



Foto: Divulgação

ALINE ALBUQUERQUE

Pesquisadora visitante do Programa de Empatia da Universidade de Oxford. Pós-doutorado na Universidade de Essex. Professora da pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Advogada da União. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.



Foto: Divulgação

KALLINE ELER

Professora adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestra em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutora em Bioética e Direitos Humanos pela Universidade de Brasília. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente. Coordenadora do Observatório de Direitos do Paciente da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Bioética do Cuidado em Saúde: novo referencial para a prática clínica.

SUMÁRIO

1. Introdução
 2. Bioética do Cuidado em Saúde: dimensão substantiva
 3. Bioética do Cuidado em Saúde: dimensão procedimental
 4. Considerações finais
- Bibliografia

1. Introdução

A Bioética, desde a sua formulação inicial, ocupou-se de questões éticas que emergem da relação entre profissional de saúde e paciente. Notadamente, destaca-se que André Hellegers e R. Sargeant Shriver, meses após Van Rensselaer Potter ter empregado o termo “bioética” em sua obra *Bioethics, the science of survival*, lançaram mão do vocábulo na designação, em 1971, do “Instituto Joseph e Rose Kennedy para o Estudo da Reprodução Humana e Bioética” (Cooter, 2004). Hellegers e Shriver, distintamente da perspectiva abrangente de Potter, conceberam a Bioética no contexto da prática clínica, enquanto um ramo da Ética Aplicada. Nessa esteira, Beauchamp e Childress (2019) conferiram à ética no contexto clínico um lugar destacado na Bioética por meio da publicação do livro *Princípios de Ética Biomédica*, em 1978, a despeito de não terem utilizado o termo “bioética”. A teoria de Beauchamp e Childress desenvolvida no livro aludido foi intitulada de “Principialismo”. Ao longo do tempo, a Bioética na esfera clínica, denominada “Bioética Clínica”, foi marcada pela hegemonia do Principialismo e de seus quatro princípios: princípio do respeito à autonomia, princípio da beneficência, princípio da não maleficência e princípio da justiça.

Desse modo, tratar de problemas e de controvérsias morais que despontam do encontro clínico sempre foi um objeto da Bioética, particularmente da Bioética Clínica. Embora a primazia do Principialismo tenha sido objetada, mormente por teóricos latino-americanos (Albuquerque, 2022), ainda há seu predomínio, seja na formação dos profissionais de saúde, como na Medicina e na Enfermagem, seja na atuação de Comitês Hospitalares de Bioética. Com o intuito de construir um arcabouço bioético apto a ser utilizado na prática clínica, pesquisadores do programa de pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília vêm desenvolvendo uma nova teoria, a Bioética do Cuidado em Saúde, doravante BCS. Essa nova vertente teórica da Bioética

Clínica se fundamenta no novo paradigma do cuidado em saúde denominado “Revolução do Paciente”, um movimento social, científico, jurídico, sanitário, cultural e ético originado no século XXI (Albuquerque; Tanure, 2023) que pode ser compreendido como uma reconfiguração do papel do paciente, de objeto de intervenções e de procedimentos para participante ativo e protagonista do seu próprio cuidado. Esse novo paradigma se expressa em abordagens que foram construídas não no campo bioético, como os direitos do paciente, que derivam dos direitos humanos incidentes nos cuidados em saúde, e das abordagens do Cuidado Centrado no Paciente e da empatia clínica. Como se nota, a BCS, em consonância com a interdisciplinaridade que caracteriza a Bioética, realiza as articulações de saberes e integra abordagens exógenas.

Tratar de problemas e de controvérsias morais que despontam do encontro clínico sempre foi um objeto da Bioética Clínica.

