

CAMINHOS DA BIOÉTICA

ORGANIZADORES

João Cardoso de Castro

Márcio Niemeyer-Guimarães

VOLUME V

ORGANIZADORES
JOÃO CARDOSO DE CASTRO
MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES

CAMINHOS DA BIOÉTICA
VOLUME V

EDITORA UNIFESO
TERESÓPOLIS
2024

Copyright© 2024 Editora UNIFESO

Todos os direitos reservados. Proibida reprodução, mesmo parcial, por qualquer processo, sem a autorização escrita da Editora UNIFESO

Coordenação Editorial
Anderson Marques Duarte

Diagramação
Jessica Motta da Graça

Capa: Parque Nacional da Tijuca (2023) - Rio de Janeiro, Brasil. Márcio Niemeyer-Guimarães (acervo pessoal)

C191 Caminhos da bioética : volume V / organizadores João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer-Guimarães. – Teresópolis, RJ: UNIFESO, 2024.
129 p. : il. color. – (Coleção FESO)

ISBN 978-65-87357-61-4

1. Bioética. 2. Saúde. 3. Cuidados Paliativos. I. Castro, João Cardoso de. II. Niemeyer-Guimarães, Márcio. III. Título. IV. Série.

CDD 174.957

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: <http://unifeso.edu.br/editora/index.php>

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Roberta Montello Amaral
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretor de Educação a Distância

Mariana Beatriz Arcuri
Direção Acadêmica das Ciências da Saúde

Vívian Telles Paim
Direção Acadêmica das Ciências Humanas e Tecnológicas

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel
Diretor de Educação a Distância

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
**Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino
Ottaviano**

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

COLEÇÃO FESO

A **Coleção FESO**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNIFESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação. É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia a recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do UNIFESO como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

Série Teses: Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

Série Dissertações: Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Mestre”.

Série Pesquisas: Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

Série Especiais: Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores.

Série Produções Técnicas: Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicadas; cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, Procedimento Operacional Padrão (POPs), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

Série Materiais Didáticos: Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no UNIFESO.

Série Arte e Cultura: Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos

livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos, etc.

Série Documentos: Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do UNIFESO.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas é certo que fortalece, ainda mais, a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito à compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos e promoção da educação, cultura, ciência, tecnologia e inovação para a formação da sociedade que queremos: mais justa, solidária e ética.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Roberta Montello Amaral

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – UNIFESO

SUMÁRIO

PRÓLOGO Roberta Lemos	9
SOBRE OS ORGANIZADORES	12
CUIDADOS PALIATIVOS NEFROLÓGICOS Arthur Mota Damasceno	13
BIOÉTICA CLÍNICA E VALOR EM MEDICINA INTENSIVA: UMA REFLEXÃO João Andrade Sales	24
CAMINHOS DA BIOÉTICA: EDUCAÇÃO MÉDICA EM CUIDADOS PALIATIVOS. O QUÊ, POR QUÊ, PARA QUÊ E PARA QUEM? Márcio Niemeyer-Guimarães	43
DEVEMOS CONSIDERAR ASPECTOS ECONÔMICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS? Renata Pivatelli Soares Fontes, Estevão Alves Valle	68
FILOSOFIA E MEDICINA: ENCONTROS E DESENCONTROS Murilo Cardoso de Castro	79
UM OUTRO PENSAR João Cardoso de Castro	96
BIOTECNOCIÊNCIA E COLONIALIDADE: UMA OUTRA LEITURA DISCURSIVA DE <i>GET OUT</i> Maria Gilda Alves de Oliveira	113
SOBRE OS AUTORES	128

PRÓLOGO

Roberta Lemos^a

Na complexa teia da ética aplicada as ciências da vida, a bioética emerge como uma bússola que orienta decisões importantes na intersecção da ciência, saúde e humanidade. Por isso, em um cenário multifacetário como se apresenta a nossa sociedade, onde a diversidade cultural se entrelaça com os avanços tecnológicos e as questões socioeconômicas, a bioética é vista como um pilar fundamental para orientar a tomada de decisão ética no campo da saúde, da pesquisa científica, nas políticas públicas, e tanto nas questões climáticas quanto nas questões ambientais. Com um país de tamanho continental, como o nosso Brasil, com suas especificidades regionais e desigualdade socioeconômicas, os desafios éticos são na mesma medida complexos e variados.

É sob este pano de fundo que esta coleção Caminhos da Bioética, especialmente o volume V, se apresenta como uma contribuição substancial para o entendimento e a abordagem destes desafios. Porque, afinal de contas, a forma como olhamos para alguma situação específica influencia totalmente na maneira de intervir sobre ela. Assim, esse volume nos traz a possibilidade de abordar diversos temas bioéticos, desde a melhor estratégia para educação médica em cuidados paliativos até a abordagem da decolonialidade, que é um assunto que reflete a urgência do vivido da população negra. Este é um diferencial desta coleção que poderá orientar suas tomadas de decisões na prática profissional. De tal modo,

^a Mestre e doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (Fiocruz)
Professora convidada dos Programas de pós graduação em Fisioterapia Cardiovascular adulto e de Pós graduação em Fisioterapia em Terapia Intensiva Cardiopediatria e Neonatal do Instituto Nacional de Cardiologia

esta obra não pretende apenas oferecer uma visão abrangente da bioética no contexto brasileiro, mas também inspirar uma reflexão crítica e um engajamento ativo de suas leitoras e leitores.

