Meses – ESF
MÉDICO 7 (psf_M7)	Feminino	36	8 Anos	3 Anos e 7 Meses – ESF
MÉDICO 8 (psf_M8)	Feminino	32	7 Anos	2 Anos – ESF
MÉDICO 9 (psf_M9)	Masculino	60	36 Anos	3 Anos e 6 Meses – ESF
MÉDICO 10 (psf_M10)	Masculino	37	13 Anos	1 Ano e 6 Meses – ESF
MÉDICO 11 (psf_M11)	Feminino	25	1 Ano e 1 Mês	8 Meses – ESF
MÉDICO 12 (psf_M12)	Feminino	45	21 Anos	4 Anos – ESF
MÉDICO 13 (psf_M13)	Feminino	33	8 Anos	3 Anos e 6 Meses – ESF
MÉDICO 14 (psf_M14)	Feminino	48	22 Anos	8 Meses – ESF
MÉDICO 15 (psf_M15)	Masculino	29	11 Meses	11 Meses – ESF
MÉDICO 16 (psf_M16)	Masculino	32	5 Anos	6 Meses – ESF
MÉDICO 17 (psf_M17)	Feminino	37	13 Anos	4 Meses – ESF
MÉDICO 18 (psf_M18)	Feminino	48	24 Anos	9 Meses – ESF

MÉDICO 19 (cse_M31)	Masculino	43	20 Anos	20 Anos – CSE
MÉDICO 20 (cse_M32)	Feminino	---	---	--- – CSE
MÉDICO 21 (cse_M33)	Masculino	---	---	--- – CSE
MÉDICO 22 (cse_M34)	Masculino	56	32 Anos	32 Anos – CSE
MÉDICO 23 (cse_M35)	Feminino	53	28 Anos	20 Anos – CSE
MÉDICO 24 (cse_M36)	Feminino	53	22 Anos	7 Anos – CSE
MÉDICO 25 (cse_M37)	Feminino	52	26 Anos	5 Anos – CSE
MÉDICO 26 (cse_M38)	Feminino	52	25 Anos	22 Anos e 6 Meses – CSE
MÉDICO 27 (cse_M39)	Feminino	52	28 Anos	23 Anos – CSE
MÉDICO 28 (ubs_M21)	Masculino	---	---	--- – UBS
MÉDICO 29 (ubs_M22)	Feminino	50	26 Anos	4 Anos – UBS
MÉDICO 30 (ubs_M23)	Feminino	52	28 Anos	--- – UBS
MÉDICO 31 (ubs_M24)	Masculino	54	29 Anos	26 Anos – UBS
MÉDICO 32 (ubs_M25)	Masculino	---	---	--- – UBS
MÉDICO 33 (ubs_M26)	Feminino	50	25 Anos	23 Anos e 6 Meses – UBS
MÉDICO 34 (ubs_M27)	Masculino	42	8 Anos	4 Anos – UBS
MÉDICO 35 (ubs_M28)	Masculino	57	31 Anos	2 Anos – UBS
MÉDICO 36 (ubs_M29)	Feminino	42	18 Anos	6 Anos – UBS
MÉDICO 37 (ubs_M210)	Masculino	50	28 Anos	24 Anos – UBS

Os três projetos eram de pesquisas qualitativas, seguiam a mesma metodologia, e todas as entrevistas para a coleta de dados foram feitas por mim. Estas três características: serem o mesmo tipo de estudo, com a mesma metodologia e com os dados coletados por um único pesquisador, segundo Sandelowski[130], possibilitam a síntese dos resultados primários para avançar em direção a novos achados.

7.3.1 A ética em pesquisa com seres humanos no âmbito do estudo

Os sujeitos foram incluídos somente depois do seu consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa. Visando assegurar o anonimato dos sujeitos, o consentimento não foi registrado em um termo escrito, mas feito oralmente. Em lugar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entreguei-lhes um Termo de Responsabilidade onde constavam: uma breve identificação da pesquisadora; os objetivos da pesquisa; o que se demandava do sujeito; as garantias para a preservação de seu anonimato e de sua liberdade de participação e retirada da pesquisa; forma de contato com a pesquisadora e o comitê de ética em pesquisa pertinente.

As entrevistas eram feitas em lugar privativo, usualmente consultórios nas unidades de saúde, segundo a escolha e disponibilidade do sujeito e de maneira a não atrapalhar os serviços.

Antes de se recrutar os sujeitos solicitava autorização para a realização da pesquisa junto às coordenações regionais e, depois às direções das unidades, conforme os trâmites próprios de cada serviço. Era um critério de inclusão da unidade ou região de saúde, que suas direções concordassem as condições de confidencialidade das entrevistas.

Os projetos foram aprovados nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP 084/01) e da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. (427/2004 – CEPSMS).

7.4 COLETA DE DADOS

Em entrevistas individuais, eu apresentava, a cada entrevistado, duas situações hipotéticas, que continham um caso com problemas éticos. As situações, apresentadas em vinhetas, foram preparadas com base no cotidiano da atenção básica, considerando-se minha experiência profissional e consulta à literatura acerca de problemas éticos na atenção básica. Após a leitura dos casos, das vinhetas, solicitava ao entrevistado que fizesse uma recomendação de como os envolvidos deveriam agir, justificando sua indicação.

As vinhetas usadas foram:

a) *PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE*: O senhor M tem sífilis. Ele não quer contar o que tem para sua esposa, mas quer protegê-la da doença. Enquanto está em tratamento, pede que se faça o exame em sua esposa sem que ela saiba.

b) *ATENDENDO À ADOLESCENTES*: B, 15 anos de idade, procura a unidade básica de saúde e conta que recentemente apaixonou-se por um rapaz de 16 anos. Seus pais acham que ela é muito jovem e a proíbem de namorar. A jovem diz que ainda não tem vida sexual ativa, mas pede uma prescrição de anticoncepcional oral. Também pede que nada seja contado aos seus pais.

Após a leitura da vinheta, que foram alternadas a cada entrevista, perguntava-se: 'O que você recomendaria para os profissionais envolvidos nesse caso? Por quê?'.

As entrevistas foram individuais e duravam entre 20 e 30 minutos. O depoimento de cada entrevistado foi gravado e transcrito para análise dos dados.

O uso de vinhetas tem potencial para reconhecer o que os entrevistados pensam sobre uma questão moral, se percebem os valores envolvidos e como o fazem[131]. Também, tenho visto que o

uso de vinhetas nas pesquisas leva o profissional a acessar sua experiência, suas vivências profissionais como paradigma e analogia para a solução dos problemas éticos que percebe nos cenários hipotéticos. Entendo que isso, mais do que indicar o uso da racionalidade da casuística como algo familiar aos enfermeiros e médicos, mostra que o uso das vinhetas permite, nas pesquisas, acessar, ainda que parcial e indiretamente, não apenas o âmbito do 'deveria', ou seja, o esboço moral de referência de cada um, mas o 'deve', isto é, o esboço moral verificado na realidade.

A coleta de dados, incluídos os três projetos, prolongou-se de 2001 a 2009, de maneira intermitente, para permitir as análises dos dados e nortear o prosseguimento do trabalho de campo e, também, para as aprovações e autorizações necessárias junto aos comitês ou órgãos administrativos das diferentes regiões de saúde do Município de São Paulo e das universidades responsáveis pelos centros de saúde escola.

7.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os momentos de organização e análise dos dados implicam tirar sentido dos textos, no intuito óbvio de responder às perguntas de pesquisa. Envolve preparar, organizar os dados para análise, conduzir diferentes análises, aprofundando-se na compreensão dos dados, na sua representação e na interpretação de seu significado mais amplo[132].

Esses momentos não são estanques na pesquisa qualitativa, não se apresentam enquanto fases precisamente separadas das demais, como a coleta de dados ou a formulação do problema de pesquisa, mas representam um processo contínuo de reflexão sobre os dados, por meio de perguntas analíticas e anotações constantes por parte do pesquisador[132].

Há várias formas para organizar e preparar os dados para análise nas pesquisas qualitativas. Entretanto, todos convergem

para um processo mais geral, comum a todos. É esse genérico a todos por que se pautou a organização dos dados nesse estudo, ou seja, para a extração de sentido dos discursos dos entrevistados. Muito me valeu, nessas fases, a experiência que acumulei com o uso da análise de conteúdo, segundo Bardin[133], em diversos projetos anteriores.

Os passos gerais que foram seguidos abarcam[132]:

a) organização e preparação dos dados para análise, com a transcrição das entrevistas gravadas com os enfermeiros e médicos participantes do estudo. Nessa tarefa, tive o auxílio de bolsistas de iniciação científica (bolsa CNPq);

b) leitura flutuante de todos os dados, com o objetivo de obter o sentido geral da informação e refletir sobre seu significado. Quais as ideias que os participantes estão apresentando? Qual o tom dessas ideias? Qual é a impressão geral sobre a profundidade, a credibilidade e as possibilidades de uso da informação? Nessa etapa, busquei as recomendações que os entrevistados faziam para solucionar o problema ético apresentado;

c) detalhamento da análise inicial por meio da leitura exaustiva dos textos e sua codificação, isto é, de isolar segmentos do texto, dos discursos em categorias que foram nomeadas. Nessa fase, agrupei as recomendações iguais. Por coerência com o referencial teórico-metodológico, somente os cursos de ação exatamente iguais foram agrupados. Qualquer nuance distinta impedia o agrupamento, sendo um novo curso de ação. Cada curso de ação assumiu a função de categoria empírica;

d) descrição do cenário, das pessoas ou das categorias (temas), detalhando a informação sobre eles, segundo as especificidades de cada estudo. Nessa fase, os cursos de ação foram ordenados segundo o modelo apresentado no referencial teórico-metodológico, que usávamos nos simulados de sessão deliberativa que fazíamos nas atividades que tive no estágio em Madrid, em 2009;

e) representação dos temas ou categorias com narrativas qualitativas, ou seja, o uso de trechos narrativos dos discursos analisados para substanciar os achados;

f) interpretação dos dados e de seu sentido. Isso pôde ser feito por meio de uma interpretação pessoal, com base na experiência do pesquisador; por comparação dos sentido derivado dos dados com informações de literatura ou teorias. De fato, a interpretação na pesquisa qualitativa pode assumir várias formas, ser adaptada para diferentes tipos de desenho de estudos e ser flexível para elucidar sentidos pessoais, das ações e da própria pesquisa. Nessa fase, pode-se dizer que deliberei sobre os achados, pois os analisei com base na categoria analítica da 'prudência'. Ou seja, em consonância com o referencial teórico-metodológico da deliberação tomei a 'prudência' como critério para a discussão dos achados, passando do nível descritivo para o analítico; da ética descritiva para a normativa.

Para a organização dos dados, tomei do procedimento deliberativo especialmente os momentos de deliberação sobre os valores e deveres. Como utilizei vinhetas para a coleta de dados,

ou seja, cenários hipotéticos, situações hipotéticas narradas de forma reduzida, não haveria como fazer a deliberação sobre os fatos. E, considerando os objetivos do estudo, não foi necessária a deliberação sobre responsabilidades.

Assim, com base no momento de deliberação sobre valores, identifiquei o problema moral fundamental da situação descrita sumariamente na vinheta, isto é, explicitei o problema ético para o qual eu, ainda que enquanto pesquisadora e em um cenário hipotético, pedia a 'assessoria' dos entrevistados. Também, identifiquei o conflito de valores contido na vinheta, quando a propus, com base na minha experiência profissional, docente e de pesquisadora na temática de Bioética e Atenção Básica. Esse passo direcionou a leitura transversal dos discursos para identificar as recomendações, ou seja, reconhecer os cursos de ação propostos pelos entrevistados.

Com base no momento de deliberação sobre os deveres, a partir da análise dos discursos, identifiquei os diferentes cursos de ação, organizei-os no espectro que incluía os dois extremos e o leque de possibilidades intermédias, a fim de distinguir as tendências e discuti-las com referência à categoria analítica da 'prudência'.

7.6 CATEGORIA ANALÍTICA DA PESQUISA: A 'PRUDÊNCIA' ENQUANTO CRITÉRIO ÉTICO DA DELIBERAÇÃO

A categoria analítica possibilita desvendar as relações mais abstratas e mediadoras dos achados, dos resultados da pesquisa.

As categorias analíticas são as que retêm as relações sociais fundamentais e podem ser tomadas como balizas para o conhecimento do objeto de estudo nos seus aspectos gerais. As categorias empíricas são as construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica), ou a partir do trabalho de campo. Têm a propriedade de conseguir

apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica[106].

Considerei que a 'prudência' conforma a categoria analítica na aplicação da proposta deliberativa de Diego Gracia como referencial teórico-metodológico de pesquisas em Bioética, já que é o critério moral do procedimento. Os cursos de ação extraídos dos discursos compõem as categorias empíricas, que serão relacionadas, analisadas, com referência à 'prudência'. Será o momento de deliberação sobre os dados.

Também, em concordância com a abordagem essencialmente aristotélica da deliberação na proposta adotada nesse estudo, a 'prudência' será analisada a partir das concepções desse filósofo, não se desconhecendo, no entanto, que há outros entendimentos, como o de Kant.

A prudência aristotélica equivale ao agir deliberado, refletido; é a ação ponderada, discutida, examinada, enfim, deliberada. O curso prudente na deliberação em bioética clínica será o que realiza mais, ou lesa o menos possível, os valores em conflito. Como nos ensina Diego Gracia, a decisão prudente é o 'melhor' para um momento concreto, depois de deliberar.

A partir do legado de Platão, Aristóteles fala da 'prudência' como a virtude opinativa, deliberativa, que governa, de maneira imediata, a ação humana como um tipo de sabedoria prática, oposta à sabedoria teórica.

Na linguagem atual, ser prudente significa saber tomar precauções contra um ou vários perigos que nos ameaçam; ser precavido[134]. Tanto é assim que o Dicionário Houaiss[135] define 'prudente' como "o que não procura o perigo; cauteloso, sensato, ajuizado; o que costuma se precaver, preparar-se antecipadamente; precavido, previdente". E por 'prudência' entende "a virtude que faz prever e procura evitar as inconveniências e os perigos; cautela, precaução; calma, ponderação, sensatez, paciência ao tratar de assunto delicado ou difícil". Assim, no cotidiano atual, a 'prudência' perdeu sua nuance

ética, deixando de ser a primeira das virtudes cardinais, junto à coragem, à temperança e à justiça[134].

Para exemplificar a prudência, Diego Gracia, em suas aulas e conferências, cita o exemplo do que fazemos ao conduzir um veículo, quando vamos fazer uma ultrapassagem em uma estrada de mão dupla. Avaliamos as condições da estrada para a ultrapassagem, como visibilidade, pista escorregadia ou não; vemos quantos carros há para ultrapassar; se outros veículos iniciaram a mesma manobra ou sinalizam para tal; avaliamos a velocidade que o carro que dirigimos é capaz de desenvolver; consideramos as condições mecânicas do nosso veículo; e assim por diante, até que sentimos razoável segurança para, 'prudentemente', fazer a ultrapassagem, mas quem garante que tudo dará certo? Temos a certeza de que tudo ocorrerá como o planejado? O motorista de um dos veículos, ou eu mesmo, posso sofrer um infarto. Um veículo pode iniciar o procedimento de ultrapassagem a minha frente, sem sinalizar. Pode surgir um carro na pista contrária. Um pneu do carro que dirijo pode furar ou o motor pode falhar. E assim por diante. Como vemos, não podemos assegurar, por mais prudentes que tenhamos sido à hora de decidir e planejar a ultrapassagem, que teremos o melhor resultado possível, mas, se ponderamos tudo prudentemente, podemos justificar responsavelmente que tomamos a decisão de ultrapassar.

O espectro semântico do termo grego *phrónesis*, traduzido para o latim por Cícero como *prudentia*, de onde se origina 'prudência' em português, era tão amplo que conseguia designar quase toda a atividade mental. Na ética aristotélica, distingui-se *phrónesis* (prudência) e s*ofía* (sabedoria), sem sacrificar-se uma a outra. Ambas são vistas como virtudes complementares, que podem, inclusive, coexistir no mesmo homem[134].

Prudência é um conceito radicalmente grego e, mais particularmente, aristotélico, pois foi na obra desse filósofo que se apresentou sua forma mais rica, sendo ela ponto de referência para produções filosóficas subsequentes sobre o tema, ainda que

as definições estóicas tenham tido mais repercussão no pensamento do ocidente. Essas viam *phrónesis* como a "ciência das coisas a fazer e a não fazer" ou a "ciência dos bens e dos males, assim como das coisas indiferentes"[85,134].

Para Aristóteles, o pensamento, ou conhecimento, é prático, produtivo ou teórico. Ao situar a 'prudência' no domínio prático, confere-lhe certas características: se não produz nada, não é arte; não sendo um saber teórico, não visa a objetos eternos e imutáveis dos quais procuraria traduzir a ordem necessária em um discurso demonstrativo[134] (p. 407). "La prudencia no podrá ser ciencia ni arte o técnica; ciencia porque la acción o actuación puede ser de otra manera; arte, porque la acción y la producción son de distinto género"[64].

O mundo onde ocorre a ação humana, âmbito chamado por Aristóteles de "as questões humanas"[134] (p. 407), embora incluído no âmbito de um universo perfeito, como se entendia, por estar situado sob a órbita lunar (no sublunar), não poderia pretender a rigorosa necessidade e a eternidade dos movimentos celestes. O 'acaso' tempera o rigor das 'regularidades naturais', a matéria resiste de muitas maneiras à forma que a molda. Além disso, os humanos, ainda que objetos naturais submetidos às leis da natureza, também fazem do mundo onde vivem uma manifestação de sua liberdade, tornando-o mais desordenado e imprevisível[134].

Aristóteles conferiu, dessa maneira, uma dignidade própria ao âmbito das questões humanas, ainda que reconhecesse sua imperfeição ontológica. O âmbito das questões humanas adquire uma coerência e uma autonomia próprias, que tornam essas questões sujeitas à jurisdição de uma racionalidade que lhes é própria: a 'razão prática'. Daí a oposição das expressões aristotélicas "ciência prática" e "ciência teórica" (ou "conhecimento prático" e "conhecimento teórico"). As ações humanas, estando no domínio da 'ciência prática', não devem ser pensadas com os mesmos conceitos e os mesmos métodos que os objetos imutáveis da 'ciência teórica'[134] (p. 406). Para

Aristóteles, a parte racional da alma divide-se em duas: a 'científica', que contempla os seres cujos princípios não podem ser diferentes do que são, isto é, a que considera as coisas que não podem ser diferentes do que são; e a 'calculadora', 'calculativa' ou 'opinativa' (*doxa*), pela qual conhecemos as coisas contingentes[x], as que podem ser diferentes do que são. Essa configura-se na faculdade de 'deliberar', pois permite conhecer as coisas contingentes. A 'prudência' é a virtude da parte calculadora, opinante ou deliberativa da alma, da inteligência, da razão. O objeto da prudência é o contingente, ou seja, o que nenhum saber logrará penetrar total e completamente. O 'contingente' também é chamado de 'acaso', quando somos por ele afetados. Por isso, a prudência é a sabedoria do homem para o homem[85,134].

Segundo Aubenque[85], Aristóteles não opõe a 'vocação contemplativa' e a 'exigência prática', mas propõe que o modelo e guia da última não está na primeira. A 'exigência prática' tem que buscar, no seu próprio nível, uma norma que continue sendo 'intelectual' ou 'dianoética'. Assim, a prudência não representa uma dissociação entre teoria e prática ou a revanche da prática sobre a teoria, ao contrário, é uma ruptura no interior da própria teoria. A sabedoria é uma maneira de agir, e prudência é uma forma de saber. É requerido o conhecimento do singular para assegurar, em seu nível próprio, a retidão da ação. A sabedoria (*sofia*), por ser somente teórica, não presta socorro eficaz à ação moral, que está no domínio da prática. Assim, a prudência configura um conhecimento de tipo especial, requerido por seu caráter prático[85].

Oxalá os profissionais de saúde compreendessem a distinção entre teoria e prática, que tanto trazem à tona nas discussões éticas, como distinção no interior de teoria e não como oposição entre domínios contrapostos e inconciliáveis. Penso que

---

[x] A contingência aparece como "abertura à atividade dos homens, ao mesmo tempo arriscada e eficaz. Sem a contingência, a ação dos homens não seria apenas impossível, seria também inútil"[85] (p. 173).

o rompimento da dualidade traria mais qualidade às decisões éticas, fazendo-os perceber, de fato, que não há rivalidade e dissociação entre ambos os domínios, mas justamente indissociação e mútua contribuição para a compreensão da singularidade da ação moral em uma dada situação.

As ações humanas requerem prudência, que Aristóteles define como: "una disposición racional verdadera y práctica respecto de lo que es bueno y malo para el hombre"[64]. Ou, na tradução da definição aristotélica que consta no Dicionário de Ética e Filosofia Moral, "a prudência é uma disposição prática, acompanhada de uma regra verdadeira, concernente ou que é bom e mau para o homem"[134] (p. 406).

Essa definição apresenta a prudência como resultante de um processo, ao mesmo tempo, 'indutivo' e 'regressivo', que parte da ideia de *phronimos* como "o homem capaz de deliberação" (p. 61). A prudência consiste em uma disposição prática que concerne à regra da escolha, não se restringe à retidão da ação, mas abarca a correção do critério. Por isso, a prudência é disposição prática acompanhada de regra verdadeira[85].

O prudente difere do teórico porque seu objetivo não é o simples fato de conhecer qualquer prazer que esse conhecimento pudesse buscar, mas os bens humanos, a cujo conjunto harmoniosamente equilibrado Aristóteles chamava felicidade. A felicidade era, para o filósofo, uma atividade e não um estado passivo de absorção ou fusão em uma realidade superior. Assim, afirmava que o objetivo da ética não é ensinar-nos o que são a 'virtude' e a 'felicidade', mas tornar-nos virtuosos e felizes pela prática habilidosa das virtudes[134] (p. 406). O prudente também se distancia do artesão, porque a produção tem um fim distinto dela mesma, mas na ação não ocorre isso; nela, o fim está na própria atuação. "La buena actuación misma es un fin". O prudente leva em conta dados que o teórico se vangloria, precisamente, de ter eliminado[134].

Aristóteles retrata o homem prudente como o que, para atingir o objetivo final da felicidade humana, sabe avaliar os obstáculos, tirar partido das características singulares de uma dada situação, escolher o momento oportuno para todo empreendimento, ou seja, para atuar, prevendo, ao máximo possível, o inesperado. Assim, o homem prudente compartilha com os técnicos e com os políticos, sobretudo, uma prática fundamental: a deliberação[134].

Sendo ligada à ética, a prudência não é simplesmente uma habilidade, pois essa é, para Aristóteles, a faculdade que leva o homem a encontrar os fins para alcançar os objetivos que almeja[64]:

> Pues bien, la virtud hace recta la elección, pero el hacer todo lo que hay que hacer para llevarla a cabo, ya no es propio de la virtud, sino de otra facultad. Debemos reflexionar sobre esto y hablar de ello con más claridad. Hay una aptitud llamada destreza, y ésta es de tal índole que hace posible realizar los actos enderezados al blanco propuesto y alcanzarlo; si el blanco es bueno, la aptitud es laudable; si es malo, es mera habilidad; por eso también de los prudentes decimos que son diestros, y habilidosos. La prudencia no es esa aptitud, pero no existe sin esa aptitud. Y la recta conformación de este ojo del alma no se produce sin virtud, como hemos dicho y es evidente, ya que los razonamientos de orden práctico tienen un principio, por ejemplo, 'puesto que el fin es éste', o 'puesto que lo mejor es esto', sea cual fuere (supongamos uno cualquiera, para los efectos del argumento), y este fin no aparece claro sino al bueno, porque la maldad nos pervierte y hace que nos engañemos en cuanto a los principios de la acción. De modo que evidentemente es imposible ser prudente no siendo bueno (EN, VI, 5, 1144a)

Assim, concluímos que todos os prudentes são habilidosos, hábeis, mas nem todos os hábeis são prudentes. A felicidade a que o prudente visa é a felicidade do homem virtuoso, isto é, o estado no qual ele é corajoso, temperante e justo. Só o virtuoso é prudente. Em outras palavras, o virtuoso não pode ser virtuoso sem prudência, porque sem ela não tem como operar sua virtude. O ato virtuoso, como definido por Aristóteles e transcrito em Pellegrin[134], é fazer "o que se deve, por que se deve, a propósito

do que se deve, em vista do que se deve". A prudência constitui-se na habilidade do virtuoso[85].