Além dos eixos apresentados, a BCS também propugna uma nova forma de deliberação ética, que se ancora em dois pressupostos: a distinção entre problema e controvérsia moral (Greene, 2018) e a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente. Quanto ao primeiro pressuposto, conforme Greene (2018, p. 314), a humanidade, ao longo do tempo, foi construindo paulatinamente “compromissos morais firmes” em torno de determinadas práticas, que passaram a ser entendidas como questões morais resolvidas, como, por exemplo, a proibição da tortura e da escravidão e outras que se expressam nos direitos humanos. Nesses casos, não se tem a caracterização de uma controvérsia moral, na medida em que, social e historicamente, se construiu a ideia em torno de que determinada conduta é moralmente condenável. Por outro lado, o problema

moral se dá quando um compromisso moral firme não é respeitado. Exemplificando, a persistência de violações de direitos humanos consiste em um problema moral, ou seja, configura a inobservância de normas morais compromissadas histórica e socialmente, mas não uma controvérsia moral, porquanto não se coloca em debate a correção moral da prática (Greene, 2018). No que toca ao segundo pressuposto, este será tratado na dimensão substantiva da BCS, particularmente em seu eixo relacionado à centralidade do paciente no cuidado.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo delinear a BCS em sua dimensão substantiva e em sua dimensão procedimental, apresentando-a de modo a propiciar reflexão acerca das possibilidades de se construir alternativas ao uso do Princípio da Autonomia na esfera da prática clínica. A seguir, será abordada a dimensão substantiva da BCS.

2. Bioética do Cuidado em Saúde: dimensão substantiva

Conforme o estudo de Veatch (2020), as teorias bioéticas, em sua esmagadora maioria, se alicerçam em princípios e/ou regras, de forma a estabelecer normas, endossando a natureza de Ética Aplicada da Bioética e, por consequência, prescritiva. Esses princípios e regras acarretam obrigações para agentes específicos, e, no caso da Bioética Clínica, para os profissionais e organizações de saúde. Portanto, as teorias da Bioética Clínica são fundamentadas em deveres/obrigações morais, e não na linguagem dos direitos. Poderia se aventar os motivos que explicam a preferência no campo bioético pelos deveres/obrigações morais, mas essa análise ultrapassa o escopo deste artigo. De qualquer modo, cabe salientar que propor uma teoria bioética que se alicerça em direitos não é algo trivial, o que conduz a um esforço maior de fundamentação da BCS, que não será logrado neste artigo.

Com efeito, parte-se da ancoragem da BCS na gramática dos direitos dos pacientes,

compreendendo-os como prescrições ético-jurídicas que demarcam para os pacientes um léxico de reivindicações legítimas e para os profissionais e organizações de saúde comportamentos socialmente esperados. Os direitos dos pacientes englobam o direito ao consentimento informado, o direito de participar da tomada de decisão, o direito à informação, o direito à segunda opinião, o direito de não ser discriminado, entre outros. Desse modo, a BCS não parte das obrigações dirigidas aos profissionais e às organizações de saúde visando à construção de um arcabouço bioético, mas sim dos direitos dos pacientes, enquanto normas éticas (Albuquerque, 2023), conformando uma “teoria baseada em direitos” (Seoane, 2024).

Além de caracterizar-se, do ponto de vista normativo, como uma teoria ética fundada em direitos, a BCS se estrutura em três eixos que constituem um modelo de justificação ética (DeGrazia, 2023) da aplicação dos direitos dos pacientes em problemas e controvérsias morais, quais sejam: (a) empatia clínica; (b) relação de parceria; (c) centralidade do paciente.

No que tange ao direito do paciente, este é formado por direitos titularizados por todas as pessoas que se encontram sob cuidados em saúde e salvaguardam valores subjacentes, tais como a autonomia, a dignidade e a integridade física, mental e psíquica dos pacientes. Os direitos dos pacientes derivam dos direitos humanos, consistindo em uma ética secular globalmente compartilhada que expressam compromissos morais firmes (Greene, 2018). Portanto, a BCS sustenta que princípios/regras, formulados no bojo de “teorias baseadas em princípios” (Veatch, 2020), como o Utilitarismo e o Princípio da Autonomia, não se sobrepõem *prima facie* aos direitos dos pacientes. Consequentemente, para a BCS há uma hierarquia léxica (Veatch, 2020) entre direitos, princípios e regras na Bioética Clínica, o que conduz à conclusão de que violações aos direitos dos pacientes não se justificam com base em princípios.