Cada capítulo deste livro te levará a uma incursão profunda em um aspecto específico da bioética oferecendo uma epifania valiosa e perspectivas diversas sobre dilemas éticos contemporâneos. Esta obra não é apenas uma compilação de capítulos, mas uma jornada multifacetada por diversos temas que permeiam o campo da bioética. Cada parte deste livro representa uma trilha única que nos conduz através das complexidades e desafios éticos que moldam a prática da saúde e como consequência, a pesquisa científica.

Ao abordar assuntos tão diversos e relevantes para a sociedade brasileira, “Caminhos da Bioética, volume V” não apenas oferece uma visão abrangente das questões éticas que enfrentamos, mas também destaca a importância da bioética como uma lente crítica para analisar e enfrentar esses desafios. Através da reflexão crítica e do diálogo interdisciplinar, este livro busca capacitar profissionais de saúde, pesquisadores, legisladores, docentes, estudantes e a todas as pessoas interessadas a enfrentar os dilemas éticos do nosso tempo com maior arcabouço teórico para otimizar estratégias de ação no dia a dia.

Ao passo que nos aventuramos pelos caminhos da bioética apresentados neste livro, convidamos as leitoras e os leitores a se engajarem em uma jornada intelectual estimulante, onde as fronteiras entre a ciência e a cultura se tornam permeáveis e as questões bioéticas se revelam em toda a sua complexidade e relevância em nossa sociedade. Que a partir da exploração desses temas, estejamos dispostas e dispostos a questionarmos pressupostos e a considerarmos novas perspectivas.

Portanto, convidamos a você, caras leitoras e caros leitores, a explorar as páginas deste livro não apenas como um recurso acadêmico,

mas como um convite para a reflexão ativa e ação ética. Que este livro sirva como um guia indispensável para navegar nas intrincadas questões bioéticas que permeiam o tecido da sociedade brasileira e como um acontecimento para o avanço de práticas éticas, pautadas na dignidade da vida humana, mais equânimes e mais justas na saúde, na pesquisa, nas polícias públicas e no meio ambiente.

Desejo à você, uma ótima trilha por esses caminhos da bioética.

SOBRE OS ORGANIZADORES



JOÃO CARDOSO DE CASTRO

Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ), participou do Programa de Doutorado-Sanduíche [CAPES] na DePaul University, em Chicago. É formado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestre em Educação em Ciências e Saúde pelo NUTES (UFRJ).



MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES

Professor Adjunto do Curso de Medicina, Disciplina de Cuidados Paliativos, do UNIFESO e da Escola de Medicina e Cirurgia, Disciplina de Oncologia e Cuidados Paliativos, da UNIRIO. Professor colaborador da Pós-graduação AMIB em Medicina Intensiva - Módulo Cuidados Paliativos. Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (Fiocruz), tendo realizado o Programa de Doutorado Sanduíche no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Porto (PDSE-CAPES). Mestre em Medicina (UFRJ). Mestre em Cuidados Paliativos (Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Médico Especialista AMB em Medicina Intensiva AMIB, Clínica Médica SBCM e Geriatria SBGG, com Certificado de Atuação em Medicina Paliativa. Fellow da Sociedade Americana de Geriatria (American Geriatrics Society Fellow, AGSF 2016).

CUIDADOS PALIATIVOS NEFROLÓGICOS

Arthur Mota Damasceno

A expectativa de vida da população aumentou nos últimos anos e, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os sessenta anos e além, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015¹. Neste contexto de envelhecimento, houve aumento da incidência de diversas patologias, dentre as quais hipertensão arterial (HAS), diabetes melitus (DM) e câncer, que podem afetar diversos órgãos, sendo sistema renal um grande prejudicado.

Pelo fato de 62% das patologias que acometem os rins serem de origem cardiovascular (HAS, DM ou os dois)², comumente são afetados outros órgãos alvo, dentre quais coração, cérebro, olhos, podendo afetar diretamente a funcionalidade do paciente.

SISTEMA URINÁRIO E SUAS FUNÇÕES

O sistema urinário é composto pelos rins (sendo compostos pelos glomérulos, suas unidades morfofuncionais), ureteres, bexiga e uretra. Este sistema é responsável por 3 importantes funções no nosso corpo:

- Controle hidroeletrólítico: demonstrando capacidade de concentrar ou diluir a urina conforme necessidade corporal, além do controle acidobásico e de eletrólitos;
- Função endócrina: produz 95% da Eritropoetina, importante hormônio na produção das hemácias e participa diretamente no processo de formação a 1,25 hidroxivitamina D;
- Filtração: muitos metabólitos são filtrados nos rins e eliminados na urina.

Ao compreender este cenário, percebe-se que a forma de

acometimento deste sistema também influencia diretamente no tipo de abordagem, comprometimento funcional, demanda psicológica, prognóstico e qualidade de vida proposta. As patologias agudas³ podem ser pré-renais, renais ou pós-renais:

- Pré-renais; comumente são mais agudas, dentre as quais desidratação e sangramento;

- Renais: doenças renais agudas mais comuns são necrose tubular aguda (NTA) representadas comumente por sepse e intoxicações e as crônicas têm como origem HAS e DM, mas também podem ser de origem reumática, glomerulopatias, infecções (nefropatia pelo HIV, BK), síndrome cardiorenal, hepatorenal, infecção urinária de repetição e rins policísticos, além de nefropatias induzidas por medicamentos, dentre as quais quimioterapias;

- Pós-renais (obstrutiva): Pode afetar em qualquer lugar do sistema, como ureteres, bexiga e uretra. Ocorre principalmente por tumores como Câncer (CA) de bexiga, CA de ureter, Hiperplasia prostática benigna, compressões extrínsecas deste sistema e sequelas terapêuticas como complicações cirúrgicas tardias, pós-radioterapia.