Ser virtuoso é agir como é preciso, com quem é preciso, quando é preciso e onde for preciso. Agir implica inserir-se na ordem do mundo 'sublunar' para modificá-lo. O mundo inacabado é o que requer do homem agir com prudência. O conhecimento do imutável mostra-se pouco útil para lidar com as situações de um mundo onde tudo nasce e perece. Por isso, a prudência refere-se aos seres submetidos à mudança. E também ao tempo oportuno, pois constitui erro fazer cedo ou tarde demais o que seria preciso ter feito antes ou mais tarde[85].

É no limiar da metafísica que se inicia a ética, que se tornam imprescindíveis a deliberação e a prudência:

> A metafísica nos ensina, malgrado ela mesma, que o mundo sublunar é contingente, isto é, inacabado. Mas os limites da metafísica são o começo da ética. Se tudo fosse claro, nada haveria a fazer, e resta a fazer o que não se pode saber. No entanto, não se faria nada se não se soubesse, de algum modo, o que é preciso fazer. A meio caminho de um saber absoluto, que tornaria a ação inútil, e de uma percepção caótica, que tornaria a ação impossível, a prudência aristotélica representa – ao mesmo tempo que a reserva, *verecundia*, do saber – a possibilidade e o risco da ação humana[85] (p. 281).

A virtude, como a definição geral proposta no livro II de Ética a Nicômaco, reproduzida em Aubenque[85], é a: "disposição da vontade, consistindo em um justo meio relativo a nós, o qual é determinado pela reta regra e tal como o determinaria o homem prudente". A virtude constitui agir segundo o 'justo meio', que tem como critério a 'reta regra'. E a reta regra só pode ser conhecida apelando-se para o julgamento do homem prudente. "O prudente sabe o que é bom para nós"[85] (p. 70).

A prudência é, para Aristóteles, uma virtude intelectual ou 'dianoética'[y], pois requer uma regra verdadeira. Entretanto, essa

[y] Em Aristóteles, as virtudes éticas referem-se às funções sensitiva e apetitiva da alma em sua relação com o corpo. As virtudes intelectuais ou dianoéticas referem-se à função racional ou intelectiva[136].

não é fruto de um saber teórico universal. Na ausência de norma transcendente, ou seja, universal, é o próprio prudente que é a norma. Em outras palavras, não se pode dizer, por exemplo, que não mentir, ou mentir, seja virtuoso; se, em vista das circunstâncias, o sábio adota uma ou outra dessas condutas, essa conduta será virtuosa. Então, a prudência corresponde ao juízo moral singular, particular, a "o julgamento prático na situação", que só garante a percepção da particularidade moral da ação; é a faculdade capaz de perceber os traços moralmente pertinentes de uma situação e colocar-se no início da deliberação, que é lhe subsequente[85,134] (p. 406). A prudência é o juízo moral situado, circunstanciado; princípio e fruto de deliberação.

Confluem na prudência aristotélica a razão, as contingências, a habilidade e a exigência ética, pois ela é a "virtude retora"[85] (p. 109), que determina a missão das outras, aprecia e julga situações. A tarefa da moral é reconhecer a universalidade da lei na particularidade das ações singulares[85].

A virtude ética é a capacidade de agir retamente, porque é belo assim atuar. Permite-nos agir com facilidade e graça, uma vez que concordam que nosso desejo, concordando com o *logos,* tornou-se gosto pela ação reta, pela regra verdadeira. Entretanto, isso não basta para a *arete* completa, para a excelência. Para tal, é preciso a prudência, a virtude que conduz à ação, indicando a norma. A prudência indica o que é preciso fazer, e a virtude ética dá a força e o desejo de fazê-lo[86].

A noção moderna de 'prudência' é incapaz de exprimir as implicações intelectuais que a *phrónesis* tinha para a Aristóteles. A concepção aristotélica de prudência nada tem a ver com o sentido que assume em teorias éticas mais recentes, com racionalidade instrumental, nas quais há a ideia de que os fins justificam os meios[134] (p. 406). Como vimos, a prudência não persegue qualquer fim, mas apenas o próprio do homem virtuoso. A prudência "somente é reconhecida nos homens cujo saber é ordenado para a busca dos 'bens humanos'". Por ser virtude intelectual, a prudência também inclui a determinação dos fins e

não somente dos meios; a escolha dos meios constitui somente um dos momentos – o da eficácia – de sua função total que é, indissoluvelmente, teórica e prática. Os prudentes são capazes de considerar o que é bom para eles mesmos e para os homens[85].

O que é bom e vantajoso para si próprio não implica, então, que o seja de forma parcial. A vida feliz é a totalidade que transcende os fins particulares; uma totalidade concreta que inclui o bem total da comunidade e do indivíduo. Assim, o prudente não é um puro empírico que vive o dia-a-dia sem princípios e sem perspectivas, mas é o que tem visão de conjunto[85].

Sendo a prudência uma virtude, primeiro diz respeito às qualidades necessárias para realizar bens internos a uma prática, mas ultrapassa esses limites, contribuindo para o bem de toda uma vida e, ainda, para o bem dos seres humanos. Somente quando uma qualidade humana atender a cada um desses âmbitos poderá ser considerada uma virtude. Há qualidades que não conseguem ser virtudes, pois sobrevivem aos testes do primeiro âmbito, mas falham no segundo ou no terceiro[104]. Assim, a prudência como virtude busca o bem para a própria pessoa, mas também para seu entorno e para a humanidade.

O prudente conhece e maneja, ao mesmo tempo, o particular e o universal, em uma síntese singular a cada situação, juntando a capacidade de visão de conjunto e o senso de particular. Essa familiaridade para lidar com ambos concomitantemente e de maneira equilibrada assegura-se, na visão aristotélica, pela mediação da experiência, que se situa a meio caminho da sensação e da ciência. A experiência já é uma forma de conhecimento que supõe a consideração do particular na rota do universal. Assim, não equivale à repetição indefinida do particular, mas se insere no elemento da permanência. A experiência é um saber vivido e não só aprendido; constitui um saber profundo porque não é deduzido[85], mas induzido na vivência.

Como afirma Aristóteles na Ética a Nicômaco, segundo a reprodução de Aubenque[85]:

> As coletâneas de leis ou de prescrições médicas, que são apenas justaposições de casos particulares, não são de nenhum auxílio àquele que é desprovido de experiência, pois lhe faltará a inteligência e o discernimento necessários para julgá-los (p. 98).

O saber enraizado na experiência de cada um é incomunicável, o que em nada lhe retira a condição de conhecimento, de saber. A incomunicabilidade da experiência resulta de sua singularidade insubstituível, que cabe a cada um conquistar com paciência e trabalho. Por isso, é preciso tempo para ascender à prudência, sem espaços para precipitações ou prazos[85].

Assim, os discursos racionais não bastam para transformar o *ethos*. No entender de Aristóteles, como apresentado em Aubenque[85]:

> Se a ciência se endereça ao que há de menos humano no homem, de mais impessoal, o intelecto, e se sua transmissão se faz pelas vias universalizáveis do *logos*, é em um nível mais vital que se situa a experiência: nesse nível onde as faculdades intelectuais são responsáveis, não somente pela lógica de seu conteúdo, mas pela conduta do homem, do qual elas são o guia, nesse nível onde o próprio *logos* deve falar à linguagem da paixão, do caráter, do prazer e da dor, se quer ser escutado por eles e elevá-los a seu nível (p. 99).

Essa compreensão de experiência é essencial para a formação inicial e permanente dos profissionais de saúde. Porém, reconheço a aridez da saúde para ela, especialmente quando a voga da prática baseada na evidência propõe a eliminação das incertezas e das variações da experiência.

A prudência constitui um saber único. Esse saber se configura mais na disponibilidade que no conteúdo; mostra-se mais enriquecedor para o sujeito do que rico em objetos claramente definíveis. Sua aquisição supõe virtudes morais que

terá a missão de guiar: a coragem, o pudor e, principalmente, a temperança, que é a salvaguarda da prudência[85].

Assim, o homem prudente, o capaz de bem deliberar, ou seja, o *phronimos* de Aristóteles, compagina, em si mesmo, em suas considerações, aspectos que aprendemos a dissociar:

> o saber e a incomunicabilidade, o bom senso e a singularidade, o bem natural e a experiência adquirida, o senso teórico e a habilidade prática, a habilidade e a retidão, a eficácia e o rigor, a lucidez previdente e o heroísmo, a inspiração e o trabalho[85] (p. 105).

Nem idealismo teórico, nem o oportunismo prático, ou seja "nem 'bela alma' nem Maquiavel"[85]. O prudente junta um e outro a um só tempo; "é indissoluvelmente o homem do interior e do exterior, da teoria e da prática, do fim e dos meios, da consciência e da ação"[85] (p. 105).

A vida moral, em Aristóteles, distingue-se tanto da contemplação como da vontade reta e confunde-se com o trabalho, ao qual é frequentemente comparada. Comporta, assim, duplo discernimento do 'possível' e do 'desejável', adaptação dos meios aos fins e desses aos meios. A moral aristotélica, por condição, configura-se em "uma moral do fazer, antes de ser e para ser uma moral do ser" (p. 148). Entendendo que não há homens bons e maus, que não há bons nem maus absolutamente, mas apenas homens a caminho do bem ou do mal, a ética aristotélica convida-nos a realizar nossa excelência no mundo, coincidindo a ação humana e o tempo, ou seja, agir bem e no tempo propício, oportuno, na ocasião favorável (*kairós*). Não somos o que escolhemos ser de uma vez por todas, mas o que escolhemos fazer a cada instante. As situações éticas são sempre singulares e incomparáveis, requerendo mais que discursos gerais. As situações éticas exigem que se lance mão de outra faculdade diferente da inteligência dianoética, a fim de determinar, a cada instante, ação conveniente e o tempo oportuno[85]. Na bioética clínica, por meio do procedimento

deliberativo, aplicamos esse duplo discernimento no interior do trabalho em saúde, nesse caso tomado como 'trabalho vivo em ato'[137].

A deliberação, enquanto diálogo da alma consigo mesma, vale mais que as arriscadas inspirações da paixão. Frente a como são as coisas e os homens, não é conveniente nem agir impulsivamente, tampouco procurar o melhor absoluto em tudo. Temos de buscar o melhor possível, dadas as circunstâncias[85]. Para isso presta-se a deliberação[85]:

> Nada se assemelha mais ao autoritário do que o arbitrário, nem à inspiração do que a improvisação; nada se assemelha mais inumano do que o sobre-humano. A deliberação representa a via humana, ou seja, mediana, aquela de um homem que não é completamente sábio nem inteiramente ignorante, num mundo que não é nem absolutamente racional, nem absolutamente absurdo, o qual, no entanto, convém ordenar usando as mediações claudicantes que ele nos oferece (p. 188).

A escolha é uma atividade comparativa, não superlativa. A escolha é sempre escolha do melhor, que designa um superlativo relativo, não absoluto. Dessa forma, a escolha pode se opor à vontade, pois queremos o bem, mas escolhemos o melhor, isto é, não o absolutamente bom, mas o melhor possível. A vontade pode tomar por objeto coisas reconhecidamente impossíveis, porém a escolha, ao guiar-se pela intenção do melhor, não pode se voltar para o impossível[85].

A tarefa da escolha consiste em determinar, por deliberação, e eleger, por decisão, a melhor opção, considerados os obstáculos e as circunstâncias passíveis de conhecimento ou previsão. A escolha "tem por domínio o possível para nós"[85] (p. 214), isto é, o que, no interior do possível em geral, julgamos estar em nosso poder, em nossa possibilidade de ação[85].

A preocupação central da prudência refere-se à maneira de ser justo. A prudência consiste na capacidade de encontrar a norma justa em uma situação particular, não de maneira abstrata, mas realizando-a[86].

A prudência representa o intermediário indispensável, o 'justo meio', entre as intenções morais e as ações morais, já que deliberar consiste em combinar meios eficazes em vista de fins bons e realizáveis. Por isso, a boa deliberação distancia-se do "golpe de vista" e da "vivacidade do espírito", que operam imediatamente e sem cálculo prévio[85]:

> Ter julgamento não é subsumir o particular ao universal, o sensível ao inteligível; é penetrar, sensível e singular em si mesmos, com uma razão mais 'razoável' do que a 'racional'; é, vivendo num mundo impreciso, não lhe buscar impor a justiça excessivamente radical dos números; mortal não julgar as coisas mortais com os olhos do imortal; homem ter pensamentos humanos. O homem de julgamento sabe que a ciência pode tornar-se inumana, quando, rigorosa, pretende impor suas determinações a um mundo que talvez não possa recebê-las. Ao rigor da ciência, que pode ser violento, o equânime opõe à indulgência do julgamento[z]. [...] É preciso a 'inteligência' para compreender e julgar, mas intelectualismo que escapa à presunção do saber (p. 243).

A prática clínica na atenção básica deveria aprender desses ensinamentos, pois, ao ampliar o horizonte da própria atividade clínica, ao lado de uma compreensão alargada da saúde, pode levar os profissionais a esforços e empreitadas sobre-humanas.

São ideias centrais da prudência: 'limite' e 'equilíbrio'. A prudência, *phronesis*, constitui o saber limitado e consciente de seus limites; é o pensamento humano que se sabe e se quer humano. Configura-se em uma determinação intelectual que é atributo do homem, mas um homem consciente de sua limitada condição humana; um intelectualismo dos limites em oposição a um racionalismo triunfante. Por isso, há certa qualificação moral na prudência, decorrente do mérito de limitar seu desejo natural de conhecimento, já que, para Aristóteles, naturalmente todo

---

[z] A 'indulgência' em Aristóteles consiste no juízo que decide o que é equânime, quando tal julgamento é reto, e o será quando concerne ao verdadeiro. A indulgência diz respeito, ao mesmo tempo, à equidade e à verdade[85].

homem tende ao conhecimento. Sem tentar rivalizar com os deuses, a prudência consiste em pensamento que limita o homem e seus interesses de forma a inspirar ou prevenir, a cada instante, a tentação sobre-humana. Assim, a prudência não representa uma unidade extrínseca de uma capacidade e de um valor, como se fosse suficiente, para tê-la, simplesmente direcionar a inteligência para o bem. A prudência é uma unidade interior de uma capacidade que adquire valor ao se limitar. Em uma comparação com as concepções hipocráticas para 'saúde', pode-se dizer que a prudência equivale ao regime da inteligência. É o pensamento sadio, o discernimento correto do conveniente, a reta deliberação que desemboca na palavra ou ação oportunas[85].

A prudência não corresponde ao saber socrático do "não-saber"[85] (p. 261), ainda que seja, inegavelmente, sua herdeira. Configura-se em um saber que suspeita dos próprios malefícios e chama-se constantemente à consciência de seus limites necessários[85].

Na proposta deliberativa de Diego Gracia, a prudência significa o 'justo meio', entre o 'deveria' (intenções morais) e o 'deve' (ações morais). Na pesquisa, a prudência do curso de ação será identificada tanto por sua tendência aos cursos ótimos como pela argumentação que inclua consideração do universal e do particular.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A DELIBERAÇÃO MORAL NA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DO DESVELADO NAS VINHETAS

Ao traçar e trilhar a ponte entre a bioética clínica e a atenção básica, encontrei que a deliberação moral na clínica em atenção básica lida com problemas comuns do cotidiano da atenção à saúde, questões sutis que requerem dos enfermeiros e médicos o empenho deliberativo e inventivo, além da sensibilidade ética. Por serem vistas pelos profissionais como rotineiras, dificilmente são percebidas enquanto problemas éticos, ou seja, escapa-lhes que estão lidando com um conflito de valores. Assim, é preciso que enfermeiros e médicos sejam estimulados a um esforço sensível e criativo, de apreensão de possibilidades para diminuir a inadequação da prática clínica à realidade, ampliando-a.

Deliberando sobre os resultados, ou seja, sobre os cursos de ação identificados, considerei que houve diferenças nas tendências desses cursos nos dois cenários, tanto no espectro do leque de possibilidades em si, meu principal interesse de compreensão na pesquisa, como em que direção desse leque os entrevistados se concentravam. No 'Preservando a confidencialidade', o leque de possibilidades de cursos de ação compôs um espectro menor, e os sujeitos se aproximaram mais dos cursos intermédios. No 'Atendendo adolescentes', o espectro de possibilidades do leque de cursos de ação foi mais amplo, entretanto, os entrevistados penderam a um dos pólos extremos. Isto é, no 'Preservando a Confidencialidade' os sujeitos demonstraram mais prudência, ao recomendar alternativas de solução que salvassem, ou ao menos lesassem o menos possível, os dois valores em conflito; no outro, 'Atendendo Adolescentes', encaminharam-se para soluções com possibilidades trágicas, pois protegiam mais a um dos valores em conflito, com óbvio

detrimento do outro. Assim, no primeiro cenário, houve uma deliberação mais prudente, ainda que tenha se delineado um leque mais restrito de possibilidades de cursos de ação. Na segunda vinheta, a busca do mal menor para solucionar o problema ético comprometeu a deliberação prudente, embora o leque de possibilidades de cursos de ação tenha se delineado em um espectro mais amplo. Os discursos de argumentação das escolhas revelam que se perdeu de vista a busca do melhor, que é o objetivo da ética, e, assim, as respostas dos entrevistados tenderam ao sentido de um dos pólos, afastando do intermédio, que poderia conter o 'curso ótimo'.

Retomo da metodologia os critérios usados na deliberação sobre os dados, considerando a categoria analítica da 'prudência'. Na proposta deliberativa de Diego Gracia, a 'prudência' implica o 'justo meio' entre o 'deveria' (intenções morais) e o 'deve' (ações morais). Na pesquisa, a prudência do curso de ação foi identificada tanto por sua tendência aos cursos ótimos, ou intermédios, como pela argumentação que incluísse a consideração do universal e do particular. A concentração das respostas foi tomada somente como um elemento a mais para a compreensão da deliberação moral na clínica em atenção básica, já que o estudo é de natureza qualitativa, ou seja, esse dado também foi ponderado nos resultados e discussões a partir dessa perspectiva.

Na vinheta 'Preservando a Confidencialidade', que apresentava a situação do marido com sífilis que pedia à equipe que solicitasse exames para sua mulher sem contar-lhe a verdade sobre seu diagnóstico, os cursos de ação que se aproximaram do espaço intermédio incluíram formas de preservar a privacidade e confidencialidade do marido e, ao mesmo tempo, cuidar da saúde da mulher, mantendo a veracidade na relação clínica. Os discursos indicaram que a analogia com as recomendações de como agir nas situações envolvendo parceiros sorodiscordantes para HIV/aids, muito discutida entre os profissionais de saúde na

atenção básica, especialmente na saúde da família, acabou por encaminhar os entrevistados para essa tendência, propiciando a prudência na deliberação. Compreendo que a recomendação sobre esse tema difundida pelo conselho profissional de medicina[aa] contribuiu, enormemente, para a conformação que se revelou nos resultados, pois muitos dos discursos fizeram referência explícita a ela. Assim, ainda que com uma racionalidade falaciosa, ou seja, com uma abordagem da questão moral em termos jurídicos, os cursos de ação e os discursos tenderam ao sentido das alternativas prudentes. Daí a importância da prática da deliberação nos fóruns coletivos, como os conselhos profissionais.

Frente à vinheta, os profissionais, para elaborar suas respostas, prontamente, recorriam ao que tinham vivido profissionalmente em situações idênticas ou similares. Isso reiterou minha opinião de que essa forma de coleta de dados, para as pesquisas em ética, mobiliza as experiências vividas pelos sujeitos, permitindo ao pesquisador acessar, de certa maneira, o espaço dialético entre o 'idealizado' (representação) e o 'praticado' (ação), ou, na linguagem da deliberação, a ponderação de fatos, valores e deveres que o profissional opera ao lidar com os problemas éticos.

No cenário hipotético "Atendendo Adolescentes", que trazia a situação de uma adolescente que solicitava a prescrição de anticoncepcional oral sem o conhecimento dos pais, que a

---

[aa] Na publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Aids e Ética Médica –, publicada em 2001, lê-se "O médico está ética e moralmente obrigado a comunicar ao parceiro sexual de um indivíduo infectado pelo HIV esse fato, mas o procedimento somente poderá ser licitamente tomado pelo médico se: o paciente tiver sido exaustivamente comunicado das prováveis consequências para o(a) parceiro(a) do estabelecimento de relações sexuais inseguras ou não protegidas; o médico tiver esclarecido o paciente da natureza das relações sexuais seguras; o médico tiver evidências de que o(a) paciente expõe a risco a(o) parceiro(a); e se o paciente for adequadamente informado pelo médico da intenção de convocar o(a) parceiro(a)[139] (p. 58).

proibiam de namorar, os cursos extremos que puxaram o sentido da tendência no leque de possibilidades preservavam a privacidade e a confidencialidade da adolescente, em prejuízo da responsabilidade dos pais sobre os filhos menores de idade. Mais uma vez desempenhou papel fundamental a experiência vivida que foi despertada pela vinheta, mas em outro aspecto: o da realidade da gravidez precoce na adolescência, fato muito comum nas regiões periféricas das unidades de saúde e com a qual os entrevistados convivem em sua prática clínica diária. Isso, para mim, indicou que a vinheta, como recurso de pesquisa, desde que preparada com base na realidade em que os sujeitos serão recrutados, desperta dentre as experiências vividas, as que são mais significativas para os entrevistados, seja pelo peso da força legal ou pelas marcas do sofrimento real.

Os discursos nas argumentações das escolhas contidas nos cursos de ação para a vinheta 'Atendendo Adolescentes' indicam uma valoração da gravidez como mal maior, optando-se pelo menor, que é a prescrição de contraceptivos para a adolescente à revelia dos pais, ainda que algumas vezes se revelasse o medo de estar incorrendo em comportamento não permitido por lei. As falácias da Bioética, então, também apareceram nessa vinheta. Sem um respaldo legal explícito, o empenho inventivo dos profissionais entrevistados revelou-se na maior amplitude do leque de possibilidades para deliberação. Houve delineamento de mais possibilidades de cursos intermédios com tendência desses ao sentido intermédio, ainda assim, as respostas dos sujeitos tenderam a se concentrar no pólo que buscava realizar o mal menor, perdendo-se de vista, mais uma vez, o ótimo, meta da ética.

A seguir, apresento, para cada uma das vinhetas, o problema ético fundamental, o conflito de valores, os cursos de ação e a sua tendência, com os discursos que o argumentaram na visão dos entrevistados.

8.1 A DELIBERAÇÃO NA VINHETA 'PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE'

Dos 63 sujeitos incluídos, 31 analisaram a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'. Eram: 14 enfermeiros e 17 médicos. (Tabela 1):

Tabela 1 - Sujeitos que responderam à vinheta 'Preservando a Confidencialidade', distribuídos segundo local de trabalho e categoria profissional

Local de trabalho	**Categoria profissional**		**Total**
	Enfermeiro	**Médico**	
ESF	6	7	13
UBS	4	6	10
CSE	4	4	4
Total	14	17	31

Os enfermeiros eram todos do sexo feminino e, entre os médicos, 10 eram homens e 7, mulheres. A idade entre os enfermeiros variou de 22 a 49 anos e entre os médicos, de 25 a 56 anos. O tempo de trabalho como enfermeiro variou de 4 meses a 30 anos, e, no local de trabalho, de 2 meses a 24 anos. O tempo de trabalho como médico variou de 11 meses a 32 anos, e, no local de trabalho, de 2 meses a 32 anos.

O problema ético que eu propunha na vinheta enunciava-se na pergunta: como a equipe pode cuidar da saúde da mulher, respeitando a vontade do marido quanto a não lhe falarem nada sobre o fato dele estar se tratando de sífilis?