Ainda, na BCS há os eixos que estruturam o modelo de justificação ética da aplicação dos direitos do paciente como fundamento normativo, quais sejam: (a) a empatia clínica, que é a capacidade predominantemente cognitiva do profissional de saúde, e envolve a compreensão da condição do paciente, incluindo sua dor e sofrimento, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão (componente comportamental) e uma intenção de adotar comportamentos pró-paciente (componente de resultado) (Hojat *et al.*, 2023). A empatia clínica tem uma função moral de prever comportamentos altruístas dos profissionais de saúde visando ao bem-estar e ao atendimento das necessidades do paciente; (b) a relação de parceria é entendida como a expressão da essência relacional do cuidado (Herring, 2022), sendo considerada um terceiro ente do cuidado em saúde, que abarca, além das duas partes – profissional e paciente –, uma terceira: a relação entre ambos, que ao ser valorada *per se* impõe um comando moral no sentido de que deve ser preservada e zelada; (c) a centralidade do paciente, que designa a integração das preferências, das necessidades e da vontade do paciente no processo de tomada de decisão, produzindo um plano de cuidado que seja apropriado e significativo para o paciente (Edgman-Levitan; Schoenbaum, 2021).

A empatia clínica tem função moral de prever comportamentos altruístas dos profissionais de saúde visando ao bem-estar do paciente.

Em suma, a BCS, em sua dimensão substantiva, é uma teoria bioética endereçada à prática clínica, que se fundamenta no primado ético da centralidade do paciente, na função moral da empatia clínica e no reconhecimento do valor *per se* da relação entre profissional e paciente. Igualmente, a BCS propugna uma mudança de fundamentação ética

da obrigação/dever para o direito, haja vista que, na clínica, a análise e a prescrição bioéticas devem partir de um léxico hierárquico (Veatch, 2020), no qual os compromissos morais firmes, que se expressam nos direitos dos pacientes, se situam em primeiro plano.

3. Bioética do Cuidado em Saúde: dimensão procedimental

A Bioética Clínica, em sua perspectiva procedimental, assenta-se no pressuposto de que, para se alcançar deliberações bioéticas, há que se construir um processo de análise e de prescrição ética justificado racionalmente e legítimo. O processo de deliberação ética na prática clínica lida com casos que emergem do cuidado, logo, envolvem pacientes/familiares e profissionais de saúde. Desse modo, uma das premissas da deliberação ética é o reconhecimento de que qualquer controvérsia moral ou problema moral na esfera da Bioética Clínica diz respeito ao cuidado em saúde. Partindo desse pressuposto e de que o seu propósito do cuidado é o atendimento das necessidades do paciente, sustenta-se que a deliberação ética deve partir do primado do Cuidado Centrado no Paciente.

Com efeito, o método de deliberação ética da BCS se estrutura em quatro etapas: Etapa 1: Apreciação do caso – análise dos fatos, cujas informações serão transmitidas não apenas pelos profissionais diretamente envolvidos no caso, mas também paciente e familiares, cujas perspectivas sobre o que está se passando são tão importantes quanto a trazida pelos profissionais. Etapa 2: Demarcação do escopo do caso – demarcação da questão moral fundamental que está presente no caso e deliberação sobre se tratar de uma controvérsia moral ou problema moral. Etapa 3: Análise ética baseada em normas orientadoras – caso seja uma controvérsia moral, a deliberação envolve normas orientadoras, como princípios, direitos e critérios de tomada de decisão. Caso seja um problema moral, a deliberação envolve a identificação

e análise do compromisso moral firme não observado pelo profissional de saúde, expresso em um direito do paciente, e a perspectiva do profissional quanto à negativa do reconhecimento do compromisso moral firme. Etapa 4 – caso seja uma controvérsia moral, recomenda-se o diálogo entre os envolvidos, se assim desejarem, no bojo de um processo restaurativo, e, caso seja um problema moral, diálogo com o profissional envolvido, se assim desejar, no bojo de um processo de apoio de pares.