Além da classificação pelo sítio de acometimento descrito acima, as patologias também podem ser classificadas pelo tempo de acometimento, sendo injúria renal aguda (IRA) e doença renal crônica. Vale destacar que na IRA pode haver desde remissão completa da disfunção renal até cronicidade como seqüela, podendo ser de acompanhamento clínico conservador ou até mesmo a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS). A tabela abaixo demonstra a classificação de doença renal crônica de acordo com o clearance creatinina, sendo dada ênfase neste capítulo as doenças renais crônicas e suas particularidades.

				Categorias de albuminúria		
				A1	A2	A3
				Normal	Moderadamente aumentada (microalbuminúria)	Muito aumentada (macroalbuminúria)
				< 30 mg/g	30 mg/g – 299 mg/g	≥ 300 mg/g
Categorias de TFG (mL/min/1,73m ²)	G1	Normal ou alta	≥ 90			
	G2	Levemente diminuída	60-90			
	G3a	Leve/moderadamente diminuída	45-59			
	G3b	Moderadamente diminuída	30-44			
	G4	Muito diminuída	15-29			
	G5	Falência renal	< 15			



Risco baixo



Risco intermediário



Risco alto



Risco muito alto

Prognóstico de doença renal crônica por taxa de filtração glomerular (TFG) e categorias da albuminúria – adaptado de KDIGO 2012⁴

DOENÇA RENAL CRÔNICA

Ao longo dos últimos anos houve grande desenvolvimento na terapêutica da doença renal crônica, com novas medicações e abordagens visando evitar a progressão da disfunção para terapia renal substitutiva. À medida que há a progressão da disfunção renal, principalmente quando o Clearance Creatinina está abaixo de 30mL/minuto, mais consequências podem aparecer, como anemia, acidose metabólica, hipercalemia e redução da diurese. A abordagem nesta fase é muito complexa e interdisciplinar, devendo ser acompanhado por especialista

Quando a TFG fica abaixo de 15mL/minuto, devemos atentar para o risco de uremia e necessidade de terapia renal substitutiva. Os sintomas mais comuns são náuseas refratárias, vômitos, mal-estar, diarreia, constipação, perda de peso, discrasia sanguínea, tornando-se urgência dialítica. Vale destacar que é muito importante analisar o contexto para que tal terapêutica seja instituída.

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)⁵

De uma maneira geral, existem 3 tipos de terapia renal substitutiva: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Neste capítulo serão abordadas as 2 primeiras, tendo em ambas as características próprias e que podem se adequar ao estilo de vida de cada paciente.

Hemodiálise consiste na troca de metabólitos através da filtração sanguínea, podendo ser utilizados através de dispositivos temporários de curta permanência (cateteres comuns), longa permanência (cateteres semi-implantáveis e com cuff), dispositivos implantados (PTFE) ou fistulas arteriovenosas. Nesta modalidade o paciente se desloca até uma clínica de hemodiálise (em média 3 sessões por semana, com duração de 4h cada uma), em que ocorre a filtração e retirada de líquido acumulado pela disfunção renal. Tem como inconveniente a necessidade de deslocamento para a realização de diálise, além da possibilidade de hipotensão em pacientes mais frágeis, que não toleram a retirada de líquido em tempo tão curto.

Já na diálise peritoneal (DP) é introduzido cateter de Tenckhoff em peritônio e infundidas bolsas neste sítio, realizando a troca de fluidos e metabólitos, com retirada posterior das soluções infundidas. Existem várias modalidades de DP, mas a mais utilizada atualmente no Brasil é a diálise peritoneal automatizada (DPA), em que são infundidas e trocadas diversas bolsas à noite por meio de dispositivo automático, o que dá bastante comodidade para quem usa. Além disso, por ser um método que se faz diariamente e de forma prolongada, gera menos hipotensão, sendo uma terapia mais adequada para quem insuficiência cardíaca grave, além da comodidade de ser feita em seu domicílio, não impedindo que sejam feitos deslocamentos como em viagens. A grande desvantagem do método é um rigor ainda maior quanto a higiene pelo alto risco de

peritonite se não estiver adequado.

Em ambas TRS, uma forma de avaliar qualidade da troca de diálise é um parâmetro chamado Kt/V (K avalia volume de depuração e capacidade/performance do dialisador na remoção de substâncias do sangue corporal, t avalia o tempo de diálise e V avalia volume corporal do paciente), sendo ideal acima de 1,2. No entanto, em casos cuja fragilidade é muito grande, expectativa de vida curta e o método tem mais importância no conforto do que a qualidade de diálise no longo prazo, o Kt/V perde a importância e há a preocupação de adequar a diálise para aquele contexto, sendo chamada de diálise incremental.

CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS PARA INÍCIO DE TRS

Toda pessoa que será submetida a TRS não goza de seu melhor estado mental. É um momento de intensa fragilidade, em que muitos não querem dialisar por achar que será um intenso sofrimento, sendo impossível conviver com esta realizada, além de comumente emitir dizeres como “prefiro morrer a dialisar”. O acolhimento e a experiência da equipe que está abordando o caso devem ter essa sensibilidade, demonstrando que de fato a sua vida vai mudar, porém que é possível ser feliz, mesmo com essas novas condições.