Os valores em conflito eram: 'respeito à confidencialidade das informações sigilosas quanto à saúde do marido' e 'verdade e honestidade na relação clínica com a mulher'.

A Figura 2 representa, esquematicamente, o problema ético e o conflito de valores, norteadores da análise da vinheta.

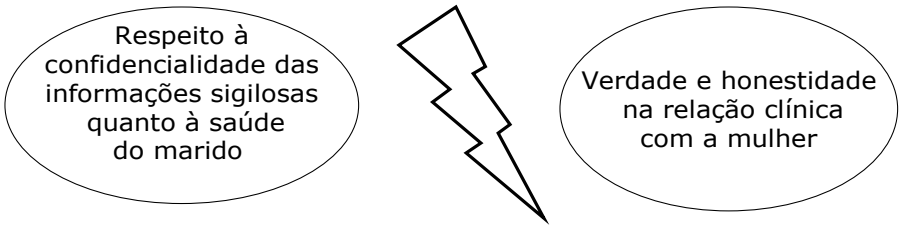
Figura 2 - Problema ético e valores em conflito na vinheta 'Preservando a Confidencialidade'

PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE

Problema ético

Como a equipe pode cuidar da saúde da mulher, respeitando a vontade do marido quanto a não lhe falarem nada sobre o fato dele estar se tratando de sífilis?

Valores em conflito



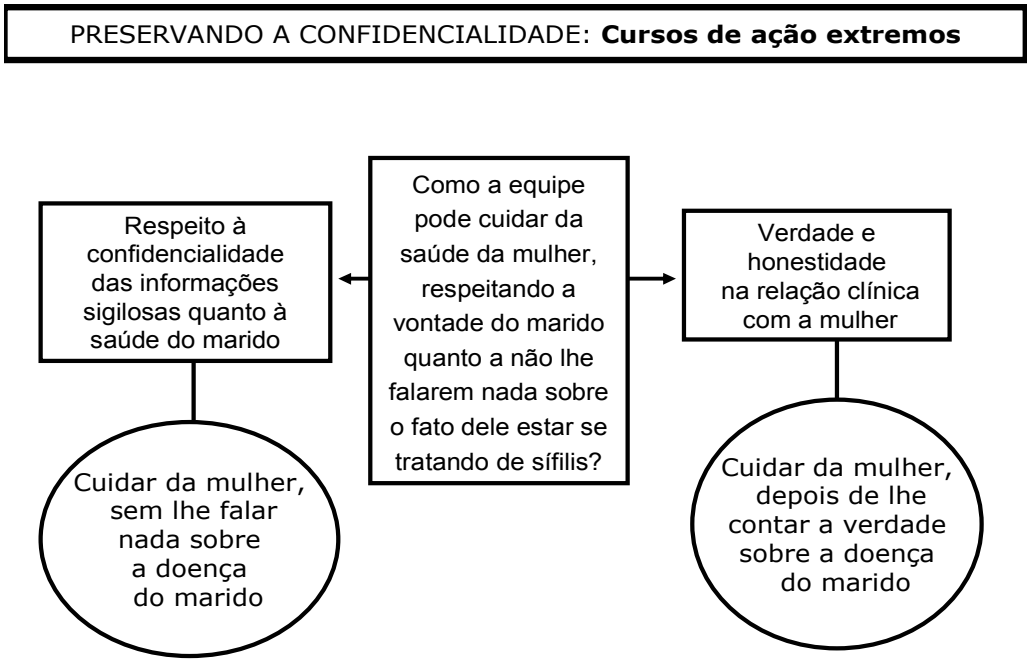
O que está em tela são os valores em conflito, assim, não propus o problema ético como uma pendência de direitos, por exemplo, direito à informação (da mulher) *versus* direito à confidencialidade das informações pessoais, privativas (do marido). Essa formulação em chave de pendência de direitos é muito comum entre os profissionais de saúde quando discutem situações similares à da vinheta, como confirmam alguns dos discursos, especialmente os da argumentação dos cursos extremos, mas não eu buscava 'assessoria' para saber qual o direito sobre-excedente; desejava reconhecer cursos de ação que permitissem realizar os valores envolvidos ao máximo possível, compaginando-os. Isto é, buscava uma alternativa de solução que permitisse cuidar da mulher com ela sabendo da verdade, sem que isso significasse trair a confiança na relação clínica com o

marido, quebrando unilateralmente o segredo, a 'confidencialidade' quanto a suas informações privativas.

Tampouco abordei o problema ético pela questão legal: é legalmente permitida a quebra do sigilo profissional em caso de risco à saúde de outra pessoa? Essa formulação a partir dos limites e permissões da lei configura-se em outro caminho bastante usado pelos profissionais de saúde ao lidarem, na realidade, com situações similares à da vinheta, tendo sido encontrada nos discursos. No entanto, essa formulação retrata e leva ao reducionismo jurídico da Bioética; constitui uma de suas falácias.

Dados os valores em conflito, pensei como prováveis cursos de ação extremos, por um lado, fazer o que o marido solicitava, isto é, cuidar da mulher, mas pedindo-lhe os exames diagnósticos sem dizer-lhe nada sobre a doença do marido; por outro, estaria solicitar os exames a fim de poder cuidar da mulher, mas sem ocultar-lhe a verdade sobre a doença do marido. Ou seja, ainda que em ambas as possibilidades a mulher fosse tratada, pois o conflito não consistia em tratá-la ou não, no primeiro caso, sacrificar-se-ia a veracidade na relação clínica com a mulher para manter a confidencialidade quanto às informações pessoais e privativas do marido, e, no outro, quebrar-se-ia a confidencialidade, com a revelação unilateral do segredo solicitado pelo marido, podendo, até, comprometer a confiança na relação clínica com ele para realizar os valores 'verdade' e 'honestidade' na relação clínica com a mulher. A Figura 3 esquematiza esses prováveis cursos extremos para a vinheta:

Figura 3 - Problema ético, valores em conflito e cursos de ação extremos na vinheta 'Preservando a Confidencialidade'



Os cursos intermédios estariam, é claro, entre os extremos, podendo ser 'contar a verdade junto com o marido para iniciar os cuidados à mulher com ela sabendo da verdade'; esperar que o marido contasse para a mulher sobre sua doença para então solicitar o exame diagnóstico para ela, entre outros.

A análise dos discursos gerou um leque de 13 cursos de ação diferentes, mas a ética inclui a disposição de cada qual argumentar, com razão dialógica e de maneira séria e fundamentada, o seu juízo de valores, especialmente, sobre o que é justo[48,74] (p. 23). Por isso, na intenção de compreender o que foi tomado como justo pelos entrevistados na deliberação moral na clínica em atenção básica, destaco, mais adiante, trechos de argumentações que justificaram algumas das escolhas descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Cursos de ação recomendados pelos enfermeiros e médicos para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'

CURSOS DE AÇÃO		ENTREVISTADOS
A	Solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher somente depois de o marido contar-lhe a verdade	psf_E6, psf_E8, psf_E14, psf_M12 ubs_E23, ubs_E28, ubs_M27, ubs_M28, ubs_M29 cse_E35, cse_E36, cse_M37
B	Solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher sem contar-lhe a verdade, mas estimulando que o marido o faça	psf_E13
C	Solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher sem contar-lhe a verdade; em caso de resultado positivo, estimular o marido a falar-lhe sobre a sua doença e se ele não quiser fazê-lo, a equipe deve contar	psf_M8
D	Solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher sem contar-lhe a verdade e sem estimular que o marido o faça	psf_M6
E	Solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher, sem contar-lhe a verdade se o relacionamento extraconjugal do marido for um episódio fortuito. Caso contrário, estimulá-lo a falar com sua	psf_M15

	mulher sobre sua doença	
F	Chamar a mulher para comparecer à unidade de saúde, estabelecer um bom vínculo com o casal e, depois disso, junto com o marido, revelar a verdade para sua esposa e solicitar-lhe o exame diagnóstico de sífilis	psf_E7, psf_M16, cse_E32, cse_M34
G	Convocar a mulher para comparecer à unidade de saúde, contar-lhe sobre a doença do marido e solicitar-lhe o exame como controle de comunicante de doença sexualmente transmissível	cse_E37, ubs_E29, ubs_M25
H	Compartilhar a situação entre a equipe e o usuário para ajudá-lo a encontrar um modo de encaminhar a conversa com a esposa, orientando que, se ele quer protegê-la, deve usar preservativo nas relações sexuais e que a equipe não pode solicitar o exame sem que a mulher saiba do que está se passando	cse_M31, psf_E10
I	Chamar a mulher para uma consulta ginecológica, orientá-la ao uso do preservativo sob o pretexto de anticoncepção, e, enquanto isso, convencer o marido a vir a uma consulta com ela para, junto com o profissional, contar-lhe a verdade e somente depois disso solicitar o exame diagnóstico de sífilis para a mulher	ubs_E22

J	Não contar nada para a esposa, não lhe solicitar o exame diagnóstico de sífilis e restringir-se a tratar o marido	ubs_M21
K	Pedir o exame diagnóstico de sífilis para a mulher, informando-lhe sobre isso, mas sem dizer o motivo da solicitação	ubs_M24
L	Orientar o marido quanto à proteção de sua mulher por meio do uso de preservativos nas relações sexuais; tratá-lo; convencê-lo de que está expondo a esposa a um risco para sua saúde; e, se a lei permitir, chamar a esposa para fazer o exame diagnóstico de sífilis	cse_M33
M	Oferecer ao marido ajuda para contar a verdade à mulher e solicitar o exame diagnóstico de sífilis para ela somente depois do marido haver-lhe contado sobre sua doença	psf_M13, psf_M11

Considerando os extremos e o espaço intermédio, os cursos de ação resultantes da análise dos discursos podem ser dispostos em um leque hermenêutico e interpretativo, como na Figura 4. De maneira mais agrupada, o leque configura-se como representado na Figura 5. Com as figuras, é possível perceber mais claramente que os cursos de ação sugeridos pelos entrevistados tendem a tratar o marido e a apoiá-lo para que conte a verdade à mulher; depois disso acontecer é que lhe seriam solicitados os exames. As escolhas centram-se nos cursos intermédios, prudenciais, que se distinguem, principalmente, pela forma de apoio ao marido para a revelação de sua doença à mulher.

Figura 4 - Leque dos cursos de ação para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'

Preservando a confidencialidade: Cursos extremos e intermédios

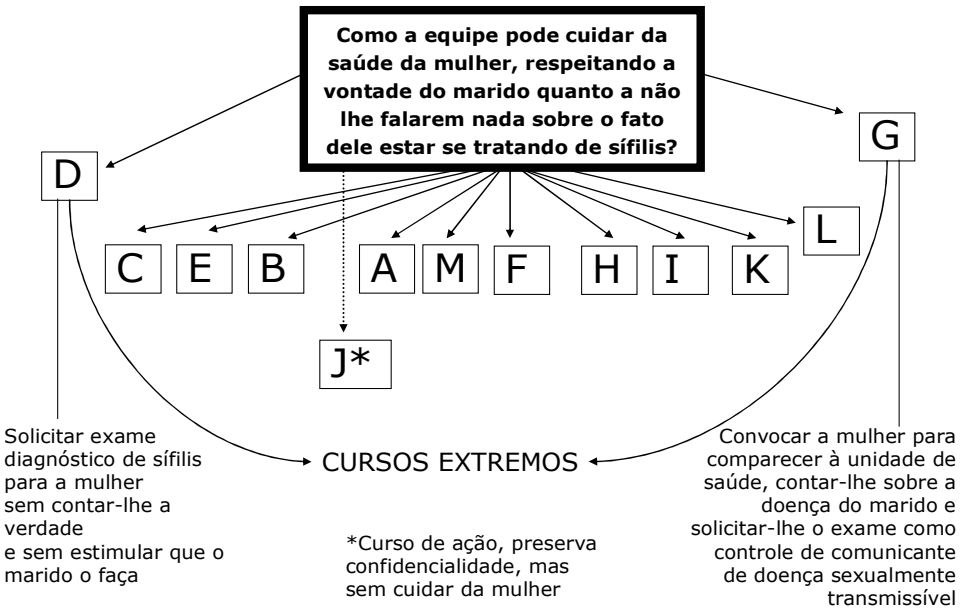
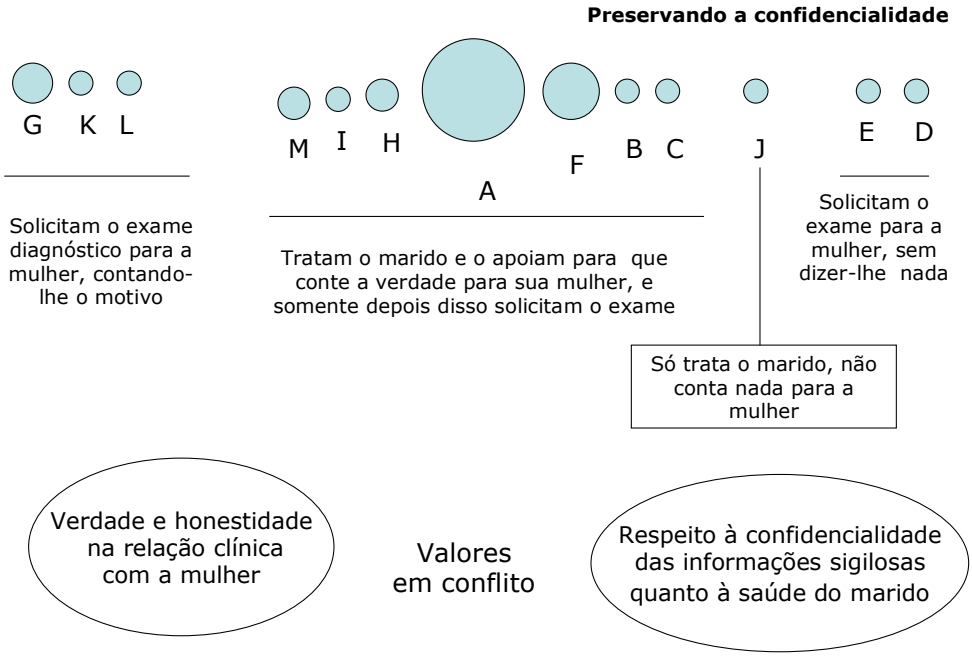


Figura 5 - Tendência no leque de cursos de ação para a vinheta 'Preservando a Confidencialidade'



Prudência, mantendo a confidencialidade e dando apoio ao marido para revelar a verdade à mulher, é também o que as pessoas esperam dos profissionais em situações como essa. Em estudo exploratório, quanti-qualitativo, com 'potenciais usuários do Sistema Único de Saúde' para identificar como esperam que os profissionais de saúde se comportem quando um dos parceiros de casal heterossexual tem sífilis, no qual utilizamos a mesma vinheta do presente estudo, encontramos que os respondentes esperam dos profissionais a manutenção da confidencialidade, deixando a cargo do marido a revelação da verdade à esposa. O profissional foi visto como um mediador da situação, de quem esperam orientação e apoio na revelação[139]. Essa ação que os respondentes do referido estudo esperam dos profissionais apareceu nos cursos intermédios recomendados pelos sujeitos da presente pesquisa, assim, é possível afirmar que os usuários dos serviços esperam uma atitude prudente dos profissionais.

Considero essa expectativa bastante distante da atitude expressa como "[...] a gente tem que responsabilizar o paciente daquilo que ele tem [...] no caso, responsabilizar o parceiro" (curso A; psf_M12).

Esse discurso representa o *victim blaming*, visão que localiza a causa do problema nas próprias pessoas que estão nele envolvidas. Esse tipo de concepção ainda é bastante comum no que se refere às doenças transmissíveis, ou mesmo à saúde em geral, seja no mundo profissional ou na sociedade como um todo. Dela decorre uma responsabilização dos próprios indivíduos por seu estado de saúde, que passa a ser visto como resultado exclusivo de comportamentos individuais de risco[140]. Desconsideram-se determinantes e condicionantes sociais da saúde, vulnerabilidades, condições estruturais. Em termos morais, o *victim blaming* implica um juízo de valores sobre os afetados por um problema, em uma relação clínica que pode se tornar francamente maleficente e nada propícia à deliberação e à prudência.

Um dos cursos extremos foi 'solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher sem contar-lhe a verdade e sem estimular que o marido o faça'. No extremo oposto, apareceu 'convocar a mulher para comparecer à unidade de saúde, contar-lhe sobre a doença do marido e solicitar-lhe o exame como controle de comunicante de doença sexualmente transmissível'. Em ambos os pólos, a recomendação extraída da análise dos discursos aproxima-se do que havia deliberado para a vinheta antes de sair a campo, respectivamente, 'cuidar da mulher, sem lhe falar nada sobre a doença do marido' e 'cuidar da mulher, depois de lhe contar a verdade sobre a doença do marido'.

Entretanto, o curso de ação 'G', no extremo 'cuidar da mulher, depois de lhe contar sobre a doença do marido', segundo o que apurei da análise dos discursos, justifica-se pelas ações de vigilância epidemiológica e por protocolos de controle de comunicantes de doença transmissível, e não pela veracidade da relação clínica. Assim, há nesse curso de ação um reducionismo técnico, uma racionalidade falaciosa da Bioética. A questão é vista muito mais como técnica do que moral.

Um terceiro caminho apareceu, tendendo ao extremo de respeitar a confidencialidade das informações sobre a saúde do marido: 'não contar nada para a esposa, não lhe solicitar o exame diagnóstico de sífilis e restringir-se a tratar o marido' ('J'). Porém, esse curso não incluía o cuidado à saúde da mulher, por isso, não foi tomado como um dos extremos nos resultados encontrados para a resolução da vinheta. Queria cursos que previssem o cuidado à mulher, já que esse não estava sob questionamento. Assim, o curso citado foi incluído no leque de possibilidades de cursos de ação, mas não como um pólo extremo, embora não deixe de tender para essa direção. De fato, entendo essa recomendação como mais extrema do que havia pensado chegar, mas, por outro lado, meu conflito de valores não abarcava a questão do cuidado à mulher, por isso, esse curso não responde ao que buscava e denota como é difícil, na deliberação, fazer o

exercício mental de colocar-se no lugar de quem apresenta o caso para responder ao conflito dele e não ao próprio. No caso, o sujeito entrevistado não foi capaz de olhar a situação a partir do meu ponto de vista, do meu conflito de valores para respondê-lo.

Isso se repetiu em outra entrevista (curso H; cse_M31):

> O que eu acho interessante nesse caso é [...] que na verdade o problema ético não é nosso [...] manifesta a preocupação de proteger a esposa da doença [...] é claro que, então, ele já tem uma questão ética.

Parece inquestionável que o usuário também estivesse vivendo um conflito de valores; estávamos diante de um problema ético e isso afetava todos os envolvidos, não só os profissionais, mas os valores em conflito não são os mesmos para todos, por isso a deliberação requer que façamos um '*role-playing*' instantâneo, para nos colocarmos na pele de quem apresenta o conflito. Assim, seria o conflito do usuário o mesmo dos profissionais, como se apresentava na vinheta? Provavelmente não, pois é bem possível que o dele incluísse a questão da fidelidade, que não estava posta na vinheta ou proposta no conflito de valores que a questão feita após a leitura do caso pretendia trazer à tona.

O discurso anterior indica uma relação clínica centrada no usuário, como reforça outro trecho: "E deixar claro que realmente não há outro modo de ele protegê-la disso que não seja pela dor da conversa". Vemos que o discurso traz, claramente, a compreensão do sofrimento que vive o marido. Entretanto, para a deliberação, além de uma relação clínica centrada no usuário, como finalidade e ao mesmo tempo meio para a boa assistência, é preciso centrar-se, ainda, no conflito de valores de quem apresenta o caso, isto é, de quem pede assessoria para o problema ético, no qual tem a responsabilidade de tomar uma decisão.

A argumentação do extremo 'solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher sem contar-lhe a verdade e sem estimular que o marido o faça', que realiza a confidencialidade em detrimento da veracidade, incluiu:

> [...] a vontade dele (do marido) tem que ser respeitada [...] tem doença que mexe com a moral das pessoas [...] tá na consciência dele que traiu essa esposa, mas quer proteger [...] porque gosta dela [...] A gente tem que seguir o que ele tá falando! A gente vai ter que tratar desse paciente, encaminhar a esposa dele pra fazer papanicolau porque é rotina [...] ou alegar [...] uma desculpa feita pelo paciente. Tem que forçar ela vir pra unidade. E falar: olha, ele tá com um problema que você também pode ter, não é um problema transmitido numa relação sexual [...] são mentirinhas que eu acho até... necessárias. Você vai criar um conflito conjugal [...] a gente não tem nada a ver com isso, a gente tem que tratar dos dois, e no dia que ele quiser contar pra esposa ele conta, por que é problema dele. (curso D; psf_M6)

As justificativas do outro extremo, 'convocar a mulher para comparecer à unidade de saúde, contar-lhe sobre a doença do marido e solicitar-lhe o exame como controle de comunicante de doença sexualmente transmissível', reforçam o reducionismo técnico aplicado ao problema ético:

> Nunca [...] pedir um exame sem a pessoa saber [...] é uma vivência de todos os dias [...] a gente atende [...] pacientes com doenças sexualmente transmissíveis [...] recomendamos [...] fazer o diagnóstico e já convocamos o parceiro. Pedir pra gente mentir, ninguém vai mentir... Nós vamos sentar [...] conversar [...] preveni-la, vamos contar o que o parceiro tem... E o parceiro fica sabendo que nós vamos fazer tudo isso [...] nós vamos convocar... Sempre! [...] Aí ela vem [...] vamos [...] falar que essa doença que ele tem é [...] transmissível, que a gente quer quebrar a cadeia [...] tem que ser bem prático [...] não podemos fazer exame [...] sem o consentimento da paciente [...] as pessoas são indivíduos que tem o direito de saber o que é que tem [...]. (curso G; cse_E37)

> [...] ela (a mulher) não pode fazer o exame sem saber [...] Não é protegê-la. A palavra é... é direito dela que eu tenho que preservar [...] é um enfrentamento [...] necessário [...] eu preciso chamar sua esposa [...] vou chamá-la [...] têm alguns que evitam mesmo [...] o telefone que ele deu não funciona, o endereço dele não é aquele [...] eu até vou [...] pegamos o carro da prefeitura [...] e fazemos visita [...] mas [...] fazer o

> exame sem ela saber não acredito que seja possível, principalmente [...] eticamente falando [...] não é correto. (curso G; ubs_E29)

> [...] qual a sífilis que ele tem? [...] primária? [...] secundária? [...]. latente? [...] terciária? [...] A grande maioria dos pacientes é [...] latente [...] não é transmissível [...] não passa a doença para a esposa, vai passar se ele tem a sífilis primária [...] tem que chamar a esposa dele, é óbvio. Acho que a esposa deve ser comunicada. Primeiro, tem que explicar pro paciente que, muito provavelmente, essa doença foi adquirida, antes de ele casar, e que... praticamente não há chance de passar pra esposa, e a esposa, com certeza, não é portadora da doença [...] a gente explica assim... que um dia na vida... o seu marido, num relacionamento com outra mulher, antes de lhe conhecer, deve ter pego a sífilis, mas ele fez um tratamento inadequado... então... [...] chegou a hora de tratar e ver se a senhora [...] também tem algum problema [...] (curso G; ubs_M25)

As argumentações de ambos os cursos extremos transparecem juízos morais sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre a infidelidade matrimonial: "tem doença que mexe com a moral das pessoas"; "a gente explica assim... que um dia na vida... o seu marido, num relacionamento com outra mulher, antes de lhe conhecer, deve ter pego a sífilis". Querem tratar sem interferir na intimidade da relação do casal: "Você vai criar um conflito conjugal, não é nossa área, nosso departamento!", pois "tá na consciência dele que ele traiu essa esposa, mas ele quer proteger essa esposa, por que ele gosta dela".

Esse mesmo juízo moral aparece na argumentação de cursos de ação que tendem aos intermédios, seja pela certeza ou pela dúvida da traição conjugal:

> [...] você ter [...] DST, que envolve possibilidades de traição [...] na sociedade é [...] entrar no banco dos réus, no paredão [...] (curso A; cse_E36).