Inicia-se o processo de deliberação ética por meio do contato com os fatos. Para tanto, importante conhecer a história clínica da paciente, envolvendo o diagnóstico e o prognóstico, bem como o contexto social, cultural, religioso, econômico e outros que dizem respeito ao caso. Para tanto, importa não apenas ouvir o profissional, mas também a paciente. Em seguida, cabe demarcar a questão moral fundamental do caso, não é o problema identificado pelos participantes da deliberação, mas sim a questão fundamental para os envolvidos no caso, ou seja, para o profissional, paciente ou familiar, pois são as partes legítimas para enunciar o que lhes é moralmente incômodo. Recomenda-se que não sejam formuladas perguntas; as questões morais precisam ser enunciadas a partir de perspectivas, de modo que a deliberação ética seja informada pela empatia, a qual pressupõe o recrutamento da imaginação empática ou da conexão direta com os envolvidos no caso. Se a questão moral fundamental fosse enunciada por meio de uma pergunta, ter-se-ia o risco de reduzi-la e adotar apenas uma perspectiva. Em seguida, passa-se à deliberação sobre se é um caso que versa sobre controvérsia moral ou problema moral. No caso de um problema moral, a deliberação não objetiva estabelecer um comando de ação, mas sim conferir apoio ao profissional para que possa compreender o compromisso moral firme presente no caso e como elaborá-lo. Para tanto, há que se valer do processo de apoio de pares, o qual não será objeto deste artigo. Diante de uma controvérsia moral, a deliberação ética envolve diferentes comandos

éticos, os quais se expressam em princípios, direitos e critérios. Por derradeiro, no caso de controvérsias morais, cabe o diálogo entre os envolvidos, se desejarem, no bojo de processos restaurativos, de modo a construir uma solução eticamente correta e adequada para aquele caso específico. Assim, nota-se que a deliberação ética em casos de controvérsia moral possui normas orientadoras, mas o resultado do processo é casuísta, na medida em que o arranjo feito em um caso tão somente é válido para ele.

4. Considerações finais

Este artigo buscou expor a proposta, que se encontra em curso, de uma nova teoria bioética visando balizar a análise de questões morais que emergem da prática clínica. A BCS tem como pano de fundo a reconfiguração do papel do paciente na Bioética Clínica, tradicionalmente voltada para os profissionais de saúde e para o emprego de princípios e regras desconectados do progresso moral alcançado ao longo dos anos nos cuidados em saúde. Esse progresso se expressa nos direitos dos pacientes, que derivam dos direitos humanos, como uma ética mínima, bem como no reconhecimento da importância da empatia clínica e da sua função moral, da centralidade do paciente no cuidado e da relação de parceria no encontro clínico. Constatou-se, ademais, que a Bioética Clínica não incorporou esse progresso moral no que tange ao paciente, observado no campo do cuidado em saúde. Desse modo, a BCS tem como escopo precípuo trazer para a esfera bioética tal inflexão, situando o paciente no centro decisório, conferindo-lhe o *status* de agente moral e de participante ativo do cuidado. Este estudo é exploratório, pesquisas sobre a BCS serão realizadas de modo a consolidá-la como uma alternativa ao Princípioalismo, notadamente na América Latina, região que sustenta uma Bioética que objetiva construir outras vertentes, alicerçadas nos direitos humanos, enquanto compromissos morais firmes da humanidade. ●

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, Aline. Bioética do Cuidado em Saúde: novo método de deliberação ética na prática clínica. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, ano 14, v. 1, n. 27-28, 2023.
- ALBUQUERQUE, Aline. Críticas ao Princípio do Paciente sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, ano 13, v. 1, n. 25, 2022.
- ALBUQUERQUE, Aline; TANURE, Cintia. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. *History and Philosophy of Medicine*, v. 5, n. 2, 2023.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8. ed. Nova York: Oxford, 2019.
- COOTER, Roger. Historical Keywords. Bioethics. *The Lancet*, 2004. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(04\)17382-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(04)17382-0.pdf). Acesso em: 3 jan. 2025.
- DEGRAZIA, David. Leveraging a sturdy norm: how ethicists really argue. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, p. 1-11, 2023.
- EDGMAN-LEVITAN, Susan; SCHOENBAUM, Stephen. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, v. 5, n. 10, 2021, 21v.
- GREENE, Joshua. *Tribos morais: a tragédia da moralidade do senso comum*. São Paulo: Record, 2018.
- HERRING, Jonathan. *Law and the relational self*. Oxford: Oxford, 2022.
- HOJAT, M. et al. Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discovery Health Systems*, v. 2, n. 8, 2023.
- SEOANE, J. A. A rights-based theory for health justice. In: SEOANE, J. A.; VERGARA, O. (ed.). *The discourse of Biorights. The International Library of Bioethics*, v. 109. Cham: Springer, 2024.
- VEATCH, Robert. Reconciling lists of principles in Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 45, p. 540-559, 2020.