É importante perceber que alguns pacientes estão com capacidade psicológica adequada, autonomia preservada e não querem realizar qualquer método de TRS, recusando de fato tal terapêutica, mesmo com argumentos adequados. Neste caso, é importante orientar os pacientes com os efeitos que não realização da diálise podem causar, seus sintomas e que há a disponibilidade do método caso mude de opinião. Além disso, cuidar dos sintomas, se possível de forma minimamente invasiva, é necessário quando se visa qualidade de vida e, conseqüentemente,

qualidade de morte.

SITUAÇÕES ESPECIAIS NA DRC

A disfunção renal faz com que haja uma depuração mais lentificada da maioria dos fármacos também. Além da necessidade de evitar medicações nefrotóxicas e da utilização de medicamentos nefroprotetores, em muitos medicamentos que possuem excreção urinária devem ter suas doses ajustadas conforme sua disfunção renal, diferente quando a droga é de metabolismo hepático, que não tem necessidade de correção caso esta função esteja preservada.

Muitos casos de doença renal são decorrentes ou concomitantes a algum tipo de tratamento oncológico. É muito importante que haja manejo adequado de controle da dor, desde sua identificação até seu planejamento terapêutico, concomitantemente farmacológico ou não. No caso de opioides, em muitas vezes suas doses devem ser adequadas ao grau de disfunção renal, sendo importante orientações aos pacientes e sua rede de apoio, visando evitar precocemente a intoxicação. A dor é um sintoma muitas vezes negligenciado, em que todas os profissionais de saúde envolvidos no tratamento devem identificar e sinalizar o mais precocemente possível para que haja o tratamento adequado, com importante melhora da qualidade de vida.

ESCOLHAS DE TRS NA DRC CRÔNICA

Uma questão importante quando se observa a necessidade de TRS na DRC crônica é o prognóstico, funcionalidade e expectativa de vida. O cenário individual de cada paciente é único, desde sua(s) patologia(s) de base, até valores e rede de apoio. Estar perdido nos seus valores e uma rede de apoio muito fragilidade pode inclusive alterar o discernimento

para escolha do método.

É necessário que o profissional que avalie cada caso seja bem informado quanto as características de cada método, bem como analise bem o contexto, para que possa ser indicado um método ou não.

Um prognóstico muito ruim, com expectativa de vida muito curta pode ser definitivo quanto a usar alguma TRS ou não. Ter um prognóstico preciso é muito difícil. Uma ferramenta que pode ajudar em alguns casos, principalmente câncer, é o PAP Score, que avalia a sobrevida em 30 dias. De todo modo, uma vez identificado que há uma expectativa de vida curta, caso o paciente esteja em condições psicológicas para discutir, é importante demonstrar e orientar quanto as possibilidades terapêuticas.

Nem sempre em uma progressão doença oncológica é uma contraindicação a TRS, pois essa progressão pode ser mais indolente ou não. Um exemplo que ocorre em muitos casos no nosso país é o câncer de colo de útero. Ainda que inicialmente seja uma etiologia pós-renal, com tratamento através de implante de duplo J ou nefrostomia, com sua progressão possa não ser possível mais este tipo de abordagem e evoluir para DRC. Neste caso, como a paciente ficará anúrica, caso ela não faça HD poderá evoluir com dispneia por congestão devido ao acúmulo de líquido, que deixará o balanço hídrico positivo. Como é uma doença que pode ser indolente, uma boa opção seria o implante de cateter de longa permanência para hemodiálise. Pode não haver tempo suficiente para uma maturação adequada da fístula arteriovenosa, bem como um alto risco de cicatrização inadequada pela desnutrição e sarcopenia que vem associada a essa patologia.

Outra situação comum com o envelhecimento da população é a demência com sua progressão de doença. A depender do nível de fragilidade e seu PPS, a TRS pode ser um risco. Tanto HD como diálise peritoneal, têm seus cuidados específicos, além de alterar a logística da

família para que o cuidado seja eficiente. Deve-se levar em consideração se essa insuficiência renal, assim como nos outros órgãos, não faz parte do processo natural do envelhecimento, sendo muito importante a comunicação, orientação e cuidado com os cuidadores responsáveis do caso. Outra situação comumente associada a estes casos é a disautonomia importante, o que também por tornar inviável a TRS.

Existe também a falência de acesso vascular, outra importante condição no meio nefrológico. A falência de acesso vascular tem a característica do paciente estar com funcionalidade não tão comprometida, porém que pode ser incompatível com a vida caso perca o último acesso. Nestes casos, o paciente vira uma das principais prioridades em fila de transplante renal, pois não há outra forma de viver, visto que o rim é um órgão vital, sem ser capaz de realização de TRS. É importante destacar que em muitos casos, a causa *mortis* do paciente será insuficiência renal crônica por falta de acesso vascular, sendo muito importante o diálogo e acolhimento com todos os envolvidos neste processo, profissionais de saúde inclusive, pois o *burnout* é muito comum entre os últimos.

Conforme explicado anteriormente, tanto HD como diálise peritoneal têm características específicas, que podem ser adequadas a um paciente ou não. Enquanto na HD há menos restrição quanto a conviver com animais e usufruir de piscina/praias quando o paciente por FAV ou PTFE, o paciente fica com necessidade de estar sempre vinculado a alguma clínica, o que impede muitas vezes um deslocamento mais prolongado como viagem. Já a diálise peritoneal fornece uma liberdade maior aos pacientes no deslocamento, além de ser mais bem tolerada em pacientes com disautonomia e insuficiência cardíaca, porém é necessário um cuidado e treinamento intenso ao paciente e familiares, pois há sempre o risco de peritonite. Vale destacar que, em pacientes idosos um pouco

mais frágeis, a confecção de FAV ou PTFE pode representar um risco maior por causa do shunt induzido por tais procedimentos, podem piorar HVE. A depender da expectativa de vida analisada, o cateter de longa permanência também pode ser uma solução definitiva, pelo fato de ser implantando somente em veia, não causando esse shunt.