> [...] trata-se logicamente de uma traição familiar porque mostra [...] uma doença sexualmente transmissível e ele zela pela manutenção do seu casamento como se nada tivesse acontecido. Bom... é um caso delicado. [...] (curso A; ubs_M27)

> [...] o que a gente sempre fala, que o fato de ele ter uma DST, não necessariamente ele foi infiel à esposa

> [...] pode ter adquirido antes [...] há muito tempo [...] (curso B; psf_E13)

No entanto, nos cursos intermédios, mais prudentemente e com visão abrangente, compreensiva e não de julgamento, a questão de uma suposta traição conjugal torna-se oportunidade para ativar a conversa com o usuário, para abordar os valores em jogo e tentar entender seus medos e temores:

> [...] manifesta a preocupação de proteger a esposa da doença [...] é claro que [...] ele tem uma questão ética. Tá querendo evitar a revelação, que ele acha constrangedora, de uma relação extraconjugal [...] Então, eu tenderia a [...] como profissional [...] conduzir uma conversa com ele no sentido de explicar [...] que tá em jogo [...] a posição dele... os nossos limites [...] em relação a sugestão que ele traz [...] E tanto quanto possível trabalhar ali com ele [...] da maneira como ele mesmo traz a questão [...] abriu um espaço de reflexão conjunta de ajudá-lo principalmente, a achar uma solução de encaminhar a conversa com a esposa [...] e deixar claro que realmente não há outro modo de ele protegê-la disso que não seja pela dor da conversa. (curso H, cse_M31)

Sem dúvida, como trazem os discursos, o juízo de valores dos profissionais representam preconceitos e estigmas que envolvem as doenças transmitidas sexualmente e a questão da fidelidade, ou melhor, da infidelidade, conjugal. Reconhecer isso na clínica da atenção básica é essencial para ampliá-la e aquilatar a complexidade da situação. Também, os profissionais têm de reconhecer suas emoções, ou seja, têm de trazer à consciência e serem capazes de verbalizar como a situação lhes afeta, a fim de melhor lidar com ela. As emoções conformam estados afetivos, mas também são construções cognitivas enquanto valorações[48].

A relação clínica se estabelece em determinado ponto das vidas dos usuários e profissionais. Entretanto, isso não significa que, de fato, ela comece "exatamente ali no momento do primeiro encontro"[119] (p. 96). O profissional coloca-se diante do usuário já carregado de significados, de uma alteridade que se determina em estreita relação com o modo que o usuário se identifica com o paciente e com a forma que o próprio profissional

compreende-se quando está diante do usuário. "Portanto, quando se estabelece uma interação não se a inicia, rigorosamente se a *retoma*[bb]"[119] (p. 96).

Considerando a prática da verticalidade na relação clínica e a tradição histórica de ver o enfermo como alguém incapaz, *infirmus*, em todos os sentidos[37], não será difícil que, no juízo de valores, o profissional de saúde se coloque em uma posição de juiz da conduta dos usuários, muitas vezes inconscientemente, pois não percebe com clareza como a situação o afetou pessoalmente[32]:

> La relación clínica tradicional es una relación paternalista, de estructura 'vertical' [...] Esta relación siempre se ha justificado diciendo que la enfermedad coloca al paciente en una situación de 'discapacidad' que le hace regresar a una etapa infantil [...] De hecho, 'enfermedad' procede de *infirmus*, que significa debilidad o falta de firmeza. El enfermo es como un 'niño', no sólo físicamente, sino también psíquica y moralmente. Por eso, el médico debe actuar con él como un buen 'padre' [...] (p. 39-40).

A relação clínica deliberativa é uma relação de emancipação guiada pela prudência, opondo-se ao paternalismo[32].

A ideia da falta de firmeza moral do usuário, no caso visto como um enfermo, ou melhor, *infirmus*, transparece no curso de ação que propunha 'solicitar exame diagnóstico de sífilis para a mulher, sem contar-lhe a verdade se o relacionamento extraconjugal do marido for um episódio fortuito, caso contrário, estimulá-lo a falar com sua mulher sobre sua doença'. O discurso revela que o médico tem de assumir a postura do bom pai que busca contornar a situação para manter a união familiar e corrigir moralmente o filho, isto é, o usuário:

[bb] Destaque do autor.

> [...] você teria que conversar com esse senhor, saber onde [...] ele contraiu a doença, se [...] foi por uso de droga injetável ou porque tem relacionamento fora de casa... [...] se foi [...] um episódio fortuito [...] tentar...contorná-lo e fazer com que ela peça o exame, se é uma coisa rotineira [...] que ele tá sempre traindo ela fora de casa ou usando droga acho que nesse caso teria que conversar com esse senhor [...] convencendo ele que realmente a esposa precisa ser avisada se ele realmente quer ajudar. [...] Acho que é uma informação que tem direito a saber. E nós como profissionais de saúde, a gente não tem o direito também de não dar essa informação a ela. (curso E; psf_M15)

A argumentação desse curso de ação ainda mostra confusão, denotando como o conflito moral representa eclipses do sentimento de obrigatoriedade[61], que geram perplexidade. Na clínica, diante de um caso moralmente problemático, não se vê claramente que curso de ação eleger[32]. A inexperiência do respondente com a profissão, já que psf_M15 estava trabalhando como médico havia apenas onze meses, pode ter contribuído para o eclipse retratado no discurso. A experiência é fator decisivo para as habilidades e competências deliberativas. A deliberação implica sabedoria decorrente da experiência de prudentes (*phronimoi*)[32].

É obvio que experiência profissional não quer dizer apenas tempo de trabalho, embora dele necessite para configurar-se na forma de conhecimento que é. A experiência ultrapassa a simples repetição rotineira, indefinida, mecânica e automatizada, ainda que habilidosa, do que se aprendeu a fazer, em algum momento da formação profissional, seja inicial ou permanente. A experiência constitui um saber vivido e não só aprendido; um saber profundo:

> Esses discursos vagos não vão levar gente a lugar nenhum enquanto a gente não trabalhar aqui na base, não mostrar conceitos concretos! (curso M; psf_M11)

> [...] de experiência, experiência mesmo da gente [...] eu não faço mais isso, eu já cheguei a fazer [...] chamar a paciente pra vir colher [...] gente conversa com a pessoa e ela é que tem que resolver essa situação [...] (curso A; psf_E14)

As argumentações dos cursos extremos denotam as falácias comuns na Bioética. O reducionismo técnico do problema moral fica expresso na afirmação "é uma doença transmissível, que a gente quer quebrar a cadeia [...] tem que ser bem prático".

A falácia jurídica aparece em termos da ética profissional, isto é, nas menções às determinações dos códigos deontológicos relativas ao respeito devido à autonomia das pessoas. As argumentações revelam uma 'disputa de autonomias' e as justificativas da escolha daquela que, segundo a visão valorativa de cada um, é percebida como a 'mais obrigatória': o consentimento da mulher ou o respeito da vontade do paciente. Quanto ao consentimento, expressam: "fazer o exame sem ela saber não acredito que seja possível, principalmente [...] eticamente falando [...] não é correto"; "nós não podemos fazer exame [...] sem o consentimento da paciente [...]". E quanto ao respeito à vontade autônoma do paciente, afirmam: "a vontade dele tem que ser respeitada [...] a gente tem que seguir o que ele tá falando!".

A redução da ética a uma questão de leis ou normas deontológicas também se revela nas argumentações que, baseadas em um raciocínio de paradigma e analogia, recorrem às determinações do conselho profissional médico para justificar como julgam que devem atuar para conseguir a realização de ambos os valores:

> [...] são previstas na lei [...] situações que são reveladas [...] são pontuais e muito claras. (curso A; ubs_M27)

> [...] É uma situação muito semelhante a solicitar o teste do HIV [...] essa é a parte ética que nos estamos sendo orientados e é também o que a gente percebe no CRM, então a segue a mesma sequência [...] orienta, diz os riscos, o quadro de evolução e se mesmo assim [...] o paciente não aceitar eu não solicito. (curso A; ubs_M29)

> [...] tem que contando a verdade pra ele [...] explicando os riscos que a esposa tem, as limitações que você tem, as leis que te proíbem que você faça isso ou deixe de fazer aquilo, e ele vai ter que entender, de uma forma ou de outra [...] vai relutar um pouco, mas [...] acaba convencido [...] (curso F; psf_M16)

Não colocar os conflitos de valores no âmbito da ética, que é seu verdadeiro espaço, acaba por comprometer a deliberação e as decisões prudentes; parte-se de um equívoco e chega-se a outro, mas, sem dúvida, ameniza-se a angústia que os profissionais de saúde sentem ao terem de lidar com problemas éticos, pois o que deve ser feito já vem definido de instâncias exteriores, consideradas superiores e que determinam o que deve ser feito, seja a ética profissional, seja a vontade do usuário do serviço, seja uma determinação técnica ou de rotinas administrativas. Não resta ao profissional, senão acatar tais mandos externos, em uma atitude heterônoma que está na base das falácias da Bioética.

Um dos piores conselheiros nas questões éticas é a falta de opinião própria, que leva a agir segundo o que os outros dizem que é melhor[34]. A ética é autônoma ou não será ética, e muito menos deliberativa.

Os discursos que trazem os cursos extremos, ou que a eles tendem, também denotam a formulação dos problemas como uma disputa de direitos, fazendo do profissional um guardião que arbitra o direito mais obrigatório e, como um dever, preserva-o a todo custo: "as pessoas são indivíduos que têm o direito de saber o que é que tem"; "Não é protegê-la. A palavra é... direito dela que eu tenho que preservar".

Nessa formulação, a questão ética assume caráter de batalha, "um enfrentamento [...] necessário". Consiste na abordagem dilemática que termina em curso extremo e pouco prudente. A pessoa se vê enfrentando uma situação limite que lhe impõe uma grande carga, um pesado desafio que, ademais, poderá levar a um desfecho trágico.

Na argumentação justificativa para o curso de ação 'L', que se aproxima bastante do extremo que recomenda a convocação da mulher, há, como nesse, a preocupação com os procedimentos da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e as determinações deontológicas da ética profissional. A

argumentação, assim, indica os reducionismos técnico e jurídico, quando, equivocadamente, os profissionais buscam apenas nas determinações técnicas e legais as respostas de como devem atuar em questões que, em verdade, são conflitos de valores:

> Não, ele não vai poder fazer esse exame sem que a esposa saiba. Isso é uma coisa antiética. (curso L; cse_M33)
>
> [...] não sei como funciona [...] sífilis [...] se é notificação obrigatória [...] se você tem que obrigatoriamente chamar a esposa [...] se não puder, orientar o paciente em termos de proteção, preservativos nas relações e tratá-lo [...] eu acho que convocaria a esposa [...] como eu não trabalho com DST, me esqueci completamente [...] se pode convocar o companheiro [...] se você não pode, se ele não quer que saiba, o que você pode é orientá-lo em termos de proteção, de preservativos e tratá-lo. (curso L; cse_M33)

O curso 'J', que aparece nas figuras XXX e XXX como algo à parte do espectro de alocação hermenêutica, por não prever o diagnóstico da mulher, isto é, o cuidar da saúde dela, teve como argumentação:

> [...] é um direito dele (do marido) não ter a doença dele exposta mesmo que seja pra esposa, mas [...] caso [...] ele não quisesse proteger a esposa [...] você tem que contar [...] desde que ele se comprometa a se tratar e [...] proteger a esposa [...] você até poderia omitir pra esposa [...] encaminho pro infectologista. (ubs_M21)

O encaminhamento para o infectologista, além de representar a redução da questão ética à técnica, representa uma forma do profissional livrar-se de algo que o angustia, em um mecanismo de defesa compreensível e usual. Reduzindo os problemas éticos a dilemas, as pessoas sentem-se intimidadas porque querem encontrar, a qualquer custo, 'a' resposta certa. Assim, quando se veem incapazes disso, angustiam-se. O primeiro mecanismo de defesa frente à angústia do desconhecido é a negação, que pode gerar um afastamento em relação à

situação, concretizado no encaminhamento do paciente a outros profissionais.

As argumentações que justificam cursos intermédios denotam consideração das diferentes visões e perspectivas, a fim de enriquecer a compreensão dos fatos. Ainda que se tratasse de um cenário hipotético, muitos entrevistados apontaram, em seus discursos, estratégias que poderiam ser ativadas na realidade, em situações similares, para interpretar dados, fatos e suas conexões de sentido, apreendendo as várias circunstâncias implicadas e as possibilidades de lidar com a situação. Buscou-se o discernimento correto do conveniente, a reta deliberação que desemboca na palavra ou ação oportunas[85]. Houve, assim, um espaço de deliberação que resultou em soluções prudentes, a partir de uma visão mais abrangente, mais adequada à complexidade e riqueza da realidade.

A pessoa prudente é capaz de avaliar obstáculos; tirar partido das características singulares da situação; escolher o momento oportuno para agir; e prever, em grande medida, o inesperado. Quem age com prudência, maneja, ao mesmo tempo, o particular e o universal, sintetizando-os de maneira singular, em uma visão, igualmente, de conjunto e de senso particular[85,134].

Assim, para um melhor discernimento, os cursos mais prudentes propuseram estratégias para ampliar a visão e compreensão da situação, na realidade, denotando a preocupação em sintetizar universal e particular:

> teria que usar um pouco de estratégia né, também teria que ta vendo junto com o agente comunitário como é essa dinâmica familiar [...] tentando conhecer um pouco essa esposa [...] descobrir [...] se ela sabe da história. (curso A; psf_E6)
>
> [...] como a gente trabalha com família, não dá pra fazer um negócio [...] impessoal [...] (curso A; psf_M12)
>
> [...] primeiro [...] conversar [...] tentar entender com ele (o marido) o que é proteger, ver quanto tempo que estão juntos, quanto tempo eles estão casados, se ele

> teve outras namoradas, e se ela também teve outros namorados antes do casamento... quantas vezes eles fizeram exames, porque de repente foi detectado agora, mas às vezes já tem a doença há muito tempo [...] como é que eles trabalham [...] esta questão da fidelidade [...] tudo isso carrega muito a questão de valores, de estigmas [...] provavelmente ele está se sentindo culpado [...] eu acho que é ampliar [...] (curso A; cse_E36)

Quem é prudente, antes de atuar, valora o máximo possível os distintos aspectos implicados em uma dada situação[27].

Os cursos intermédios, pela prudência decorrente do processo deliberativo que os precede, humanizam a ação. A deliberação representa a via humana, mediana, o curso de ação proposto por uma pessoa que se compreende nem como completamente sábia, tampouco inteiramente ignorante, em um mundo que não é absolutamente racional, nem absolutamente absurdo[85]. Entendo que a prática clínica mostra-se nem racional, nem absurda, e o profissional de saúde não é completamente sábio, tampouco totalmente ignorante. Assim, a deliberação, por levar os profissionais a perceberem de maneira consciente os limites, potencialidades e possibilidades deles próprios e da realidade, pode constituir-se em via para a humanização da atenção à saúde.

A ambiência da atenção básica é percebida como um facilitador das conversas mais ampliadas, abrangentes e que permitem explorar, com o usuário, as nuances, aparentes e escondidas, da situação:

> [...] normalmente a gente tem essa liberdade pra ta conversando com paciente, talvez por posto de saúde não ter aquele clima do hospital, um clima mais leve, mais tranquilo, que tem muita criança, então fica um ambiente mais ameno, então dá pra você ter esse tipo de conversa [...] (curso F; psf_M16)

> [...] a gente trabalhar com família [...] faz que a gente tenha essas abordagens e não perca essa paciente por aí [...] Se fosse numa unidade [...] outra, com certeza o Sr M não ia contar nunca mais pra mulher dele, e a gente não ia cobrar nunca mais do Sr. M, o Sr. M nunca mais ia ver a cara da gente [...] que a gente já viu isso em outras unidades [...] não [...] é assim que a gente trabalha aqui. (curso A; psf_M12)

Por outro lado, com isso, "a maioria das vezes os problemas ultrapassam, um pouco, a relação médico-paciente" (curso C; psf_M8). Tanto que a dificuldade para manter a relação com o usuário nos limites profissionais é um problema ético frequente na atenção básica, especialmente para os enfermeiros e médicos na saúde da família[1,49].

A deliberação propicia o que é bom e vantajoso para si próprio, mas não de forma parcial, porque a vida feliz é a totalidade que transcende os fins particulares; uma totalidade concreta que inclui o bem total da comunidade e do indivíduo. Assim, o prudente não é um puro empírico que vive o dia-a-dia sem princípios e sem perspectivas, mas é o que tem visão de conjunto[85].

Essa visão de conjunto, que transcende os fins particulares de uma dada situação para incluir o bem da comunidade e da vida das pessoas como um todo, fica expressa em uma das argumentações do curso de ação que prevê solicitar o exame somente depois do marido contar a verdade para a mulher, oferecendo-lhe ajuda para isso. Essa atitude do profissional é considerada como uma maneira de educar o usuário dos serviços para a vida enquanto cidadão, não só para as questões relativas à saúde do casal:

> [...] isso faz parte da formação dele, primeiro [...] é importante em termos da saúde dele e da mulher [...] a longo prazo [...] vai passar pros filhos dele; pelo menos a noção de respeito [...] de que estou fazendo isso porque eu o respeito enquanto paciente [...] respeito a esposa dele. E é isso ele vai querer passar pros filhos dele também, porque ele vai querer que quando a filha dele for casada, o esposo tenha mesma atitude! [...] as coisas não podem seguir sendo levadas [...] a gente conta uma mentirinha aqui, uma mentirinha ali [...] são nas pequenas coisas [...] que vamos formar cidadãos, vamos fazer um Brasil melhor! [...] Enquanto você não explicar o que é respeito, o que é ter respeito pela mulher dele, ele não vai entender que votar é uma coisa importante pra construir [...] um Brasil melhor, isso não vai entrar na cabeça de ninguém [...] a gente precisa [...] aprender a dar valor às pequenas coisas, e daí [...] construir algo maior! [...] isso faz parte da formação dele enquanto cidadão. (curso M; psf_M11)

A prudência é virtude intelectual e, por isso, inclui tanto a determinação dos fins como a escolha dos meios. Quem é prudente mostra-se capaz de considerar o que é bom para ele mesmo e para os demais[52].

Assim, as argumentações nos cursos intermédios revelaram escolhas de meios distintos, na tentativa de convencer o marido a falar sobre sua doença com a mulher. Também, trouxeram formas diferentes de apoiá-lo nesse momento delicado da vida conjugal, no entanto, não perderam de vista que a obrigação moral inclui como fim cuidar da saúde de ambos:

> A gente dá um tempo pro Sr. M, se o Sr. M [...] não resolver isso, a gente vai começar a pedir pra agente comunitária ir atrás [...] trazer o casal pra consulta [...] (curso A; psf_M12)

> [...] vamos ter que [...] tentar conscientizá-lo de que é importante compartilhar [...] tem tudo a ver com ela e que ela precisa ser investigada, saber dos riscos que pode ter... então a gente tem que trabalhar no sentido de que esse homem tem que dividir isso com ela... (curso A; cse_E35)

> [...] tentar convencer esse senhor M a contar pra esposa [...] a sífilis é [...] uma doença que tem cura no começo [...] se eu fosse a médica assistente dele, convocaria os dois e pediria [...] que ele viesse à consulta com ela e que tivesse previamente contado [...] eu tentaria [...] explicando a doença, quais os agravos pra ele, se depois de tudo [...] ele não souber falar [...] se a esposa tivesse o risco de ter a doença eu falaria pra ela. Eu quebraria a ética pela saúde, em nome de protegê-la. (curso A; cse_M37)

> [...] conversar com o paciente de que a gente não solicita nenhum exame a revelia [...] essa possibilidade nem existe [...] investir num mínimo de proteção da esposa, um preservativo [...] até que se ganhe um tempo de trabalhar com ele [...] é uma linguagem técnica [...] dizer que [...] ela tem uma chance de ter sido contaminada ou ter sido a contaminadora [...] estou considerando a possibilidade clínica dessa DST ser muito mais complicada [...] tem um caráter mais crônico, mais difícil [...] no sentido da transmissão [...] A orientação [...] é de [...] compartilhar entre a equipe e o usuário, o paciente [...] por meio disso dá pra ir se [...] colocando numa escala de problemas éticos [...] em patamares cada vez mais complexos [...] Nessa etapa que você tá trazendo, eu poderia encaminhar dessa forma. (curso A; cse_M31)

> [...] conversar com a equipe [...] tentaria convencê-lo de que a gente deveria fazer isso em conjunto com ela, o casal [...] procuraria conversar com o casal [...] aí sim [...] o exame dela [...] (curso M; psf_M13).

> [...] prá não correr o risco de perda de vínculo com ele [...] chegar no primeiro momento e já falar, talvez quebre um pouco a confiança, o vínculo [...] E a medida que você vai vinculando mais com ele, jogar que ele tem que contar porque [...] a esposa dele também tem que saber. (curso F; cse_E32)

> O que a gente deve é [...] propor uma conversa, ele [...] junto com a esposa [...] Poderíamos mediar um pouquinho a situação de tensão entre os dois [...] (curso F; cse_E34)

> [...] esse é um caso que normalmente a gente discutiria com a equipe, e ia tentar conversar com o paciente [...] pra que ele mesmo sozinho ou junto com alguém da equipe contasse pra esposa (curso B; psf_E13)

Nas argumentações dos cursos intermédios, os mais prudentes revelaram que o usuário "precisa ter muito apoio", porque não se trata somente de uma questão biológica, restrita ao corpo biológico das pessoas, mas "tudo isso carrega muito a questão de valores", além de "estigmas" e até mesmo de "culpa", está no âmbito das relações interpessoais em distintos âmbitos da vida. Por isso, entendem que é preciso ampliar o "foco" da questão e ativar a conversa entre todos, pois "não há outro modo"; a proteção da mulher, do marido, das relações profissionais e familiares depende da conversa, ainda que essa cause sofrimento, que seja dolorida. "Não há outro modo de ele protegê-la disso que não seja pela dor da conversa". (curso A; cse_M31)

Na deliberação, a linguagem é "lugar de descobrimento" [48] (p. 51), ou seja, constitui o espaço onde se dá o reconhecimento recíproco e cordial. Esse reconhecimento é o próprio vínculo, a *ligatio* que gera uma obrigação (*obligatio*); obrigação com os outros e consigo mesmo. A fonte da obrigação ética está no reconhecimento recíproco, que não é apenas lógico, mas compassivo. Afinal de contas, sem um vínculo sentimental não é possível a edificação moral[48], tampouco a deliberação.

A linguagem só "existe como em ato", constituindo um dos mais poderosos meios para o "mútuo engendramento de sujeitos e mundos"[119] (p. 28). Por isso, "sujeitos são diálogos"[119] (p. 28). Na ideia grega de *logos* já estava a possibilidade do homem como razão e comunicação.

Correia[141] , ao propor a alteridade como um critério para a Bioética, entende a pessoa como abertura, relação, comunicabilidade. Essa visão da pessoa como intersubjetividade leva à compreensão do encontro intersubjetivo como espaço de origem e circulação de valores; a pessoa, mas não a pessoa fechada em si mesma, a pessoa enquanto abertura, relação, face a face com a outra e com os outros, "multidão necessitada"[141] (p. 83), é o fundamento da reflexão bioética. Concordo com Correia, pois se a Bioética propõe-se 'ponte', suas reflexões só podem se dar em 'comunicação', 'abertura', 'ligação'.

Dialogar em meio à diversidade e ao pluralismo moral em que vivemos constitui desafio para a bioética na atenção básica, especialmente quando a concebemos como tarefa e atitude deliberativa. Não podemos prescindir do "diálogo que somos"[119] (p. 13), especialmente "diante da poderosa instrumentalidade das tecnologias contemporâneas da saúde"[119] (p. 13). Tecnologias essas que constituíram uma das alavancas da Bioética, há 40 anos.

A deliberação na relação clínica, ou seja, uma relação clínica deliberativa, não se pauta por um saber que busca apenas o êxito técnico, o que constrói objetos, mas inclui um saber que almeja o sucesso existencial, o que constitui sujeitos[119]. A deliberação é um comportamento ético. Assim, requer, acima de tudo, além de conhecimento, habilidades, determinadas atitudes e certo tipo de caráter[30]. Ou seja, a deliberação almeja sucesso existencial, e não o êxito técnico, pois, quer 'constituir sujeitos' na resolução dos problemas éticos e não, simplesmente, solucioná-los.

Nós profissionais de saúde buscamos estabelecer diálogo com as pessoas ou com a população, a que queremos oferecer nossas capacidades, no entanto, ao fazer isso, ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos[119] (p. 28). Da mesma forma, falamos em criar vínculos com os usuários e com as famílias, ignorando o vínculo no qual estamos, humanamente, inseridos[48]. Assim, não se trata de estabelecer diálogo, tampouco de criar vínculos, mas de reconhecermo-nos, profissionais e usuários, em uma experiência concreta, isto é, na realidade, como 'diálogo' que somos e vinculados que estamos, ou melhor, também somos.

Nessa múltipla perspectiva de aberturas e pontes, da pessoa, de conversações, da pluralidade de valores, das possibilidades para lidar com os problemas éticos, de saberes válidos, fica evidente, como afirma Ayres[119], que é preciso enriquecer a concepção de ação em saúde que levamos para a prática da atenção básica. "Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas"[119].

Essas ações caracterizam intervenções, interposições de autoridade que revelam, "no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora"[119] (p. 35). Assim, os usuários constituem meros objetos de intervenções de saúde que se configuram em ingerências para suas vidas. Ou seja, não constituem copartícipes de interações que lançam adiante, profissionais e usuários, em sua vocação humana de 'apreender possibilidades' e 'realizar valores'.

Considero que nos cursos de ação extremos do 'Preservando a confidencialidade' estão expressas intervenções, ingerências tanto na notificação e convocação da mulher, vista unicamente como comunicante de uma doença transmissível, como no outro pólo, que usa da mentira para solicitar-lhe o exame diagnóstico sem seu conhecimento. E ainda no curso de ação 'J', que inclui somente tratar o marido, revela-se a desresponsabilização que entendo como decorrência de uma visão individualista e individualizante, que não reconhece o

vínculo humano de interdependência no qual vivemos e a obrigação moral pelo cuidado à mulher. Em uma objetificação extrema, o objeto do cuidado restringe-se ao corpo biológico que está no alcance da visão física. O cuidado à mulher é tomado como "[...] assunto conjugal, eles resolvem entre eles [...]".

Quanto mais possibilidades, maior é o sentido de responsabilidade[34]. Assim, não é de se estranhar a desresponsabilização que se evidenciou nas argumentações de cursos extremos, pois, neles, a apreensão de possibilidades fica reduzida, já que tendem à racionalidade dilemática. Também, o espectro do leque de possibilidades de cursos de ação não foi tão amplo, por exemplo, como no cenário que será analisado no apartado que segue.

Fazer projetos é cuidar, "cuidar é querer, é fazer projetos"[119] (p. 36). Dessa forma, cuidar é intencionalmente construir projetos. Esses incluem ações, englobam a atividade e a razão práticas, pois "o ser humano vive atuando, agindo"[32] (p. 64). A ação é algo ao qual somos lançados, arremessados e, também, a que nos lançamos, nos arremessamos, em mais uma abertura, ao futuro. O tempo humano é o futuro, por isso somos 'puro' projeto[34] (p. 3), consistimos em "poder-ser"[34] (p. 3), isto é, somos 'possibilidades', um ser que se logra ou malogra em projeto. Por isso, temos de fazer a gestão de nossos projetos e possibilidades; nosso ser dependerá de como nos lançamos nessa empreitada, em que consiste nossa responsabilidade. Em uma relação clínica na qual se cultive a culpa e a obediência não há espaço para a responsabilidade, o que impossibilita a deliberação e a prudência.

Na noção de projeto, confluem a deliberação, o sucesso prático e o cuidado.

Para cuidar da saúde das pessoas, há de se construir projetos, mais que sistematizar a assistência. Quando cuidamos, é forçoso saber compartilhar o conhecimento e a construção do "projeto de felicidade"[119] (p. 62); precisamos apreender que

"concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência"[119] (p. 62). Entretanto, raramente nos interessamos por esses projetos de felicidade, quanto mais partilhar sua construção[119]. Considero essa constatação, com a qual concordo, lamentável, pois perdemos o tempo humano, o futuro e, com isso, também nos escapa a humanização no atendimento, no cuidado.

Tendo em vista a deliberação na clínica em atenção básica, a partir dos resultados do cenário 'Preservando a confidencialidade', começou a se delinear o cuidado, enquanto uma categoria empírica. Prossigo com a análise dos resultados concernentes à vinheta 'Atendendo Adolescentes', para, depois, retomar essa questão.

8.2 A DELIBERAÇÃO NA VINHETA 'ATENDENDO ADOLESCENTES'

Dos 63 sujeitos incluídos, 35 analisaram a vinheta 'Atendendo adolescentes'. Eram: 17 enfermeiros e 18 médicos. (Tabela 2) Três entrevistados responderam às duas vinhetas, por sua própria solicitação.

Tabela 2 - Sujeitos que responderam à vinheta 'Atendendo adolescentes', distribuídos segundo local de trabalho e categoria profissional

Local de trabalho	**Categoria Profissional**		**Total**
	Enfermeiro	**Médico**	
ESF	8	7	15
UBS	6	5	11
CSE	3	6	9
Total	17	18	35

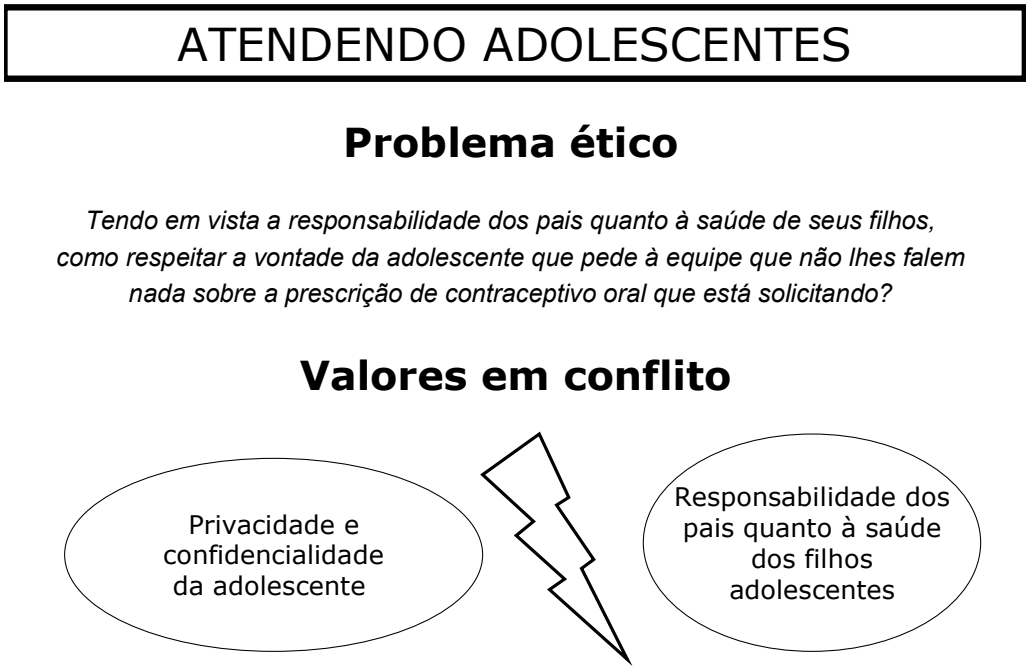
Entre os enfermeiros, apenas um era do sexo masculino e, entre os médicos, 5 eram homens e 13, mulheres. A idade dos enfermeiros variou de 25 a 58 anos e dos médicos, de 36 a 60 anos. O tempo de trabalho como enfermeiro variou de 2 a 25 anos e no local de trabalho, de 2 meses a 13 anos. O tempo de trabalho como médico variou de 8 a 32 anos e no local de trabalho, de 4 meses a 32 anos.

O problema ético que eu propunha na vinheta enunciava-se na pergunta: 'tendo em vista a responsabilidade dos pais quanto à saúde de seus filhos, como respeitar a vontade da adolescente que pede à equipe que não lhes falem nada sobre a prescrição de contraceptivo oral que está solicitando?'

Os valores em conflito eram: privacidade e confidencialidade da adolescente e responsabilidade dos pais quanto à saúde de seus filhos adolescentes.

A Figura 6 representa, esquematicamente, o problema ético e o conflito de valores, norteadores da análise da vinheta:

Figura 6 - Problema ético e valores em conflito na vinheta 'Atendendo Adolescentes'



Como na outra vinheta, o que está em tela nessa são os valores em conflito. Por isso, não propus o problema ético como uma pendência de direitos, por exemplo, 'direito à informação' (dos pais) *versus* 'direito à privacidade' (da adolescente), ainda que essa formulação em chave-de-pendência de direitos tenha se revelado nas argumentações:

> [...] ela (a adolescente) tem direito [...] mas por um outro lado [...] é menor [...] judicialmente falando [...] também tem que ver esse lado [...] ela está sob responsabilidade de alguém [...] (curso A; psf_E17)
>
> [...] Eu acho que é um direito que ela tem [...] o problema é assim [...] essa menina tem uma família, tem um pai, uma mãe que a amam [...] (curso I; cse_M35)
>
> conversar [...] da importância dos pais saberem [...] Porque uma menina de 15 anos, é uma menor [...] (curso M; cse_M36)

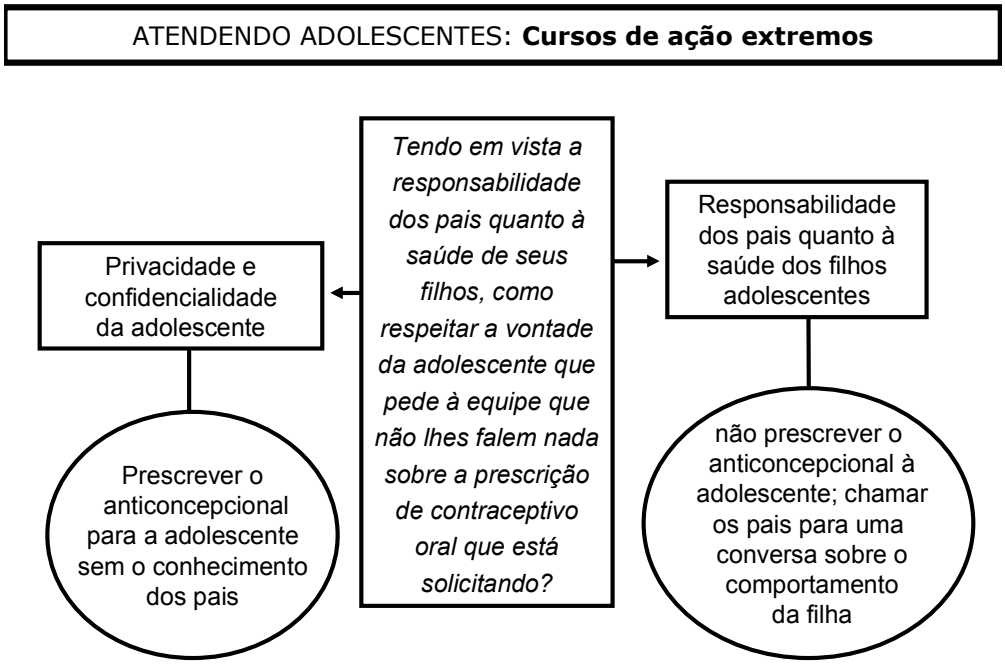
Entretanto, como expliquei na discussão dos resultados da vinheta anterior, não buscava 'assessoria' para saber qual o direito sobre-excedente, se da adolescente ou dos pais. Tratava de apreender possibilidades, cursos de ação para realizar todos os valores envolvidos no conflito.

Esses discursos também trazem uma formulação do problema que escapa à ética, ao conflito de valores, podendo enveredar para o falacioso viés legal. "[...] É menor [...] judicialmente falando [...] também tem que ver esse lado". Nesse caso, o problema passaria a ser: 'é legalmente permitida a realização de procedimentos médicos aos adolescentes sem o conhecimento ou autorização dos pais?' É claro que essa apresentação do problema reduz a Bioética ao âmbito jurídico. Tal falácia desvelou-se nas argumentações de diferentes cursos de ação, em ambas as vinhetas, e, em minha experiência, tenho visto que é raciocínio bastante comum entre os profissionais de saúde ao lidar com os problemas éticos que vivem em sua prática clínica. A angústia de lidar com situações conflituosas parece

levá-los a correr para a certeza da lei, em busca de um porto seguro.

A exemplo do que fiz para a primeira vinheta, formulei também para o cenário 'Atendendo Adolescentes', considerados os valores em conflito, antes da análise, prováveis cursos de ação extremos para permitir-me deliberar sobre os achados. Assim, por um lado, estava 'fazer o que a adolescente solicitava', isto é, prescrever-lhe o anticoncepcional sem o conhecimento dos pais e, pelo outro, não prescrever o anticoncepcional à adolescente e chamar os pais para uma conversa sobre o comportamento da filha. No primeiro pólo, realizar-se-ia o valor privacidade e confidencialidade da adolescente e, no segundo, a responsabilidade dos pais sobre a saúde de seus filhos adolescentes. A Figura 7 esquematiza esses prováveis cursos extremos para a vinheta:

Figura 7 - Problema ético, valores em conflito e cursos de ação extremos na vinheta 'Atendendo Adolescentes'



A análise dos discursos resultou em um leque de 19 cursos de ação diferentes, como apresentado no Quadro 7.

Quadro 7 - Cursos de ação recomendados pelos enfermeiros e médicos para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'

CURSOS DE AÇÃO		ENTREVISTADOS
A	Prescrever o contraceptivo oral para a adolescente, sem contar para os pais e sem estimular que ela o faça	psf_E15, psf_E17, psf_M10, psf_M18 cse_E33 ubs_E28 ubs_M22, ubs_M23, ubs_M26, ubs_M28
B	Prescrever o contraceptivo oral sem contar nada para os pais, mas estimulando que a adolescente o faça	psf_E12, psf_M7, psf_M9, psf_M14 cse_E31, cse_M38 ubs_M210
C	Não prescrever o contraceptivo oral e estimular que a adolescente fale com os pais sobre a situação	psf_E11
D	Prescrever o contraceptivo oral para a adolescente e trabalhar com os pais dela no grupo de pais de adolescentes	cse_E34
E	Atender a adolescente com outro profissional, fazer aconselhamento de enfermagem e encaminhar para o médico	ubs_E21
F	Não prescrever o contraceptivo oral para adolescente sem a ciência de seus pais e encaminhá-la para o grupo de adolescentes e para a consulta médica	ubs_E24

G	Acolher a adolescente e ter um médico que possa legalmente prescrever para menores sem acompanhamento	ubs_E25
H	Orientar a adolescente sobre vida sexual e reprodutiva, encaminhá-la ao médico para a prescrição do contraceptivo oral e chamar os pais para, junto com a filha, conversarem com a psicóloga	ubs_E26
I	Orientar a adolescente sobre vida sexual e reprodutiva, escolher o método mais indicado para ela e prescrevê-lo	ubs_E27
J	Orientar a adolescente sobre vida sexual e reprodutiva, prescrever-lhe o contraceptivo oral; estimulá-la e apoiá-la para que fale sobre a situação com sua mãe; oferecer apoio psicológico à mãe para que aceite a nova fase da vida da filha	cse_M32 psf_M4
K	Prescrever o contraceptivo oral para a adolescente e, em um segundo momento, trabalhar com os pais	cse_M34
L	Encaminhar a adolescente para um grupo de adolescentes, a fim de possa ser orientada sobre anticoncepção; prescrever o contraceptivo e discutir com ela a importância da família estar ciente do que está se passando com ela.	cse_M35

M	Não prescrever o contraceptivo oral para a adolescente; agendar-lhe retornos frequentes para conhecer melhor a adolescente; estimulá-la a falar com seus pais, oferecendo-lhe apoio para isso, como chamar os pais e junto com a adolescente conversar com eles	cse_M36
N	Não prescrever o contraceptivo oral para a adolescente; chamar a mãe para conversar e encaminhar a adolescente para a psicóloga, para a 'saúde mental' ou o médico hebiatra	cse_M39
O	Chamar o namorado; orientar o casal, para depois prescrever anticoncepção e preservativo	psf_M17
P	Explorar como é a relação da adolescente com os pais; orientá-la sobre saúde sexual e reprodutiva; prescrever-lhe método de contracepção e preservativo; estimulá-la para que fale com os pais sobre a situação	psf_E9
Q	Chamar o namorado; orientar o casal; prescrever anticoncepção e preservativo; estimular a adolescente para que converse com os pais sobre a situação	psf_E16
R	Ganhar a confiança da adolescente; encaminhá-la para o grupo de planejamento familiar; prescrever anticoncepção; visitar a família para conhecer a dinâmica familiar; trabalhar com os pais essa nova fase da filha	psf_E18

S	Prescrever o contraceptivo oral; criar vínculo com a adolescente e com sua família; junto com a adolescente, falar com seus pais sobre a situação	psf_E19

Considerando os extremos e o espaço intermédio, os cursos de ação resultantes da análise dos discursos podem ser dispostos em um leque hermenêutico e interpretativo como na Figura 8. De maneira mais agrupada, o leque é representado na Figura 9.

Com as figuras, é possível perceber a amplitude do leque de cursos de ação e, também, a tendência desses, que englobam distintas possibilidades de solução intermédias para o problema ético da vinheta, incluindo a questão da relação familiar na clínica da atenção básica. As figuras também mostram o sentido para o qual tenderam as respostas em um dos pólos extremos, realizando o valor da confidencialidade e privacidade da adolescente, porém, mais por conta das preocupações e valorações dos próprios profissionais acerca da gravidez na adolescência do que pelo respeito à adolescente, segundo o que emergiu das argumentações. Delineou-se um leque de possibilidades de cursos de ação com espectro mais amplo, ainda que as respostas dos sujeitos tenham tendido a se concentrar no sentido de um dos pólos extremos.

Figura 8 - Leque dos cursos de ação para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'

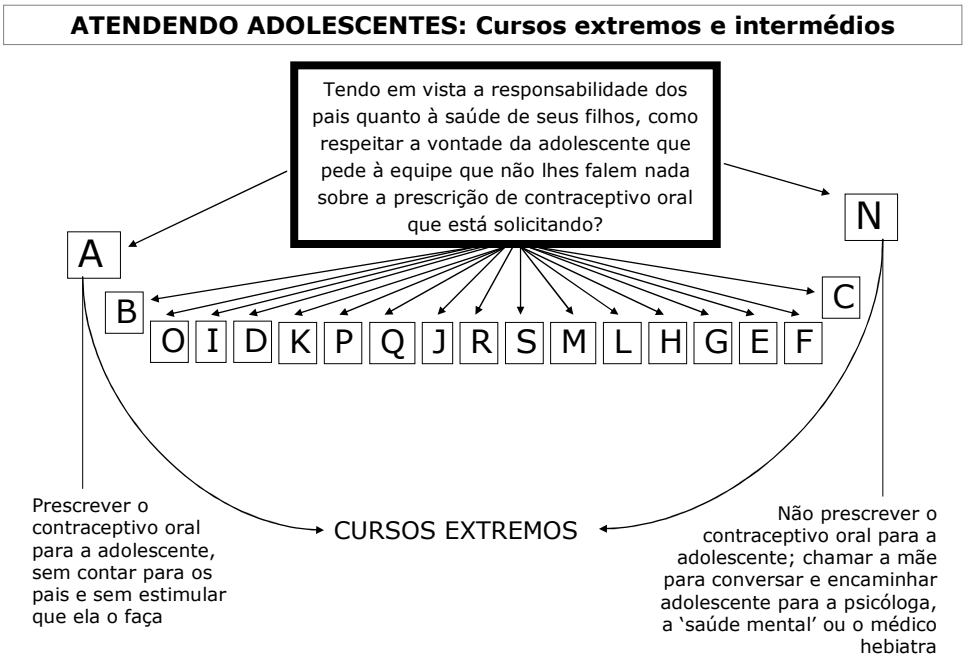
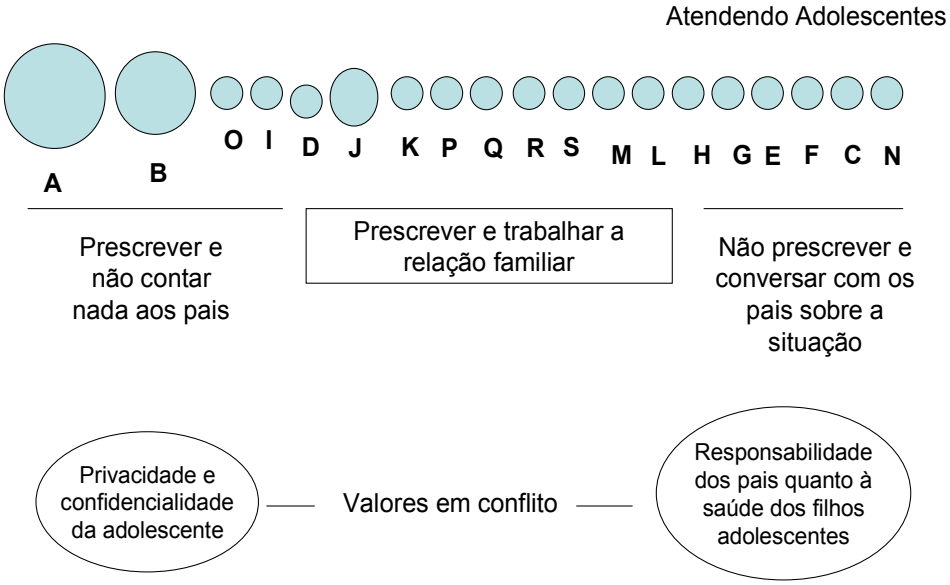


Figura 9 - Tendência no leque de cursos de ação para a vinheta 'Atendendo Adolescentes'



Entendo o espectro do leque de possibilidades como mais amplo, não tanto porque foram desveladas mais possibilidades de cursos de ação, mas, especialmente, porque as argumentações tomavam o futuro como seu tempo, projetando passos por onde se lançariam, usuário e equipe, até a concretização de ambos os valores, com a ativação de uma rede de diálogos entre todos os envolvidos no problema, como é próprio dos cursos ótimos. Essa perspectiva revela-se, mais claramente, nos cursos D, H, J, K, R, S e P, embora apareça em outras argumentações:

> [...] ter um momento com o adolescente, ter um momento com os pais [...] (curso D; cse_E34)
>
> [...] uma conversa com os pais [...] no momento [...] atendê-la, mas ver de que maneira o Centro de Saúde pode [...] acertar melhor na situação [...] com a preocupação de, num segundo momento, alcançar os pais [...] pra uma melhor compreensão da situação [...] (curso K; cse_M34)
>
> [...] ela (a adolescente) precisa receber uma série de informações [...] segundo ponto [...] o agente comunitário ajuda muito [...] a relação dessa moça com os pais [...] conseguir [...] comunicação dela com os pais [...] a equipe vai trabalhar [...] não só a filha, como a mãe [...] que ela converse com o pai [...] a equipe de saúde da família pode ajudar [...] o médico dentro do seu consultório [...] o agente comunitário nas suas visitas [...] com muito tato...com muito jeito...sem ferir [...] nenhum dos elementos das famílias [...] ajudar a resolver, e aí a gente acaba ajudando a adolescente a se introduzir na vida afetiva, na sua sexualidade de uma forma mais saudável, mais segura! (curso J; psf_M4)
>
> [...] protegeria no sentido de ela não engravidar, mas de eles (ela e o namorado) [...] têm uma vida inteira pela frente [...] (curso O; psf_M17)
>
> tudo tem que ser planejado [...] (curso B; psf_M7)

Nas argumentações dos cursos de ação, revelou-se uma tendência no sentido de fazer um juízo de valores que considerava a atividade sexual da adolescente, a gravidez na adolescência e a contracepção como males, com a escolha, então, do menor deles. Deliberando sobre os resultados, considero que as argumentações dos cursos de ação extremos desvelam tendência a prevenir um mal maior, mais do que realizar um valor:

> [...] gravidez na adolescência é muito pior [...] que [...] deixar de dar o anticoncepcional (curso A; psf_E15)

> [...] o menor tem que vir acompanhado dos pais, senão [...] não faço nada! Mas o que vai acontecer? Vai vir grávida [...] uma gravidez [...] indesejada [...] porque se ela tá pedindo pílula [...] não quer engravidar [...] (curso A; psf_M18)

> [...] a partir do princípio que a gente tem que fazer redução de danos [...] teria que dar o anti-concepcional [...] (curso A; cse_E33)

> [...] melhor prevenir do que ela engravidar [...] é melhor dar o anticoncepcional [...] (curso A; ubs_E28)

> [...] se ela pede o anticoncepcional, isso mostra inteligência [...] sabe que se engravidar com 15 anos de idade, vai ser muito ruim pra ela [...] (curso A; ubs_M22)

> [...] eu prescreveria [...] não só [...] pra satisfazer a adolescente, mas [...] hoje em dia a liberdade sexual é concreta... ela vai acabar tendo relações com esse rapaz. O meu papel seria: evitar uma maternidade prematura e [...] as DSTs [...] principalmente a aids que não tem cura [...] (curso A; ubs_M23)

> [...] é muito bonito essa paixão [...] aos 15 anos, mas ela está começando a vida [...] se engravidar [...] vai deixar de ser uma jovem, de ter uma vida inteira pela frente e passa a ser mãe [...] muda [...] é aquilo [...] cuida que o filho é teu [...] o companheiro dela é quase da mesma idade [...] com certeza não tem renda própria [...] ela também não [...] se acontece uma gravidez [...] vão se segurar em um dos pais [...] se os pais tiverem consciência porque tens uns [...] inconscientes que jogam na rua [...] aí não tem volta [...] (curso A; ubs_M28)

> [...] dou o anticoncepcional porque não tem jeito [...] vejo [...] o risco [...] acredito que uma gravidez indesejada é muito pior do que eu ta dando a pílula anticoncepcional pra aquela menina sem contar [...] (curso B; cse_M38)

> [...] Se não prescrever é pior porque vai [...] voltar grávida (curso B; ubs_M210)

Também nas argumentações de cursos intermédios, desvelou-se, de alguma maneira, a preocupação com evitar males maiores:

> [...] fico muito preocupada, quando dizem pra mim: "Ah, não quero esse nenê, vou fazer um aborto" [...] (curso Q; psf_E16)

É claro que a realidade que os enfermeiros e médicos vivem em sua prática clínica na atenção básica, no que tange à gravidez na adolescência, contribuiu para as elaborações das argumentações. Como na vinheta anterior, desvelou-se a perplexidade, a confusão, o eclipse do sentimento de obrigatoriedade moral[61] ante o problema ético que a realidade lhes apresentava:

> [...] é muito mais complexo que [...] o nosso modelo [...] o que a gente vive no dia-a-dia (curso B; psf_ M14)
>
> [...] Eu tive menina de 12 anos aqui que iniciou a vida sexual [...] tive que pedir exame de gravidez pra essa menina (curso B; cse_M38)

As argumentações dos cursos de ação que justificam a prescrição da anticoncepção à adolescente revelam como seu ponto de partida o âmbito dos fatos. Os entrevistados, frente à vinheta, ponderam o fato bastante comum e recorrente da realidade de sua prática clínica na atenção básica: a gravidez na adolescência. Entretanto, desvela-se, nos discursos, uma valoração desse fato a partir da visão do próprio entrevistado. Para os propósitos da pesquisa, é o que eu buscava: a visão do profissional. No entanto, ampliar a clínica na atenção básica implica incluir no encontro intersubjetivo de cuidado os valores de todos nele envolvidos, que são, ao menos, dois: 'um profissional de saúde' e 'um usuário do serviço'. Para uma relação clínica deliberativa, é essencial que o profissional de saúde aproxime-se e inclua no diálogo a valoração que a pessoa de quem está cuidando faz da situação que está vivendo.

Nesse sentido, pergunto: 'será que as adolescentes valoram a gravidez tão negativamente como o desvelado nos discursos?' Resultados de estudos com adolescentes grávidas e com mães e pais adolescentes mostraram que, apesar da alteração que significa para os rumos de suas vidas, há muitos que valoram de maneira positiva a experiência da gravidez,

maternidade e paternidade. Estudo fenomenológico com adolescentes pais e mães recorrentes, em ambulatório público de São Paulo, mostrou que o aumento da responsabilidade devido à parentalidade levou-os a reorganizar suas vidas, por meio de projetos, expectativas, desejos e sonhos, com a esperança de um futuro melhor[142]. Outro estudo com mães adolescentes de serviços públicos de saúde materno-infantil no Rio de Janeiro mostrou que, ao contrário da visão hegemônica que considera os adolescentes como um bloco único e a gravidez como indesejada nessa idade, a vivência da maternidade não é única, nem homogênea, e, para algumas, ser mãe constitui experiência de vida gratificante e plena de significados positivos[143]. Resultados da etapa qualitativa de estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução feito em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador mostram implicações distintas da gravidez na adolescência, dependendo da classe social e do gênero. Para as adolescentes de classe média, a gravidez significa alteração nas trajetórias escolares, que vinham se processando linearmente. Entre as de classes populares, isso não ocorre, pois a irregularidade de suas carreiras escolares independe da maternidade. Para os adolescentes, não há mudanças significativas com a paternidade. Na classe média, não interrompem seus projetos e percursos educacionais e, nos grupos populares, os meninos usualmente ingressam precocemente no mercado de trabalho, não sendo isso consequência direta da paternidade adolescente[144]. Etnografia com um grupo de jovens de camadas populares de Belém do Pará concluiu que a maternidade na adolescência não implica, para as meninas, ruptura ou abandono de projetos de vida e é valorizada como oportunidade para mudança de *status* social e mobilidade social no futuro, justificando, muitas vezes, a continuidade dos estudos[145].

Assim, questiono: as valorações negativas da gravidez na adolescência, que se desvelaram nos discursos, não decorreriam

dos profissionais valorarem as situações unicamente com base em seus próprios valores e visões de mundo, sem considerar os valores e projetos dos usuários? Se assim for, deixam de enriquecer-se com outras possibilidades, comprometendo a prudência dos cursos. A realidade é muito mais rica e complexa do que somos capazes de conceber e apreender; ninguém pode abarcar toda a riqueza da realidade, por mais simples e corriqueira que essa pareça[30].

Cursos de ação que buscam prevenir o mal maior, equivocadamente, podem ser vistos como prudentes, pois, na linguagem atual, ser prudente significa tomar precauções contra os perigos, entretanto, isso significa retirar da prudência sua nuance ética[134], ao menos no sentido aristotélico que delimitei para a prudência enquanto categoria analítica desta pesquisa. Assim, nessa perspectiva, cursos de ação que visam, exclusivamente, à prevenção de um mal maior não foram entendidos como prudentes.

A noção moderna 'prudência' não exprime a *phrónesis,* pois se guia por uma racionalidade instrumental, segundo a qual os fins justificam os meios[134]. Essa racionalidade configura-se nas argumentações que justificam a escolha do mal menor da contracepção em relação à vida sexual precoce e da contracepção em relação à gravidez. O fim 'prevenir o mal maior' justifica as escolhas dos 'meios' que, por sua vez, também são tidos como males. Entretanto, são males justificados, em vista de serem a maneira de evitar que algo pior aconteça. A noção de 'projeto de vida', de 'conjugar o tempo futuro', que é o tempo humano, parece desaparecer nessas argumentações. Busca-se apenas o êxito técnico que constrói objetos e não o 'sucesso existencial', prático, que constitui sujeitos[119] (p. 26). Dessa forma, não há espaço para a deliberação, e a prudência fica comprometida. A deliberação não é a busca do 'mal menor', é a busca da 'excelência', da realização máxima de todos os valores envolvidas na situação.

Nas argumentações do mal menor, a racionalidade preventiva que permeia a assistência nas unidades básicas de saúde transpõe-se à ética. A atenção básica acaba por representar, para enfermeiros e médicos, uma responsabilidade na qual a atividade preventiva tem adquirido o caráter de obrigação. Espera-se que os profissionais exerçam sua influência preventiva no âmbito individual, familiar e social[146] (p. 249). Há que se evitar as doenças transmissíveis, a obesidade, a desnutrição, o fumo, a hipertensão, a diabetes e suas complicações. A gravidez, especialmente na adolescência, torna-se mais um agravo a ser evitado, assim como o rompimento do vínculo familiar:

> [...] Justamente prevenir, é a prevenção de: gestação indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, a quebra de vínculo familiar [...] (curso J, psf_M4)

Os discursos, como já assinalei anteriormente, desvelaram uma redução da ética a questões jurídicas. Retomo esse ponto, destacando que também revelaram uma redução técnica da questão ética, expressas na delimitação enunciativa de alguns dos cursos de ação (E, G, I, N) ou nas argumentações. Como na primeira vinheta, denotam-se as falácias usuais da Bioética:

> [...] Você tá medicando uma menor de 16 anos sem consentimento dos pais, o código penal pega isso [...] mas o estatuto do adolescente e da criança ele consente [...] (curso B; cse_M38)

> [...] eu não sei se legalmente [...] o médico [...] pode prescrever um anticoncepcional pra uma menor [...] (curso G; ubs_E25)

> [...] tá na constituição do direito do adolescente. (curso I; ubs_E27)

> [...] chamaria a mãe pra falar porque ela é menor [...] tentar marcar um psicólogo da unidade pra orientar [...] ver qual a melhor conduta [...] com a saúde mental [...] ou com a pessoa que faz adolescente aqui [...] eu não sei [...] porque eu não faço, não é minha rotina. (curso N; cse_M39)

> [...] a psiquiatra [...] eu discuto muito com ela. (curso C; psf_E11)

As relações humanas são muito mais complexas do que a normativa jurídica consegue considerar com sua linguagem do direito, que, embora imprescindível à convivência social, não é suficiente para dar conta da realidade, ou mesmo da complexidade dos conflitos morais. A lei e sua linguagem conseguem expressar o mínimo exigível nas relações, mas não o máximo desejável, que é o âmbito da ética, o mundo dos valores. O mínimo exigível e o máximo desejável são distintos e não podem ser confundidos. Somente almejando o máximo, alçaremos o ótimo prudencial da deliberação.

Até mesmo o diálogo sobre os projetos de vida da adolescente segue determinações programáticas, denotando serem, diálogo e projetos de vida, coisas que necessitam serem lembradas para a incorporação na prática clínica:

> Aqui no programa do adolescente, nós damos uma ficha [...] pra ela dizer quais são suas expectativas e seus planos futuros [...] baseado nisso, a gente faz uma análise da vida dela (curso B; psf_M14)

Conceder espaço para uma conversa mais livre, na qual o profissional, temporariamente, abra mão do diálogo mais guiado pela anamnese em sentido estrito ou por formulários e fichas, freia a tendência ao monólogo, tão comum na prática clínica e no qual a fala do usuário restringe-se a complementar o discurso do profissional, dando-lhe os elementos que faltam para preencher o roteiro de conversa pré-determinado[119]. Ou seja, por mais que pareça uma conversa, não o é, pois se limitam, ambos, a preencherem lacunas de fichas, etapas de procedimentos compostas por perguntas e respostas que têm de ser percorridas.

A prudência supõe virtudes morais que constituem um saber para guiar a coragem, o pudor e, principalmente, a temperança, que é sua salvaguarda, enquanto prática moderada. Não é nem idealismo teórico, tampouco oportunismo prático. O prudente junta, a um só tempo, a teoria e a prática, o fim e os

meios, a consciência e a ação; por isso, a prudência está intimamente ligada à experiência. Quando os extremos são viciosos, a virtude está no 'justo meio', algo alcançável a quem é prudente, porque mostra capacidade e preocupação para encontrar a norma justa em uma situação particular, realizando-a [37,85,86].

A ampliação do espectro da saúde, que faz parte da concepção do SUS, requer profissionais prudentes. Ver a saúde como bem-estar e, ao mesmo tempo, compreendê-la como socialmente definida implica, necessariamente, a consideração dos valores, das crenças e do projeto de vida de cada pessoa. Isso quer dizer que não há uma ideia única de saúde e de que o profissional na atenção básica terá de ter em conta os diferentes sistemas de valores e padrões culturais, religiosos e familiares dos usuários de quem cuida[146].

No caso da adolescente da vinheta, não é prudente colocar a questão ética em termos da contraposição dilemática entre maturidade e imaturidade para decidir. A questão tem de ser enfrentada com mentalidade mais aberta, prudente e deliberativa. Uma mentalidade desejosa de reconhecer a maturidade da adolescente e disposta a fortalecê-la, com a oferta de companhia, compreensão e ajuda em uma fase complexa e problemática de sua vida[147]. Isso vale, também, para a família e para os pais.

Na argumentação do curso de ação J, um dos intermédios, é possível desvelar tais preocupações:

> [...] ela (a adolescente) precisa ter o máximo possível de confiança [...] na equipe [...] mostrou confiança: ela procurou ajuda [...] tá querendo viver a sua vida; então, precisa [...] ver, com muita conversa, de que forma que você pode [...] fazer com que ela consiga chegar num diálogo com esses pais [...] primeiro a orientação [...] conversa com a enfermeira [...] o agente comunitário, o auxiliar de enfermagem, o médico [...] fornecendo o máximo de informações possíveis [...] segundo ponto [...] a relação dessa moça com os pais [...] muitas vezes [...] não tem facilidade pra conversar sobre esse tipo de assunto [...] sexualidade, planejamento familiar [...] a equipe vai

> [...] entrar ajudando, não só a filha, como a mãe [...] o pai [...] pra que essa menina inicie uma vida afetiva e [...] depois, sexual, conforme a opção dela, de forma saudável e segura; e que isso seja saudável e seguro pros pais. O fato da filha se iniciar na sexualidade, não seja um motivo de [...] conturbação da família [...] porque ela deve ter vínculo com esses pais; às vezes os pais não perceberam que ela cresceu, ela não percebe que os pais conseguem escutar... e a equipe de saúde da família pode ajudar [...] a adolescente a se introduzir na vida afetiva, na sua sexualidade de uma forma mais saudável, mais segura! (curso J, psf_M4)

O discurso apresenta-nos a necessidade de deliberar com a adolescente, isto é, de estabelecer uma relação clínica que, de maneira dialógica, propicie um processo sério, honesto e sincero de deliberação. O profissional prudente almeja uma relação clínica deliberativa. Assim, será possível, para enfermeiros e médicos, escutar as razões da adolescente; dar razões dos próprios pontos de vista; levar a adolescente a ver as preocupações e visões dos pais, a importância da família e dos vínculos familiares para ajudá-la a viver, de maneira responsável e saudável, esta nova fase de sua vida.

O profissional precisa proporcionar à adolescente escuta atenta; esforço de compreensão de sua situação; apoio para compreender os valores nela implicados; argumentação racional e razoável sobre os cursos de ação possíveis até chegar ao ótimo; conselho não diretivo; ajuda, ainda que sua opção não coincida com a que considera melhor[147].

A maturidade de uma pessoa, adolescente ou não, tem de ser avaliada por sua capacidade de julgar e valorar as situações e não pelo conteúdo de tais juízos. Considerar imaturo ou incapaz quem tem um sistema de valores distinto do próprio, é característico de uma postura paternalista. Nessa visão, avalia-se a maturidade dos adolescentes segundo a maior ou menor proximidade de seus valores em relação aos valores dos próprios profissionais. Não podemos considerar imaturo ou incapaz quem pensa de modo distinto do nosso, ainda que isso nos obrigue a argumentar, com razão dialógica, de maneira séria e

fundamentada, sobre por que consideramos alguns valores superiores a outros[147].

A tendência a avaliar o adolescente pela concordância ou discordância com os próprios valores, revelou-se nos discursos:

> [...] namorando escondido [...] tentar removê-la dessa idéia [...] nem prescreveria um anticoncepcional [...] Eu to contra, a família, os pais tem que saber o que ta acontecendo. (curso C; psf_E11).
>
> [...] tenho dificuldade [...] por isso [...] não trabalho com adolescentes [...] anticoncepcional pra criança [...] adolescente [...] é irresponsável [...] toma e não se previne. (curso I; cse_M35)
>
> [...] pediu um anticoncepcional e nega [...] vida sexual ativa? [...] Porque se [...] não tem vida sexual [...] tá pedindo anticoncepcional oral? [...] nada seja contado pros pais?! [...] falar pra ela da importância dos pais saberem mesmo que eles proíbam o namoro [...] essas coisas envolvem vínculo [...] Ela pode [...] ir ali na farmácia e pedir camisinha e veio pra mim, pedir anticoncepcional oral, se [...] ta me pedindo [...] quer alguma coisa além disso. (curso M; cse_M36)

Há discursos, como o último, que chegam a perder de vista a vinheta e colocam-se totalmente na situação, como se a adolescente fosse uma usuária da própria unidade, indicando uma forte identificação com o caso. Para os efeitos da pesquisa, é o que eu queria, pois essa era minha intenção com o uso das vinhetas enquanto estratégia para a coleta de dados. Na prática clínica da atenção básica, tal identificação com a situação que o usuário traz para o atendimento pode ser benéfica, se tomada como elemento primeiro para a empatia, se inserida na perspectiva de um encontro intersubjetivo que busque constituir sujeitos. Isso porque deliberar com a adolescente requer maturidade do profissional, humana e psicológica, para conduzir uma empreitada especialmente complexa e difícil.

A prática madura do cuidado implica exercício de proximidade dinâmica que supere, em ambos os sentidos, os excessos nas distâncias espacial, afetiva e moral entre profissional e usuário. Isso quer dizer que, na prática clínica, hão

de se equilibrar momentos de proximidade com outros, de necessária distância, de forma a não se criarem dependências afetivas, seja do lado do profissional ou do usuário[23]. A "confiança quase-incondicional" que a pessoa fragilizada por um padecimento de saúde deposita no profissional não pode ser confundida com dependência ou inferioridade[119].

O profissional tem que ter conhecimentos, e também dispor de habilidades, para distanciar-se e aproximar-se nos tempos oportunos, a fim de propiciar à adolescente, ao mesmo tempo, apoio e espaço para que ela possa assumir-se e tomar suas decisões. O profissional não pode estar tão próximo a ponto de tomar o lugar do outro, responder por ele, imaginar ou pressupor seus pensamentos, valores, projetos e sonhos. Com isso, a confiança dará lugar à desconfiança. "[...] Pode [...] ir ali na farmácia e pedir camisinha e veio pra mim, pedir anticoncepcional oral [...] quer alguma coisa além disso". E, ainda, pode ficar difícil estabelecer os limites da relação profissional, como já se revelou nas argumentações da vinheta 'Preservando a Confidencialidade' e como tenho encontrado ao pesquisar o perfil dos problemas éticos na atenção básica.

As relações de ajuda, que envolvem questões de conflitos de valores, exigem maturidade psicológica e moral[147]. É comum que os profissionais sintam medo ao lidar com situações similares às da vinheta. Nesse caso, inconscientemente, disparam-se mecanismos de defesa, por exemplo, a 'angústia', leva-os a não ouvir o outro pelo medo do que irá dizer[147], pelo temor de não saberem o que responder, pois, usualmente, pensam, guiados por uma racionalidade dilemática, que sempre deve haver uma resposta para os problemas.

É um princípio básico da relação de ajuda que ninguém pode ajudar o outro a resolver um problema que não tenha emocionalmente resolvido para si próprio. Os conflitos emocionais inconscientes sempre geram angústia, que é uma das piores

conselheiras que podemos ter, pois dispara mecanismos de defesa do 'eu', como a negação, a agressão, o distanciamento. É preciso que os profissionais de saúde adquiram novas habilidades de comunicação inter-humana, baseadas no autocontrole emocional, na capacidade de escuta e na sintonia emocional com o outro[37].

A angústia compromete a proximidade dinâmica e, aliada a uma relação clínica paternalista e à mentalidade preventiva da atenção básica, pode desencadear, também, uma proteção excessiva ao usuário, que é visto como ser frágil, vulnerável, vulnerado, sem possibilidades de qualquer natureza, passível de ser ferido a qualquer momento e por qualquer um, precisando ser protegido de todos os perigos. Da mesma forma que o distanciamento, a 'proteção excessiva' compromete a deliberação e a prudência, pois ambas pressupõem a igual validade discursiva dos envolvidos, que se situa no 'justo meio' entres estes dois extremos viciosos da proximidade na relação clínica.

Então, a prudência requer do profissional de saúde maturidade psicológica e moral. Talvez, nesse aspecto, esteja uma importante ação para as equipes de saúde mental e de educação permanente que atuam no apoio à assistência na atenção básica: fomentar a maturidade psicológica dos profissionais no sentido de aprimorar a relação de ajuda na prática clínica nesse âmbito do SUS.

Uma personalidade psicológica e moralmente madura é a que não precisa lançar mão de mecanismos de defesa, como a negação, a agressão ou a imposição; sabe-se falível, portanto não tem excessivas dificuldades em reconhecer os próprios erros; está aberta aos demais, disposta a aprender com eles; sabe escutar, dar razões; e compreende seus próprios limites. Enfim, a personalidade madura é a da pessoa que se mostra disposta a aceitar os outros, a respeitá-los não porque pensam como ela própria, mas porque são outros como ela mesma o é[37]:

> Situarse así ante la realidad exige gran madurez psicológica e humana, supone tener un inconsciente bastante limpio, bastante oreado. Éstas son las personas que pueden ayudar a los demás de verdad, sin tener angustia y sin transmitir angustia. Tener alguien de esas características cerca es, y todos somos conscientes de ello, una bendición (p. 101-2).

A personalidade madura admite uma ética baseada no raciocínio do provável, da deliberação e da prudência. Isto é, que consegue conviver com uma ética concebida como processo de deliberação participativa, de trocas dialógicas de convencimento dentro de uma reflexão moral que leva a soluções mais prudentes para os conflitos de valores.

Frente a atitudes rígidas e impositivas, por um lado, e a despreocupadas e irresponsavelmente permissivas, por outro, há várias possibilidades de ações responsáveis, baseadas na deliberação participativa, na escuta atenta, no respeito da opinião de todos e na busca de atitudes razoáveis e prudentes. O problema dos profissionais acentua-se por sua falta de formação quanto a essas questões, o que os impede de sentirem-se bem, de lidar com esses casos de maneira segura e confiante, fazendo do ato clínico uma verdadeira relação de ajuda[147]. Isto é, uma relação clínica de emancipação, deliberativa e pautada pela prudência enquanto valor a ser realizado[32], em tempo propício, oportuno, na ocasião favorável.

Da mesma maneira que é preciso uma educação dos sentidos para a percepção dos dados clínicos, é necessária uma educação especial para manejar com certa precisão e destreza o mundo dos valores. Trata-se de uma educação da faculdade estimativa que está intimamente ligada às emoções e aos sentimentos, outra área na qual, muitas vezes, somos analfabetos. Como reflexo do 'positivismo' do mundo moderno, fomos acostumados a dedicar pouca atenção às emoções e aos valores. Temos que ser capazes de controlar nossa angústia, de indagar as partes mais obscuras de nossa personalidade, arejar

nosso inconsciente, a fim de ir configurando uma personalidade madura e equilibrada[147].

Em ambas as vinhetas está posta a questão da intimidade, que é o íntimo, o mais interior, mais profundo que cada um tem. Na primeira, temos a intimidade do casal e de cada um dos parceiros. Na segunda, a intimidade da adolescente e das relações familiares. A intimidade preenche-se de conteúdos religiosos, morais, ideológicos, estéticos, culturais e políticos. É inerente ao ser humano, em decorrência de sua própria humanidade. Ou seja, o respeito à intimidade não está condicionado a seus conteúdos, aos valores ou às crenças que as pessoas professam. Devemos respeitar a intimidade porque é algo humano. Compreendê-la dessa forma constitui salto qualitativo fundamental na humanização da atenção à saúde e das relações de equipe[37]:

> Los otros son respetables no porque piensen como yo o tengan mis mismas creencias sino porque son otros, otros seres humanos como yo. No es un problema de contenido sino de estructura (p. 120).