Além dessas situações citadas acima, existem os pacientes com boa funcionalidade, sem doença ameaçadora da vida que não seja a disfunção renal propriamente dita, que optam por não dialisar. É importante destacar que devemos avaliar sempre a questão psicológica. A TRS substitutiva muda a vida do paciente e de seu entorno, mesmo nos casos em que há boa adesão. Para que haja um diálogo produtivo, é importante identificar a característica de cada pessoa para que se possa indicar o método adequado. A indicação de um método com baixa adesão para aquela pessoa pode acabar com a construção de uma orientação adequada para ele. Valores, sejam religiosos, pessoais, filosóficos ou outros, devem estar presentes na decisão, nunca esquecendo o princípio da autonomia. Se mesmo com adequada abordagem não houver adesão a TRS, deve-se respeitar o princípio da autonomia, informando as consequências de sua não realização e dando a oportunidade de novas conversas futuramente, além do manejo de sintomas que provavelmente aparecerão em função da DRC.

Seguindo os princípios dos cuidados paliativos definidos pela OMS⁶, é necessário integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente, não apressar ou adiar a morte com sofrimento (distanásia) e usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. A abordagem é sempre individualizada, levando-se em consideração todas as abordagens terapêuticas possíveis, seja com tratamento conservador ou não, alinhados

com seus valores.

Torna-se importante reafirmar que a vida e a morte são processos naturais, devendo fornecer alívio para seus sintomas em qualquer que seja a terapêutica instituída. Vale destacar que alguns dos sintomas, dentre eles a uremia, pode ter importante alívio somente com TRS. Conforme explicado anteriormente, uma possibilidade de realização de diálise incremental visando controle dos sintomas deve ser oferecida nestes casos, não sendo desproporcional o uso do método que tem como objetivo a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O manejo da DRC pode ser extremamente desafiador, visto que envolvem mudança drástica na qualidade de vida, medo de como será este novo desafio, grande noção prognóstica da(s) patologia(s) de base e sensibilidade para identificar o método para cada um. A melhor de abordagem deve ser feita através da inserção do paciente e familiares no cuidado, com adequado acolhimento e criar uma decisão em conjunto para o melhor manejo de cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEARD JR, OFFICER AM, CASSELS AK, ET AL. ADDING HEALTH TO YEARS. WORLD REPORT ON AGEING AND HEALTH. LUXEMBOURG: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2015;3-22.
[HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/186463](https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463)
2. NERBASS FB, LIMA HN, THOMÉ FS, VIEIRA NETO OM, SESSO R, LUGON JR. BRAZILIAN DIALYSIS SURVEY 2021. J BRAS NEFROL. 2023 APR-JUN;45(2):192-198.

[HTTPS://DOI.ORG/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083EN](https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083EN)
PMID: 36345998; PMCID: PMC10627134.

3. LAMEIRE N, VAN BIESEN W, VANHOLDER R. ACUTE RENAL FAILURE. LANCET. 2005 JAN 29-FEB 4;365(9457):417-30.
4. CHAPTER 1: DEFINITION AND CLASSIFICATION OF CKD. KIDNEY INT SUPPL (2011). 2013 JAN;3(1):19-62. [HTTPS://DOI.ORG/10.1038/KISUP.2012.64](https://doi.org/10.1038/kisup.2012.64) PMID: 25018975; PMCID: PMC4089693.
5. IO, H., NAKATA, J., INOSHITA, H. ET AL. LITERATURE REVIEW: COMBINED THERAPY WITH PERITONEAL DIALYSIS AND HEMODIALYSIS AS RENAL REPLACEMENT THERAPY. REN REPLACE THER 8, 38 (2022). [HTTPS://DOI.ORG/10.1186/S41100-022-00428-1](https://doi.org/10.1186/s41100-022-00428-1)
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. PALLIATIVE CARE. [HTTPS://WWW.WHO.INT/EUROPE/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/ITEM/PALLIATIVE-CARE](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care) ACCESSED DECEMBER 07, 2023.

BIOÉTICA CLÍNICA E VALOR EM MEDICINA INTENSIVA: UMA REFLEXÃO

João Andrade Sales

INTRODUÇÃO

Em torno de 25 % de todas as mortes nos Estados Unidos (EUA) ocorrem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e, nestes casos, decisões sobre limitação terapêutica ou suspensão de terapias invasivas precisaram ser tomadas¹. No Brasil, estas situações estão cada vez mais presentes nas UTIs^{2,3}. Nas UTIs estadunidenses, e em todo o mundo, temos um cenário singular no objeto deste tópico: chega-se a relatos de autonomia comprometida em até 95 % dos pacientes internados, seja pela própria doença e/ou pelo tratamento necessário (sedativos e outras medicações que podem comprometer a consciência e capacidade de julgamento)^{1,4}. O quanto percebemos e sabemos lidar com os problemas éticos envolvidos? O quanto questões da Bioética Clínica podem impactar em valor na medicina intensiva?