Os conteúdos da intimidade podem ser compartidos, conversados, dialogados. Na relação clínica, devido a sua própria natureza, muitos dos conteúdos da intimidade vêm à tona e outros tantos têm de ser suscitados pelo profissional para ampliar a clínica e tornar possível a deliberação.

Nos discursos, em ambas as vinhetas, revelou-se a questão do sigilo profissional decorrente da revelação da intimidade como direito do usuário e dever do profissional:

> [...] O sigilo dela deve ser mantido, é um direito dela, não é por que é adolescente que não tem esse direito! Tem esse direito sim! [...] (Atendendo Adolescentes – curso B; psf_M9)

> [...] Quem tem o direito, de quebrar essa questão dele tá pedindo o sigilo médico? É direito dele o sigilo médico, mas é direito também da mulher ter a saúde tratada [...] (Preservando a Confidencialidade – curso A; psf_E14)

> [...] o estatuto da criança e do adolescente [...] uma criança de 15 anos [...] pode ser atendida sozinha no consultório, tudo que é dito é sigiloso [...] (Atendendo Adolescentes – curso A; ubs_M22)

> [...] você tem que respeitar esse adolescente [...] tudo o que ele te fala é como você fosse um padre... é sigiloso [...] (Atendendo Adolescentes – curso A; ubs_M23)

Os deveres morais decorrem dos valores a serem realizados, tendo dois níveis: 'deve' e 'deveria'. Mas os deveres distinguem-se, também, em perfeitos e imperfeitos. Compreender essa diferenciação é importante, pois, no que se refere à confidencialidade, pode indicar a visão que temos do usuário e de sua intimidade e, ainda, o sentido que imprimimos à relação clínica: igualdade e relação deliberativa ou subalternidade e relação paternalista.

A teoria clássica de ética profissional partia do princípio que os profissionais tinham deveres profissionais específicos. Entretanto, tais deveres não eram correlativos aos direitos das demais pessoas. No caso do médico, era dever do profissional falar com o paciente, informar-lhe ou guardar segredo, mas o paciente não tinha o direito de receber informação ou da confidencialidade de seus dados. Isso é o que se chama em ética 'dever imperfeito', ou seja, deveres aos quais não correspondem direitos. No profissionalismo clássico, os médicos tinham deveres, mas os pacientes não tinham direitos correlativos. Com a revolução liberal, cuja tese principal baseia-se na definição de direitos, os antigos 'deveres imperfeitos' dos profissionais passaram a ser considerados 'deveres perfeitos', isto é, deveres aos quais correspondem direitos. O direito se impõe ao dever[37] (p. 286), invertendo-se a origem da obrigação moral dos profissionais de saúde. A obrigatoriedade não decorre tanto da natureza de suas profissões em si, mas do outro e da relação interpessoal que reconhece o usuário como cidadão, ser humano; nesse aspecto, igual ao profissional.

São os direitos dos cidadãos que definem os deveres dos profissionais[37]:

> [...] é uma cidadã [...] precisa se manter o sigilo. (Atendendo Adolescentes – curso J; psf_M4)
>
> [...] você falar [...] é...infringir o direito dela, eu jamais diria, é o direito dela enquanto paciente [...] Direito à liberdade [...] não querer que o pai e a mãe saibam. (Atendendo Adolescentes – curso S; psf_E19)
>
> [...] Ela tem 15 anos e o rapaz tem 16, eu acho que ela tem direito de ter um anticoncepcional [...] (curso A; ubs_E28)
>
> [...] é um direito dela [...] ta na constituição do direito do adolescente [...] (curso I; ubs_E27)

O poder profissional já não é absoluto, mas conferido[37], ou seja, não há espaço para as relações verticais e paternalistas:

> [...] a paciente tem autoridade, ela que decide, se ela quiser contar ela conta, eu contar não. Porque ai é segredo profissional [...] quem está sendo antiético sou eu, contando. (Atendendo Adolescentes – curso A; ubs_M28)

Os discursos desvelam o entendimento do sigilo como 'dever perfeito', ou seja, os profissionais sentem-se a ele obrigados em virtude de reconhecerem os direitos da adolescente enquanto cidadã e pessoa. A cidadania implica a igual dignidade de todos os seres humanos, mas, como afirma Pose[32], a dignidade é um princípio moral formal que requer ser preenchido com conteúdo. Isso é tarefa para a deliberação moral, participativa e prudente.

Ao interferirem na realidade da vida das pessoas, as ações clínicas deixam patente sua dupla dimensão: técnica e ética. Do lado profissional, muitas vezes, são tratadas apenas em sua dimensão técnica, mas, do lado do usuário, destaca-se a dimensão ética. Assim, não é possível realizar uma ação técnica de cuidado sem ter presente uma ética do cuidado. O cuidado é essencial na prática clínica[32].

Na vinheta 'Atendendo Adolescentes', muitos discursos, como retratam as descrições enunciativas dos cursos de ação, iniciam a resolução da questão pelo aspecto técnico da orientação quanto aos métodos contraceptivos e da saúde reprodutiva para desembocar no apoio acompanhado à opção da adolescente e de sua família na vivência da nova fase:

> Orientar a adolescente sobre vida sexual e reprodutiva, prescrever-lhe o contraceptivo oral; estimulá-la e apoiá-la para que conte a sua; oferecer apoio psicológico à mãe para que aceite a nova fase da vida da filha. (curso J)
>
> Ganhar a confiança da adolescente; encaminhá-la para o grupo de planejamento familiar; prescrever anticoncepção; visitar a família para conhecer a dinâmica familiar; trabalhar com os pais essa nova fase da filha. (curso R)
>
> Prescrever o contraceptivo oral; criar vínculo com a adolescente e sua família; junto com a adolescente falar com seus pais sobre a situação. (curso S)

Em cursos de ação prudentes, as dimensões ética e técnica da pratica clínica se articulam responsavelmente, conjugam-se no tempo futuro do projeto de vida e no momento oportuno da prudência. Para isso, requerem o espaço do cuidado, pois ele é que propicia essa articulação.

Em sendo a ética e a técnica dimensões interligadas da prática clínica, a tecnologia não se resume à aplicação da ciência, tampouco a ação do profissional restringe-se à aplicação de conhecimentos e procedimentos. A tecnologia não é apenas um modo de fazer, mas decisão sobre o que pode e deve ser feito. Ou seja, os profissionais, constantemente, fazem escolhas, decidem dentro de certas possibilidades "o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos e a nós próprios"[119]. A intervenção técnica articula-se com os aspectos não tecnológicos.

A interação terapêutica apoia-se, fortemente, na tecnologia, mas não se limita a ela; estabelece-se a partir e em torno dos objetos que a tecnologia constrói, porém precisa enxergar seus interstícios[119]. Em outras palavras, a interação

terapêutica parte dos fatos, mas tem de alcançar os valores. Sem isso, a relação clínica não será plena, não formará sujeitos e, nem ao menos, dar-se-á entre sujeitos; desumanizam-se profissional e usuário. Sem isso, também, será difícil ter uma visão clara dos deveres implicados nas situações vividas no cotidiano.

Nesse ponto, torna-se essencial o cuidado nas práticas de saúde, no nosso caso, na clínica na atenção básica. É por meio do cuidado que se torna possível o desenvolvimento de atitudes e espaços para um encontro intersubjetivo do usuário com o profissional, que seja verdadeiro, que se guie por uma sabedoria prática, ou prudência. O cuidado permite apoiar a ação de saúde na tecnologia e, ao mesmo tempo, expandi-la para além disso:

> Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente[119] (p. 64-5).

As ações de saúde que têm o cuidado como horizonte pautam-se pela sabedoria prática, da *phrónesis*; abrem espaço para a reflexão e para a negociação sobre os objetivos e meios das próprias ações, sem determinar de modo absoluto e *a priori* aonde e como chegar com a assistência[119]. Isso é deliberar. Assim, considero que o cuidado, tomado como horizonte ético da prática clínica na atenção básica, abre espaço para a deliberação. Em outras palavras, o cuidado constitui espaço para a deliberação, na medida em que ambos guiam-se pela prudência.

A deliberação tem pressupostos. Deliberar requer certas virtudes: pensar que o outro pode ter razão, ao menos tanto quanto eu, que o ponto de vista do outro pode me enriquecer, pode servir-me para ser mais prudente; ter capacidade de escuta e disposição para compreender os pontos de vista distintos ou discrepantes dos próprios; assumir o esforço de dar razão das

próprias opções de valor, por mais difícil que isso seja; ter a capacidade de aceitar que se é falível, que não se sabe, que se equivoca, que necessita dos demais, que em um debate posso não ter razão e que meus argumentos nunca são apodícticos ou esgotam o problema[58,60].

O cuidado propicia voltar-se à presença do outro, enriquecer horizontes e otimizar a interação terapêutica por meio de uma efetividade comunicacional decorrente da ativação de sua rede dialógica, incluindo a sensibilidade de ausculta bilateral[119].

Tendo em vista a deliberação moral na clínica em atenção básica, ao analisar os resultados do cenário 'Preservando a confidencialidade', assinalei que começava a delinear-se, segundo o que havia compreendido dos discursos e dos cursos de ação prudentes, o 'cuidado', enquanto uma categoria empírica.

Agora, depois da análise dos resultados concernentes à vinheta 'Atendendo Adolescentes', considerando, especialmente, a necessidade que se revelou de aliar técnica e ética na condução dos conflitos de valores que surgem ao lidar com a intimidade dos adolescentes na prática clínica da atenção básica, entendo que o 'cuidado' torna a emergir como categoria empírica.

Aliado a isso, é inegável a proximidade entre os elementos que o cuidado proporciona à relação clínica e os pressupostos requeridos para a deliberação. O cuidado torna possível, na relação clínica, os elementos que configuram os pressupostos para a deliberação. O cuidado, ao conferir centralidade para a sabedoria prática nas ações clínicas, pautando-as pela busca do sucesso prático e não do êxito técnico, abre espaço para a racionalidade problemática, tão essencial para efetivar a deliberação nos conflitos de valores. O cuidado, portanto, tomado como horizonte ético da prática clínica na atenção básica, permite que se engendre uma sabedoria de como usar as tecnologias em saúde e que os profissionais eduquem suas atitudes e desenvolvam habilidades propícias para estabelecerem encontros interpessoais honestos, sinceros, verdadeiros, dialógicos, criando

condições para a abordagem problemática das questões éticas da atenção básica. Cuidado e deliberação encontram-se na prudência, enquanto sabedoria prática. Assim, o cuidado emerge como categoria empírica reveladora do espaço que torna possível a deliberação na clínica em atenção básica.

Em outras palavras, o cuidado, tomado como horizonte ético da relação clínica, abre o espaço necessário para a deliberação.

Desde a tese de doutorado, venho trabalhando o cuidado na Bioética e, a seguir, retomo algumas das reflexões que tenho feito, a fim de preencher com um conteúdo de natureza moral a categoria empírica que se revelou no presente estudo.

8.3 O CUIDADO COMO O ESPAÇO DA DELIBERAÇÃO

Cuidar é ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. Nessa compreensão, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas. Refere-se à atitude, modo de ser, ou seja, à maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, com os outros, com o mundo e, também, consigo mesma. E essa atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças.

A intersubjetividade humana é fulcral para a proposta ética do cuidado. Por reconhecer a interdependência como necessária na manutenção da vida, o cuidado busca tornar o mundo social seguro por meio da resolução não violenta dos conflitos morais. Assim, o cuidado, como horizonte ético das relações humanas na Atenção Básica, configura-se em espaço para a deliberação.

Na atenção à saúde, cuidar é ir ao encontro e caminhar com o usuário, acompanhando-o na promoção e na assistência a

sua saúde, com vistas ao sucesso prático. O profissional de saúde, nos múltiplos contatos que mantém com os usuários dos serviços, ao mover-se motivado pelo cuidado, busca o reconhecimento mútuo e o reforço dos laços de confiança e vínculo inerentes a esses encontros de intersubjetividades. Assim, o profissional mostra-se à pessoa de quem cuida como alguém que pode ajudá-la e acompanhá-la na travessia de seu momento de vida, tomando em conta a realidade e a singularidade de seu projeto de felicidade individual, íntima, no bojo da felicidade social, política, como é próprio da sabedoria prática.

O cuidado, conformação humanizada da prática clínica, relaciona o aspecto técnico aos aspectos humanistas e designa:

> atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde[119] (p. 89).

Cuidar é lançar-se a projetos de felicidade, pois o cuidado guia-se pelo sucesso prático. Na permeabilidade do técnico pelo não-técnico, o sucesso prático pode ser compreendido como "o alcance da felicidade num sentido existencial"[119] (p. 88).

O 'profissional cuidadoso', o que se move e motiva sua prática pela ética do cuidado, acolhe outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para juntos seguirem na construção interativa de projetos saúde e felicidade. E o faz, prazerosamente, observando singularidade do outro, identificando seus recursos, internos e sociais, procurando com ele a alternativa terapêutica que faça sentido para seu projeto existencial.

Assim, o cuidado imprime a 'acolhida' na prática clínica da atenção básica, apostando na ativação positiva de sua 'rede de conversações' para a solução dos conflitos morais. É uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes, seu ideal consiste em uma atividade de relacionamento que ativa

a teia de interconexões que faz e mantém a vida humana. É claro que essa teia de relações sociais não se dá de maneira linear, afinal, como já traz em si, é teia e não linha. Assim, é complexa. Flui historicamente com lógicas distintas, específicas e permeadas de contradições, incoerências, harmonias e desequilíbrios[148]. O cuidado representa a própria dinâmica da vida.

A ética do cuidado evoca, então, a responsabilidade, que, por ser essencialmente ética, configura-se como mútua, correspondente de parte a parte, recíproca. Os problemas éticos originam-se de responsabilidades conflitantes e requerem, na busca de sua resolução, um modo de pensar contextual e narrativo, próprio da abordagem problemática dos conflitos de valores. Para a ética do cuidado, os envolvidos em um conflito moral são membros entrelaçados de uma comunidade em rede de relacionamentos interativos, de cuja continuidade todos dependem para viver[81]. Na ética do cuidado, compreende-se que é na rede de interdependência que a comunidade vivente pode cuidar de sua vida com sabedoria prática, com prudência. Isso é condição fundamental para a deliberação moral.

Mover-se, na prática clínica, pela ética do cuidado implica, para o profissional, assumir uma atitude, um modo-de-ser essencial, no qual faz-se presença responsável e, sem esquecer de si, sai de si mesmo e centra-se no outro, no usuário, com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de interrelações pessoais, sociais e ambientais, que dá suporte e sustenta a vida, a fim de potencializar positivamente essas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos.

Abrir-se ao outro define o ser humano como pessoa, designando sua reciprocidade, que torna presente a questão do outro e do ser humano como 'ser-com-outros'. A pessoa é um ser de relação que se autoconstitui na intersubjetividade, que instaura uma relação dialógica com outro 'eu'. Pela reciprocidade implícita na intersubjetividade, à pessoa corresponde a exigência

de responsabilidade, de como responder diante do outro e fazer-se responsável pelo outro[23]. Tal abertura ao outro é essencial para a deliberação.

Abrir-se ao outro implica convivência. E conviver não é simplesmente sobreviver uns à custa dos outros, tampouco se resume a coexistir com negociações e consensos ocasionais para resolver problemas pontuais. Conviver é participar de um horizonte compartido que se produz quando há disposição e vontade para o diálogo[149]. Essa convivência, quando cultivada na relação clínica, é o que permitirá que a deliberação aconteça.

A própria ideia de 'valor' concebe-se na perspectiva de um horizonte ético, que somente faz sentido no convívio com o outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só é possível de ser vivida em comum[119].

A convivência a ser cultivada na relação clínica inclui a articulação prudente de suas próprias dimensões: a técnica e a ética, ou, como as tenho denominado, 'cuidado-técnica' e 'cuidado-ética', respectivamente[150]. Com essa denominação, tenho atribuído o significado que o cuidado constitui horizonte ético da ação clínica e se concretiza por meio da realização competente de técnicas efetivadas em clima de preocupação e desvelo pelo outro. Ou seja, depois de ler[32], reconheço que tenho proposto o cuidado como valor fim e meio da prática clínica na atenção básica. Como explica o autor, ao tomarmos um valor como 'meio', atuamos como profissionais ou técnicos e, ao tomá-lo como 'fim', agimos como pessoas morais. Para fins de análise, como esclarece, ambos os aspectos podem ser separados, mas, na realidade, têm de vir juntos, porque a ética consiste na realização de valores. "Dos caras de una misma moneda: la ética es realización de valores (también técnicos)"[32] (p. 121).

Como traz Ayres[119], 'êxito técnico' e 'sucesso prático' integram-se na prática clínica. A dimensão biomédica da atenção à saúde ('cuidado–técnica', como entendo) imprime-lhe, necessariamente, como critério normativo, o êxito que se

concretiza no controle de riscos, na correção de disfunções, na compensação de deformidades ou deficiências ou no restabelecimento do bem-estar físico e psíquico. Contudo, sua necessária dimensão 'não-técnica' ('cuidado-ética', como entendo) implica que as propostas de êxito técnico dependem sempre, e em qualquer caso, do sucesso prático. As ações clínicas têm de ser capazes de atender aos objetivos que realizam o êxito técnico e, ao mesmo tempo, contribuir para que se realizem, junto com esses objetivos técnicos, as aspirações cotidianas dos usuários, tanto no relativo a sua saúde, como à vida em sentido mais amplo, do bem viver em geral, dos "projetos de felicidade"[119] (p. 215).

Assim, ao articularem, prudentemente, a necessária compaginação de 'cuidado-técnica' e 'cuidado-ética' na sua prática clínica, enfermeiros e médicos atuam como profissionais técnicos que reconhecem a si próprios, aos usuários e aos companheiros das equipes como pessoas morais e realizam o cuidado como ética e técnica, como valor fim e meio. Abrem espaço para a deliberação e, ouso afirmar que, ao mesmo tempo, passam a sentir a sua necessidade. Sem isso, a prática clínica na atenção básica não poderá se configurar como ampliada.

Tenho diferenciado as dimensões técnica e ética, constitutivas da prática clínica, a partir da distinção dos dois modos de ser-no-mundo, feita por Boff[29]: 'trabalho' e 'cuidado'. O "modo-de-ser-no-mundo trabalho" é intervencionista, marcado por uma interação tecnicista com vistas à dominação e subjugação. No "modo-de-ser-no-mundo cuidado" não se almeja o domínio *sobre*, mas a convivência, por meio da interação e da conjunção, tomando as pessoas como valor intrínseco e não de utilidade. O "modo-de-ser-no-mundo trabalho" leva ao 'cuidado-técnica', enquanto o "modo-de-ser-no-mundo cuidado", correspondendo, primeiramente, ao 'cuidado-ética', levará à combinação prudente e deliberada dos dois 'cuidados'.

Em um quadro comparativo Quadro 8 entre ambas as dimensões que tenho construído ao longo dos meus estudos sobre a ética do cuidado, que agora, tendo em vista o cuidado como espaço da deliberação, complemento, com base nos ensinamentos de Pose[32] acerca das propriedades das ações técnicas e éticas e de Ayres[119] sobre o cuidado, enquanto 'trabalho' e 'interação' nas práticas de saúde, temos:

Quadro 8 - Comparação do 'cuidado-técnica' e do 'cuidado-ética' como constituintes da prática clínica na Atenção Básica

Modo-de-ser-no-mundo "Trabalho" Cuidado-técnica	**Modo-de-ser-no-mundo "Cuidado" Cuidado-ética**
Intervenção tecnicista do cuidador sobre quem recebe o cuidado	Ação conjunta de cuidador e pessoa cuidada
Ação técnica	Ação ética
Relação de dominação	Relação de convivência
Trabalho com um êxito técnico pré-determinado	Interação que compreende que o êxito técnico ocorre no bojo do sucesso prático
Sujeito – objeto	Sujeito – sujeito Pessoas morais em interação
Relações interpessoais baseadas na desigualdade de poderes	Relações interpessoais equitativas e de cidadania
Relação clínica paternalista	Relação clínica emancipadora e deliberativa
Violência, agressão, distanciamento, proteção excessiva	Acolhimento, ternura, cordialidade e proximidade dinâmica
Objetivos utilitários	Reconhecimento do valor intrínseco das pessoas

Cuidado como valor meio, valor relativo expresso no desempenho competente e habilidoso de protocolos e procedimentos	Cuidado como valor fim, intrínseco da prática clínica, expresso no sucesso prático, na prudência, na deliberação que imprimem plenitude ao êxito técnico, também almejado
Requer conhecimentos e habilidades	Requer atitudes e sabedoria prática
Onipotência	Potência conjugada no tempo oportuno e projetada para o futuro
Ações delimitadas espaço-temporalmente	Ação que nunca se esgota
Cuidado como sistematização da assistência	Cuidado como moto-contínuo *da* e *na* prática clínica
Arrogância	Solicitude
Individualidade, independência, isolamento	Interconexão e interdependência
Autonomia independente, isolada, individualista	Autonomia responsável, solidária e intersubjetiva
Espaço para as falácias da bioética	Espaço para uma bioética deliberativa

O cuidado como fim confere nova tonalidade ao trabalho em saúde, provocando a interação do cuidado-técnica e cuidado-ética na atenção básica.

O profissional cuidadoso, o que assume o cuidado como, simultaneamente, valor fim e meio de sua prática clínica, presta atenção em tudo o que faz e não vai apenas levando a vida, tocando a rotina, dando conta da agenda de atendimentos ou, simplesmente, desempenhando suas tarefas da melhor maneira possível, por mais fundamental que tais tarefas sejam para a assistência à saúde. Enfermeiros e médicos cuidadosos são atenciosos com o que tocam, real ou virtualmente; sentem e

percebem o que os cerca, desdobrando sua atitude de cuidado em preocupação, desvelo, estima e senso de responsabilidade para com a realidade à qual estão 'religados'. Então, em cada tarefa que executam, por mais rotineira e corriqueira que seja, colocam-se por inteiro, com toda sua atenção e sentidos, como se fosse a primeira e única vez que a fizessem. E, em certo sentido, é, pois, naquele *kayrós*, é a primeira e única. Podem ter feito a mesma tarefa, o mesmo tipo de atendimento ontem, há 30 minutos, poderão fazê-lo amanhã, mas naquele exato momento será a única oportunidade, que, se perdida, não volta; passa-se o momento oportuno. Por isso, não há repetição porque o cuidado dá-se em *kayrós*. Não há repetição, porque essa opera na lembrança do passado, e o cuidado é projeto, é lançar-se ao futuro. Quem cuida, então, não consegue repetir, mas, necessariamente, inova, recria e recria-se continuamente em relação dialógica consigo mesmo, com o outro e com a realidade. Recria-se deliberando; delibera recriando-se.

O profissional cuidadoso agrega cuidado a trabalho, congrega cuidado-técnica e cuidado-ética na atenção à saúde, movido e motivado pelo propósito do 'cuidado em si'. Essa é a proposta de ação ética que se configura no exercício virtuoso, renovado, diário, corajoso e espiritual por excelência, pois é vivência, experiência fecunda.

O cuidado consiste em tomar nas mãos a realidade cotidiana, com sensibilidade, desvelo, abertura, disposição, conhecimento, habilidade e coragem, permitindo a cada um de nós sermos presença na própria realidade, com todos os nossos sentidos e atenção voltados para cuidar *a*, e *da* vida. Nessa plenitude, o cuidado, como sabedoria prática, leva à relação consigo próprio, com os outros e com as coisas ao nosso redor, enfim com a realidade com a qual estamos, inexoravelmente, religados e lançados a responder e transformar, dinamicamente. Leva à abertura de si, que permitirá entrar em contato com a

realidade, construindo pontes que propiciam o espaço para a deliberação.