A avassaladora incursão técnica na medicina do século XX e com novidades crescentes neste século, vide o avanço da inteligência artificial, da robótica, da engenharia genética, não parecem mostrar-se suficientes para uma abordagem da assistência em sua plenitude. A massificação dos atendimentos em saúde, os nosocômios numa verdadeira esteira de produção: internação-múltiplos exames-diagnóstico-tratamento-alta (ou óbito), numa intensificação do tecnicismo sem uma reflexão proporcional de valores (aqui numa referência a ética), geram um estresse moral. Este modelo burocratizado e metrificado em planilhas de gestão de resultados tem ocasionado uma perda de significado da assistência e consequente aumento da frustração dos profissionais de saúde e insatisfação dos

pacientes não assistidos em sua integralidade. O sistema também insatisfeito com a elevação dos custos e, neste paralelo, com essa assimetria na percepção de valor, sofrem questionamentos em sua sustentabilidade econômica e moral. Nossa gestão das UTIs com planilhas, protocolos, indicadores bem monitorados, estão sendo suficientes? Numa perspectiva contemporânea, onde a complexidade é crescente, afirmamos que não. Há dados que as planilhas gerenciais não tem como ver com as lentes antigas. Mas são essenciais. Num mundo onde o pensamento exige uma percepção sistêmica cada vez mais ampla, haja vista a sustentabilidade de sistemas complexos como a do planeta Terra, nossa sobrevivência individual e coletiva, do meio ambiente, de todos os seres. Morin nos alerta neste sentido: “As ameaças mais graves em que incorre a humanidade estão ligadas ao progresso cego e incontrolado do conhecimento”⁵. O autor complementa exemplificando o uso de armas termonucleares, desregramento ecológico, dentre outros. Temos a impressão que vivenciamos o mesmo na Medicina Intensiva. Progressos extraordinários, sim. Mas, em nosso ecossistema das UTIs não estaríamos incorrendo no mesmo risco? A Bioética demanda esta ampliação de percepção, sem nenhuma promessa de verdade absoluta, e veremos mais adiante em sua definição, concepção e inserção como Bioética Clínica.

Ainda nessa introdução lembro de inúmeros casos, um deles, a sra X, 85 anos, sempre afirmara nunca desejar padecer numa UTI. Faleceu após múltiplos procedimentos distanásicos, um prolongamento com sofrimento, não desejado obviamente, amparado num modelo de salvar vidas. Manter corpos vivos. Ora, no caso da sra X, não estava claro a percepção de desejos prévios e não havia uma Diretiva Antecipada de Vontade formalizada. Ora, ainda é bastante infrequente tal documento no Brasil. Um familiar próximo afirmou nunca ter havido uma comunicação

clara sobre benefícios e malefícios, sobre partilhar com os familiares estas questões tão importantes⁶. Nos falta muitas vezes comunicação efetiva, sensibilidade, coerência, razoabilidade. O objeto distanásico em que se tornou esta paciente parece refletir uma certa naturalização do sofrimento; ou sua percepção em uma dimensão “que seria menos grave”, ou “não tão grave quanto aparenta”; como se um dripping de um sedativo-analgésico fosse suficiente para atenuar ou suprimir aquele martírio; como se o componente biológico fosse o único neste calvário, dissociado de percepções existenciais, emocionais, espirituais, enfim, muitos outros valores. E, evidente aqui, a sobrevivência das instituições públicas e privadas, do sistema de saúde como um todo. Parecem crescer nas UTIs essas abordagens pouco refletidas. Pacientes sob esmerada abordagem técnica, avaliação ventilatória, perfusional, inflamatória seguindo protocolos, check-lists; avanços técnicos que proporcionam o salvamento de muitas vidas e, espera-se, aptas a retornar a uma vida produtiva. De fato, a preocupação com o uso racional de recursos é crescente e aparece na campanha *Choosing Wisely* no Brasil, iniciativa da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)^{7,8} que lançou um documento com cinco recomendações, onde destacamos para o objeto deste capítulo a quinta recomendação que trata da limitação de suporte avançado em pacientes sem possibilidade de recuperação. A recomendação é importantíssima e coloca em discussão não somente uma avaliação técnica acurada, mas o desafio da legitimação da autonomia, da decisão compartilhada, do reconhecimento dos valores envolvidos biográficos, culturais, espirituais, existenciais. Levantamos então o imenso desafio bioético, além da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça. Todos estes princípios estão permeados por imprescindíveis reflexões sobre qualidade de vida e nossa capacitação para ir além do conhecimento puramente técnico, este por si insuficiente para lidar com

questões tão profundas quanto a vida que vale a pena ser vivida e sua interface cotidiana com decisões de não reanimação cardiopulmonar (DNR), as questões de limitação terapêutica e não introdução de procedimentos invasivos em UTI. A preocupação com a crescente distanásia, obstinação terapêutica, tratamentos fúteis, faz crescer o movimento bioético no Brasil, assim como a Medicina Paliativa. A área de estudos dos Cuidados Paliativos (CP) envolve a bioética em muitas decisões, incluindo as de final de vida, não raro tomadas nas UTIs. Ambas possuem uma interface de colaboração que tem ajudado a lidar com os inúmeros dilemas que se apresentam na terminalidade e nos últimos dias ou semanas de vida. Internar ou não numa unidade intensiva; limitar a terapêutica ou suspender medidas invasivas; instalar uma via alimentar acessória (sonda naso-gástrica ou gastrostomia) ou não; a indicação de sedação paliativa, dentre muitas outras questões. No novo Código de Ética Médica (CEM)⁹, no capítulo I, inciso XXII, há um posicionamento neste ponto: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Neste sentido, também citaremos a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2.156/2016 quanto a critérios de admissão nas UTIs¹⁰, estabelecendo cinco níveis, onde no último nível coloca: “Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”. Fundamental o papel do intensivista, sim, mas o risco de uma autonomia paternalista existe, sem levar em consideração o protagonista da própria vida ou seu

responsável legal.

Nossa preocupação como bioeticistas é a insuficiência da ética deontológica, dos deveres e normas. Não é suficiente colocar avisos com normas éticas ou distribuir exemplares do CEM. A educação continuada se faz necessária, a percepção além da técnica, os valores culturais, as origens do adoecimento individual e coletivo. Precisamos ampliar as reflexões sobre os limites e possibilidades das novas tecnologias, e, independente do recurso utilizado, o que, de fato, estaria no melhor interesse para aquele paciente, em sua singularidade. Podemos afirmar que todos os atores envolvidos, pacientes, responsáveis legais, profissionais de saúde, gestores, tem muito a ganhar numa proposta racional, técnica, mas também contemplada pela prudência e deliberação moral de nossas ações. Desde Hipócrates (460 a.C) e seu juramento a ética médica vem buscando atualizar-se e buscar o que seria melhor para o enfermo. E assim, um trecho do referido juramento coloca: “Aplicarei os regimes para bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém(...)”. Embora fique evidente uma autonomia paternalista, é importante notar os princípios da beneficência e não-maleficência. O que diria o referido médico grego numa visita a uma UTI do século XXI? Uma reflexão.

SURGIMENTO DA BIOÉTICA

E, como veremos, o surgimento da Bioética na década de 1970 vem das reflexões do estadunidense Van Ressenler Potter e da fundação do Kennedy Institute of Ethics por André Hellegers, esta vinculada a Georgetown University, na cidade de Washington nos Estados Unidos. Potter cria a metáfora da ponte, esta que faria a interface das ciências da natureza e as humanidades, é preciso refletir um desenvolvimento

sustentável e indissociável da sustentabilidade biológica moral do homem, de todos os seres. Aqui já poderemos definir a Bioética como o estudo e reflexão sistemáticos das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, utilizando-se de argumentos morais para validar determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida dos humanos e de todos os seres vivos. Este campo do conhecimento, a bioética, surge da necessidade de refletir sobre os aspectos morais relacionados ao avanço científico, o comportamento humano e o impacto nas sociedades. O grande avanço nas pesquisas, a experimentação em humanos, as guerras geopolíticas, conflitos de raça, escárnio com população de vulneráveis (idosos, deficientes físicos, portadores de distúrbio psiquiátrico)¹¹, confrontaram o saber científico com o que Van Rensselaer Potter denominou de sabedoria moral. A obra *Bioética – Uma Ponte para o Futuro* (Potter, 1971) é um marco na genealogia deste campo. O neologismo *bioethics* surge então em 1970 na junção dos termos gregos *bíos* (“vida”) e *ethos* (“morada”, “caráter”, “costumes”, “moralidade”)¹². Desde as décadas de 1950 e 1960 do Século XX este autor já ponderava a conciliação do avanço da ciência com outros saberes, em especial com a compreensão de valores, o impacto social e ecológico, a ética. Uma ponte entre o saber científico e as humanidades. A ponte simbolizando esse imprescindível caminho interdisciplinar, uma demanda dos dilemas morais relacionados ao avanço tecnológico e das pesquisas biomédicas, além dos movimentos sociais organizados, como o movimento negro, o feminismo, a defesa dos povos originários. A bioética abre um campo de reflexão concernente aos valores que permeiam estes caminhos referidos; um elo com todos os seres do planeta. Este campo interdisciplinar vem tensionar as reflexões para a legitimação dos atos que podem afetar todas as relações e a vida como um todo. Estamos já posicionando a relação entre fatos, deveres e valores¹³. Nossas ações têm consequências, tanto no

plano individual como coletivo. Pensemos na contemporaneidade: como ratificar dentro de um sistema de valores reconhecido o que estará no melhor interesse individual e coletivo? Poderemos pensar num caminho utilitarista de reconhecer as melhores ações como aquelas que irão trazer a maior possibilidade de realização para o maior número possível de indivíduos, uma busca do maior bem-estar possível. A busca dos melhores caminhos e melhores consequências possíveis. A vacinação em massa durante uma pandemia é um bom exemplo do pensamento coletivo, dos limites da liberdade individual e o bem estar e sobrevivência biológica e moral de uma sociedade.

Lembremos ainda de outro caso de grande repercussão e importância para a bioética. Vincent Lambert, enfermeiro, francês, 33 anos, foi vítima de um acidente motociclístico em 2008 que o deixou em estado vegetativo permanente e tetraplégico¹⁴. O caso suscitou questões éticas complexas. Na França é autorizado o não uso de tratamentos desproporcionais. Suspender a hidratação e a dieta enteral entrariam nesta proposição da lei? Qual o limite entre o ético e o legal? Após anos de debate nesta última questão, foi legalmente decidido, a pedido da esposa e irmãos do paciente, pela suspensão de tais medidas e Lambert faleceu em 11 de julho de 2019. Este capítulo não se propõe a resolver o imbróglio entre princípios da qualidade de vida e da sacralidade da vida (o valor da vida estaria ligado a uma transcendência, Deus, por exemplo, para algumas crenças e deve ser legitimada, valorada, jamais violada. A interrupção de procedimentos mantenedores da vida causaria uma quebra nessa percepção do sagrado). Neste último ponto o Papa Francisco lamentou a morte de Lambert e questionou nossa civilização¹⁵: “que civilização que estamos construindo que elimina pessoas cujas vidas consideramos não sejam mais dignas de serem vividas?”. E ele conclui: “toda vida tem valor, sempre”. Os casos midiáticos fazem o mundo refletir coletivamente sobre