Na prática clínica da atenção básica, o cuidado, realizado como sucesso prático, abre espaço para a deliberação moral, que, por sua vez, realiza-se na construção interativa de cursos de ação prudenciais. 'Prudência' e 'cuidado', portanto, confluem-se em uma relação clínica deliberativa.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os leques de possibilidades para amplificar a Bioética na Atenção Básica a partir da compreensão da deliberação

Este estudo sobre a temática da bioética clínica e atenção básica constituiu-se em pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva. Caracterizou-se como *integrated empirical ethics research* (pesquisa empírica integrada em ética), transitando entre os escopos normativo e descritivo da pesquisa em ética. Seu objeto foi a deliberação moral na clínica em atenção básica.

O problema de pesquisa expressou-se nas indagações: em que sentido tendem os cursos de ação que enfermeiros e médicos vislumbram para lidar com problemas éticos na atenção básica? Aproximam-se dos extremos? Ou tendem aos cursos intermédios, aproximando-se do ótimo ou do prudencial?

O objetivo geral da pesquisa era compreender a deliberação moral na atenção básica a partir das recomendações feitas pelos enfermeiros e médicos, frente a problemas éticos vividos na prática clínica. Como objetivos específicos, tinha: (i) reconhecer os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica; (ii) distinguir, com base no procedimento deliberativo, em que sentido tendem os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica; e (iii) analisar, com base na prudência como critério ético da deliberação moral, os cursos de ação que enfermeiros e médicos recomendam para problemas éticos na clínica em atenção básica.

O marco teórico-metodológico da pesquisa foi a deliberação moral, segundo proposta de Diego Gracia, que foi tomada em seus pressupostos epistemológicos, como referencial teórico-filosófico do estudo e em seu procedimento deliberativo, como instrumental metodológico para organização e análise dos dados.

A atenção básica, enquanto campo de conhecimento e prática político-assistencial do SUS e sua necessária clínica ampliada, constituiu o cenário de estudo.

Minha intenção era abrir um leque de possibilidades para a deliberação moral na prática clínica da atenção básica, a partir do marco teórico-metodológico deliberativo proposto por Diego Gracia. Ou seja, aspirava a compreender a deliberação moral na clínica em atenção básica a partir de determinado marco teórico, filosófico e metodológico e, também, a partir de meu entendimento de que a clínica na atenção básica é ampliada e requer uma Bioética amplificada no cuidado.

Foram entrevistados para a coleta do material empírico do estudo 30 enfermeiros e 33 médicos que trabalhavam na atenção básica do SUS na cidade de São Paulo, em unidades de saúde com três formas distintas de organização: a saúde da família, a tradicional e o centro de saúde escola. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista individual, anônima, semiestruturada e com o uso alternado de duas vinhetas, em três projetos de pesquisa desenvolvidos entre 2000 e 2009. Cada um deles investigou uma das formas de organização dos serviços, e seus substratos empíricos foram agregados, a fim de avançar no sentido de uma síntese.

Para a organização e análise dos dados, utilizei o procedimento deliberativo incluído no marco teórico-metodológico e tomei a 'prudência' como categoria analítica. As várias formas de análise de discursos e de conteúdo nas pesquisas qualitativas convergem para um processo mais geral e comum – que foi o que utilizei.

Deliberando sobre os resultados, ou seja, acerca do leque de possibilidades de cursos de ação isolado dos discursos, encontrei diferenças entre os cenários das vinhetas. Os dois leques distinguiram-se no espectro de possibilidades e na direção em que essas se concentravam, ou tendiam. Isto é, os leques foram diferentes em amplitude e pendor.

Na vinheta 'Preservando a Confidencialidade', o leque revelou-se em espectro mais restrito quanto às possibilidades de cursos de ação e com pendor para os cursos intermédios. Na vinheta 'Atendendo adolescentes', o leque revelou-se em espectro mais amplo quanto às possibilidades de cursos de ação e com pendor a um dos pólos extremos.

Com esses espectros e tendências, e por meio de análise compreensiva que considerou a categoria analítica da prudência, compreendi que, na vinheta 'Preservando a Confidencialidade', os cursos de ação revelaram-se mais prudentes; recomendavam alternativas de solução que buscavam realizar ao máximo, ou ao menos lesar o mínimo possível, os valores em conflito, a saber: respeitar a confidencialidade das informações privativas do marido quanto sua saúde e ser verdadeiro e honesto na relação clínica com a mulher. As argumentações justificativas dos cursos de ação desvelaram uma ordenação do saber prático que buscava realizar ambos os valores e, ao mesmo tempo, alcançar um bem humano, expresso como o cuidado honesto, verdadeiro, leal e tecnicamente competente à saúde do casal, sem provocar rupturas em sua relação conjugal e familiar. Os cursos de ação e suas argumentações revelaram uma maneira deliberativa, prudente e responsável de conduzir a questão, pautada pelo cuidado e sucesso prático na relação clínica.

Na vinheta 'Atendendo Adolescentes', compreendi que os cursos de ação encaminharam-se para possibilidades mais trágicas de resolução do conflito de valores, realizando um deles à custa da lesão total do outro. A busca do mal menor, expresso na prevenção de uma gravidez na adolescência, como revelaram as argumentações dos cursos de ação, comprometeu a prudência ao se perder de vista a meta do melhor, à qual deve se lançar a ética. No leque de possibilidades, os cursos penderam no sentido do pólo que realizava o respeito à privacidade e à confidencialidade da adolescente, sem considerar, ainda que minimamente, a responsabilidade dos pais quanto à saúde de

seus filhos adolescentes. Assim, de maneira geral, afastaram-se do intermédio, distanciaram-se do espaço deliberativo onde se encontram a prudência e a excelência moral. Nos cursos de ação que se situaram no espaço prudencial, as argumentações justificativas desvelaram uma ordenação do saber prático que buscava realizar ambos os valores e, ao mesmo tempo, alcançar um bem humano, expresso na prescrição, esclarecida e compartilhada, do meio contraceptivo e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis mais seguros e indicados para o casal adolescente e, ao mesmo tempo, em um esforço inventivo, buscavam vislumbrar formas de apoiar a jovem e seus pais na transição que viviam em suas vidas pessoal e familiar, fortalecendo vínculos de afeto e o respeito mútuo aos projetos de felicidade de todos.

Centrando a análise nos cursos de ação prudentes para as duas vinhetas, desvelou-se, enquanto categoria empírica, o cuidado. Chave que abria espaço para a prudência ao se constituir horizonte ético da relação clínica, o cuidado, ou a ética do cuidado, revelou-se, nos discursos, condição que tornava possível a deliberação. Propiciava o alcance da dimensão ética das ações de saúde, a partir de sua dimensão técnica, ao se pautar pela sabedoria prática que buscava o sucesso prático, antes que o êxito técnico.

Compreendi, assim, que o cuidado, assumido, simultaneamente, como valor fim e valor meio da prática clínica, permitirá aos enfermeiros e médicos lançarem-se à realidade da atenção básica com sensibilidade, desvelo, abertura, disposição, conhecimento, habilidade e coragem, para reconhecer e construir pontes intersubjetivas e dialógicas, por onde poderão fluir a prudência e o sucesso prático em uma relação clínica deliberativa.

Entendi que a prudência configura-se em critério da deliberação e que o cuidado conforma o espaço que a torna possível. Os três, deliberação, prudência e cuidado, não são comportamentos que ocorrem de maneira natural e espontânea

na prática clínica dos profissionais da atenção básica. Ao contrário, são comportamentos éticos que têm de ser forjados em exercício virtuoso, corajoso, criador, criativo, renovado diariamente, projetado ao futuro e realizado no tempo oportuno.

Compreendi que, pela via da razão prática, o cuidado-ética e a atitude deliberativa encontram-se na prudência, enquanto sabedoria prática. Por sua vez, o cuidado-técnica e o cuidado-ética confluem-se, prudentemente, no sucesso prático que engendra uma relação clínica deliberativa. Tudo para conseguir, responsavelmente, o melhor, que constitui a meta da ética. Esse 'melhor' se expressa na máxima realização dos valores envolvidos nas situações vividas, com vistas a alcançar o máximo possível do bem humano projetado para cada realidade específica.

Avisto, na sequência desse estudo, uma grande e desafiadora tarefa educativa para profissionais da atenção básica, pois deliberar aprende-se deliberando, como saber vivido, na realidade, em atmosfera arejada pelo cuidado e marcada pela prudência.

Quando iniciei este estudo, tinha como pressuposto que a clínica ampliada da atenção básica requeria uma Bioética amplificada. Compreendi que essa amplificação da Bioética para aproximá-la da realidade da atenção básica depende de pontes dialógicas entre fatos, valores e deveres; cuidado-técnica e cuidado-ética; deliberação, prudência e cuidado; prática deliberativa, sucesso prático e êxito técnico. Abrem-se, assim, leques de possibilidades para a Bioética e para a clínica na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1 Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

2 Lima AC, Morales DA, Zoboli ELCP, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. Cogitare Enferm UFPR. 2009;14(2):294-303.

3 Silva LT, Zoboli ELCP. Problemas éticos na atenção primária: a visão de especialistas e profissionais. Rev Bras Bioét. 2007;3(1):27-39.

4 Gracia D. Fundamentos da Bioética. Madrid: Editorial Triacastela; 2008. 605 p.

5 Potter VR. Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy. East Lansing: Michigan State University Press; 1988. 203 p.

6 Steinkamp NL, Gordijn B, ten Have HAMJ. Debating ethical expertise. Kennedy Inst Ethics J. 2008;18(2):173-92.

7 Sugarman J. The Future of Empirical Research in Bioethics. J Law Med Ethics. 2004;32(2):226-31.

8 Ives J, Draper H. Appropriate Methodologies for empirical Bioethics: it's all relative. Bioeth. 2009;23(4):249-58.

9 Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. Empirical research in bioethical journals: quantitative analysis. Med Ethics. 2006;32:240-5.

10 Amado-Grunstein R. Ethical decision-making processes among used by health care providers. J Advanced Nurs. 1993;18:(11)1701-9.

11 Amado-Grunstein R. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. J Advanced Nurs. 1992;17(2):129-37.

12 Abma TA, Molewijk B, Widdershoven GAM. Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. Health Care Anal. 2009;17(3):217-35

13 Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven GAM. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome.

Med Health Care Philos. 2008;11:43-56.

14 Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven GAM. Teaching ethics in the clinic: the theory and practice of moral case deliration. J Med Ethics. 2008;34(2):120-4.

15 Ebbesen M, Pedersen BD. Using empirical research to formulate normative ethical principles in biomedic. Med Health Care Philos. 2007;10(1):33-48.

16 Robertson DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. J Med Ethics. 1996;22(3):292-9.

17 Rickard M, Kushe H, Singer P. Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. Nurs Ethics. 1996;3(3):212-23.

18 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

19 Vries R, Gordijn B. Empirical ethics and its alleged meta-ethical fallacies.
Bioeth. 2009;23(4):193-201.

20 Brody H. Ethical Decisions in Medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company Boston; 1981. Why Study Medical Ethics; p. 1-4. A Method of Ethical Reasoning; p. 5-33.

21 Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. Intuição; p. 594-6.

22 Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência Saúde Col. 2005;10(3):549-60.

23 Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006. 268 p.

24 Hoffmaster B, Hooker C. How experience confronts ethics. Bioeth. 2009;23(4):214-25.

25 Sánchez-González M. La investigación bioética: tipos, funciones y relaciones mutuas. Cuad Progr Reg Bioéth. 1998;6:57-76.

26 Sugarman J, Sulmasy DP, editors. Methods in medical ethics. Washington DC: Georgetown University Press; 2001. p. 314.

27 Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009. 287 p.

28 Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. Razoável; p. 922.

29 Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. São Paulo: Vozes; 1999. 200 p.

30 Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001;4(2):223-32.

31 Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Deliberação; p. 610.

32 Pose C. Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica. Madrid: Editorial Triacastela; 2009. 133 p.

33 Díaz G. Introducción. In: Bermejo F, Sanjuanbenito L, editores. Ética y atención primaria. La soledad ética de la atención primaria. Madrid: ALE; 2008. p. 15-7.

34 Gracia D. El derecho a prohibir y El derecho a consumir [conferencia de clausura]. In: Congreso Hablemos de Drogas: famílias y jóvenes, juntos por La prevención; 2009 Jun 3-5; Barcelona, ES [evento en Web]. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2009. [citado 2010 Jan 10]. Disponible: http://www.congresohablemosdedrogas.es/_index.php?language =es

35 Gracia D. Metodos de analisis de problemas éticos en la clínica humana. In: Anales de la Real Academia Nacional de Medicina; 1992; Madrid, ES. Madrid: Universidad Complutense. CIX: 371-386.

36 Gracia D. Deliberación Moral. El papel de las metodologías en ética clínica [material didáctico del curso]. Madrid: Universidad Complutense; 2009.

37 Gracia D. Como arqueros al blanco: estudios de bioética. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. 516 p.

38 Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. Dilema; p. 260.

39 Gutiérrez G. Ética y decisión racional. Madrid: Editorial Síntesis; 2000. 159 p.

40 Gianini RJ. Bayesianismo. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2009;11(1):27-9.

41 Berry DA. Bayesian Statistics and the Efficiency and Ethics of Clinical Trials. Stat Sci. 2004;19(1):175-87.

42 Bentham J. Introducción a los princípios de la moral y la legislación. In: Colomer JM, editor. Bentham – Antología. Barcelona: Peninsula; 1991. p. 45-60.

43 Sanchez MA. Ética, Bioética y Globalidad. Madrid: Editorial CEP; 2007. 378 p.

44 Mill JS. El utilitarismo. Madrid: Alianza Editorial; 1991. 150 p.

45 Silva FCNM. Incentivos à decisão de recuperação da empresa em crise: análise à luz da teoria dos jogos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2009.

46 Ghemawat P. A estratégia e o cenário dos negócios. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2007.

47 Franco JCA. Teoria de la Decisión y de los juegos. Madrid: Delta Publicaciones; 2007.

48 Cortina A. Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Nobel; 2007. 270 p.

49 Zoboli ELCP. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria [informe de investigación]. Madrid: Universidad Complutense; 2009.

50 Cortina A. Pobreza y libertad: erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya sen. Madrid: Tecnos; 2009. La pobreza como falta de libertad; 15-30.

51 Sen A. Sobre Ética e Economia. Trad. de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras; 1999. 144 p.

52 Rawls J. Uma teoria da Justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997. 326 p.

53 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.

54 Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Editorial Triacastela; 2007. 157 p.

55 Gracia D. Bioética clínica. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998. 150 p.

56 Searle JR. Rationality in action. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology; 2001.

57 "Dilema", in *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* [on line], 2010, http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=dilema [consultado em 26 de janeiro de 2010].

58 Gracia D. Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la bioética [conferencia]. In: VI Congresso Brasileiro de Bioética; 2005 Ago 31 - Set 4; Foz do Iguaçu, BR. Foz do Iguaçu: Sociedade Brasileira de Bioética; 2005.

59 Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Problema; p. 1553.

60 Gracia D. Semiología de los conflictos morales [conferencia]. In: VI Congresso Brasileiro de Bioética; 2005 Ago 31 - Set 4; Foz do Iguaçu, BR. Sociedade Brasileira de Bioética; 2005.

61 La Taille Y. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed; 2006. 189 p.

62 Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009. 287 p.

63 Accasto AAM, Alves CL, Pereira EG, Campos CMS, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O acolhimento no PSF: validação de concepções através de oficinas de trabalho [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

64 Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1970. 174 p.

65 Wilson JQ. The moral sense. Am Polit Sci Rev. 1993;87(1):1-11.

66 Dreyfus HL. What is Moral Maturity? A Phenomenological Account of the Development of Ethical Expertise. [cited 26 Jan 2010].
Disponivel em http://socrates.berkeley.edu/~hdreyfus/rtf/Moral_Maturity_8_90.rtf

67 Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989. 605 p.

68 Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991. 157 p.

69 Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: a history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press; 1988. 420 p.

70 Leder D. Toward a hermeneutical bioethics. In: DuBose ER, Hamel R, O'Connell LJ, editors. A Matter of Principles?: Ferment in U.S. Bioethics. Valey Forge: Trinity Press International; 1994. p. 240-59.

71 Gadamer HG. Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10ª ed. Petrópolis: Vozes. 631 p.

72 Ricoeur P. Hermenêutica e Ideologias. Petrópolis: Vozes; 2008. 183 p.

73 Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005. 209 p.

74 Maliandi R. La tarea de fundamentar la ética en Karl-Otto Apel y en la ética convergente. Acta Bioeth. 2009;15(1):21-34.

75 Apel KO. Teoria de la verdad y ética del discurso. Barcelona: Paidós – ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona; 1995. 192 p.

76 Habermas J. Conciencia Moral e Ação Comunicativa. Barcelona: Editora Península; 1991.

77 Gracia D. De la bioética clínica a la bioetica global: treinta años de evolución. Acta Bioeth. 2002;8(1):27-39.

78 Gracia D. Education and ethics progress [conference]. In: IV Meeting of UNESCO´s World Commission on Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST); 2005 Mar 23-25; Bangkok, Thailand [Proceedings on the Internet]. Bangkok: UNESCO; 2005. [cited 2010 Jan 21] Available from: http://ethicscenter.ru/COMEST/Bangkok/23/Gracia.htm

79 Oliveira LA. Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado a pessoas vivendo com HIV/AIDS [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

80 Cohen J. An Epistemic Conception of Democracy. Source: Ethics [serial on the Internet]. 1986 [cited 2010 Jan 29];97(1):26-38. Available from: http://www.jstor.org/stable/2381404

81 Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1998. 184 p.

82 Pose C, Gracia D. Introducción a la bioética: origen, fundamentación y metodo [material didáctico del curso]. Madrid: Universidad Complutense; 2006.

83 Abel F. Prólogo. In: Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009. 287 p. 15-28.

84 Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. Introducción; 17-32.

85 Aubenque P. A prudência em Aristóteles. 2ª ed. São Paulo: Paulus, Discurso Editorial; 2008. 352 p.

86 Vergnières S. Ética e política em Aristóteles: physis, pathos, nomos. São Paulo: Paulus; 1999. 301 p.

87 Gracia D. Democracia y Bioética. Acta Bioeth. 2001;7(2):343-54.

88 Gracia D. De la bioética clínica a la bioetica global: treinta años de evolución. Acta Bioeth. 2002;8(1):27-39.

89 Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. Fato; p. 388.

90 Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Fato; p. 877.

91 Scheler M. Ética. 3ª ed. Madrid: Caparroz; 2001. 758 p.

92 Volkmer SAJ. O perceber do valor na ética material de Max Scheler [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

93 Cortina A. El mundo de los valores: ética mínima e educación. Bogotá: Editorial El Buho; 2007. 141 p.

94 Moore GE. Principia Ethica. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. 313 p.

95 Frings MS. "Scheler, Max, 1874-1928" [verbete]. In: Canto-Sperber M, organizadora. Dicionário de Ética e Filosofia Moral. São Leopoldo: Editora da Unisinos; 2007. v. 2. p. 542-4.

96 Ogando B, García C. De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina. Aten Prim. 2008;40(9):469-72.

97 Hare JE. The Moral Gap: Kantian Ethics, Human Limits, and God's Assistance. Oxford: Oxford University Press; 1997. 292 p.

98 Green RM. Relig Stud. 1997;33(2):235-7.

99 Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc). 2001;117(1):18-23.

100 Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001;4(3):223-32.

101 Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. In: Gracia D, Júdez J. editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, Editorial Triacastela; 2004. p. 21-32.

102 Díaz JAÁ. Aspectos éticos de la traducción de los protocolos de ensayos clínicos. Panace@ [periódico en línea]. 2008 [citado 14 Jan 2010];9(27)77-82. Disponible en: http://tremedica.org/panacea.html

103 Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a Bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005. A ética formal de bens e principialismo hierarquizado de Diego Gracia; p. 425-56.

104 MacIntyre A. After virtue. 2nd ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1984. 286 p.

105 Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa; p. 15-41.

106 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.

107 Guerra IC. Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Estoril: Principia; 2006. 95 p.

108 Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. Buenos Aires: Biblos; 1991. 130 p.

109 Haimes E. What can the social sciences contribute to the study of ethics? Theoretical, empirical and substantive considerations. Bioethics. 2002;16(2):89-113.

110 Molewijk B, Stiggelbout AM, Otten W, Dupuis HM, Kievit J. Empirical data and moral theory. A plea for integrated empirical ethics. Med Health Care Philos. 2004;7(1):55–69.

111 Molewijk B, Stiggelbout AM, Otten W, Dupuis HM, Kievit J. Implicit Normativity in Evidence-Based Medicine: a plea for

integrated empirical ethics research. Health Care Anal. 2003;11(1):69-92.

112 van der Scheer L, Widdershoven G. A response to Levitt and Molewijk. Med Health Care Philos. 2004;7(1):89-91.

113 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. [S.l.]: OPAS; 2005.

114 Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. Mundo Saúde. 2009;33(2):195-204.

115 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v. 4. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

116 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

117 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

118 Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994. 415 p.

119 Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2009. 282 p. (Coleção Clássicos para a Integralidade em saúde)

120 Díaz G. Introducción. In: Bermejo F, Sanjuanbenito L, cordinadores. Ética y atención primaria: la soledad ética del médico de primaria. Madrid: Agencia Lain Entralgo; 2008. p. 15-8.

121 Rivas FJ. Historia clinica: concepto, aplicaciones y aspectos éticos. In: Bermejo F, Sanjuanbenito L. Ética y atención primaria: la soledad ética del médico de primaria. Madrid: Agencia Lain Entralgo; Madrid: 2008. p. 151-72.

122 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referências e projeto terapêutico singular. 2ª

ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 59 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

123 Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da saúde; 2009. 64 p. (série B. textos Básicos de saúde)

124 Bauer MW, Aarts B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 39-63.

125 Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1998.

126 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

127 Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research. 3rd ed. California: Sage Thousands Oaks; 2008.

128 São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Grupo de apoio ao desenvolvimento institucional. Observatório de Recursos Humanos em Saúde para o SUS-SP. Boletim do Observatório de Recursos Humanos em Saúde para o SUS-SP. São Paulo: [s.n.]; 2009.

129 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo [documento na Internet]. [citado 17 Mai 2009]. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/paginas/default.aspx

130 Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.

131 Goldie J, Schwartz L, Macconnachie A, Jolly B, Morrison J. Can students' reasons for choosing set answers to ethical vignettes be reliably rated? Development and testing of a method. Med Teach. 2004;26(8):713-8.

132 Creswell J. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd ed. California: Sage Publications Thousand Oaks; 2003.

133 Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.

134 Pellegrin P. "Prudência" [verbete]. In: Canto-Sperber M, organizadora. Dicionário de Ética e Filosofia Moral. São Leopoldo: Editora da Unisinos; 2007. v. 2. p. 406-11.

135 Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Prudente; p. 1569.

136 Chauí M. Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2002. 455 p.

137 Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate. 2003;27(65):316-23.

138 São Paulo (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. AIDS e ética médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001. 94 p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/aids_etica_medica.pdf

139 Pisani JP, Zoboli ELCP. Doenças Sexualmente Transmissíveis: preservar a confidencialidade do marido ou proteger a saúde da mulher? Cogitare Enferm UFPR. 2009;14(2):476-83.

140 Ross MW, Ferreira-Pinto J. Toward a public health of situations: the re-contextualization of risk. Cad Saúde Pública. 2000;16(1):59-71.

141 Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993.

142 Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):17-24.

143 Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência Precoce. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):15-23.

144 Heilborn ML, Salem T, Rodhen F, Brandão E, Knauth D, Víctora C, Aquino E, McCallum C, Bozon M. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropol. 2002;8(17):13-45.

145 Pantoja ALN. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em

Belém do Pará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(Supl 2):S335-S343.

146 Altisent R, Brotons C, Úbeda RG, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. In: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Editorial Triacastela, Fundación Ciencias de la Salud; 2004. P. 249-74.

147 Gracia D, Jarabe Y, Espíldora NM, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. In: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Editorial Triacastela, Fundación Ciencias de la Salud; 2004. p. 126-160.

148 Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. 319 p.

149 Nunes L. Tríptico teórico: justiça, poder e responsabilidade. In: Nunes L, editor. Justiça, poder e responsabilidade: articulações e mediações nos cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência; 2006.

150 Zoboli ELCP, Pegoraro PBB. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. Mundo Saúde. 2007;31(2):214-24.