o sofrimento. Em seguida, somos desviados para o cotidiano da vida, naquela ilusão da imortalidade, onde jamais seríamos atingidos por tal destino. De fato, a vulnerabilidade humana potencializada no adoecimento nos desafia a engendrarmos uma abordagem que possibilite uma percepção ampliada do todo. Se fossemos integrantes do Comitê de Bioética local, como ponderaríamos estas questões? Na percepção de quem e de que valores? Como conjugar princípios tão importantes como o da qualidade de vida e da sacralidade da vida com aspectos legais, culturais? Vamos citar adiante algumas ferramentas da bioética que podem contribuir para esse caminho. Lembrando da laicidade deste campo, do respeito à pluralidade de valores, de sua interdisciplinaridade, das narrativas que darão cores às reflexões bioéticas. Veremos algumas ferramentas do campo bioético. Por ora, o caso Seattle.

“COMITÊ DE VIDA E DE MORTE”

O que motiva os estudiosos citados na gênese da Bioética foram os avanços pouco refletidos da ciência, os escândalos em pesquisas médicas, a incorporação de novas tecnologias e critérios de elegibilidade, dentre muitas outras questões. Um exemplo esclarecedor foi o caso da introdução dos primeiros aparelhos de diálise renal em Seattle, Washington. Não havia disponibilidade deste novo recurso para todos, e quais critérios seriam utilizados para elegibilidade para a diálise? Na ocasião foi criado o denominado “Life and Death Committee”, composto por membros da comunidade local, que teriam que decidir tal elegibilidade. A denominação do comitê já faz alusão as consequências das decisões tomadas¹⁶. O princípio básico de que todos precisam ser salvos ou o princípio que considera a vida como o bem maior mostraram-se insuficientes para resolver a questão. Estariam elegíveis os mais jovens,

pela possibilidade de terem uma vida produtiva pela frente? Ou os mais graves? Ou os que pudessem pagar pelo procedimento? Sobre alguns critérios do referido comitê o criador do método dialítico citado questiona o uso de critérios sociais: “Devemos permitir a hemodiálise apenas em pacientes casados, que vão à igreja, têm filhos, têm emprego, bom salário e colaborem com ações comunitárias?”¹⁷.

Certamente podemos lembrar do episódio recente da pandemia de Covid-19. As emergências lotaram, as UTIs não tiveram como fazer face a imensa demanda por vagas, e quais critérios utilizar para a definição de vagas: ordem de chegada? os mais graves? os mais jovens primeiro? Porque os mais idosos seriam preteridos, depois de anos de doação e trabalho para a sociedade? Vemos numa reflexão ampliada que argumentos puramente técnicos serão insuficientes. Chegar a um consenso significa chegar a uma solução o mais razoável possível. Não está no escopo deste capítulo o aprofundamento de decisões éticas em situações de catástrofes. Mas trazer as provocações e situar questões éticas que envolvem decisões difíceis.

COMITÊS DE BIOÉTICA

Desde sobretudo a década de 1970, a demanda por Comitês de Bioética hospitalares é crescente. Lembremos o Caso Karen Ann Quinlan. Em 1975, Karen, uma jovem de 21 anos, permanece em estado vegetativo persistente após uma parada cardio-respiratória. Mantida sob ventilação mecânica e alimentação por sonda enteral, o caso vai parar na Justiça para autorização de interrupção das medidas de suporte. Ocorre uma demanda judicial para que o Comitê de Bioética local opinasse. Não havia tal comitê, tendo sido necessário sua criação. Interrompido o suporte ventilatório artificial, após decisão amparada por decisão judicial, Karen

ainda viveria 9 anos com a dieta enteral mantida. Não é objeto deste capítulo aprofundar nesta questão, mas a pergunta para reflexão é importante e sensível: “viveu” mais 9 anos? De que vida estamos falando? Qual vida vale a pena ser vivida? Na percepção de quem, de que princípios? Como os leitores percebem a situação, e como gostariam que agissem se estivessem em situação semelhante? Podemos afirmar que estas reflexões são essenciais, e fazem parte das demandas educativas de um Comitê de Bioética ativo. Não há uma resposta única se considerarmos a pluralidade de valores e percepções. Encontrar um caminho de maior razoabilidade, maior prudência, apoiado legalmente, pode ser amparado por tais comitês; construindo uma cultura institucional de ampliação de percepções. Entendemos que é um percurso que poderá atenuar o estresse moral, a insatisfação com o sistema de saúde, a judicialização crescente, o adoecimento dos profissionais e das instituições.

A propósito da existência de tais comitês o CFM elabora a recomendação N. 8/2015¹⁸: “Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética”. E quanto a constituição de Comitês de Bioética nos hospitais e se refere aos mesmos: “Comitê de Bioética é um colegiado multiprofissional de natureza autônoma, consultiva e educativa que atua em hospitais e instituições assistenciais de saúde, com o objetivo de auxiliar na reflexão e na solução de questões relacionadas à moral e à bioética que surgem na atenção aos pacientes”. A referida entidade assim coloca em relação as funções do Comitê de Bioética:

- a) Dispor sobre e subsidiar decisões sobre questões de ordem moral.
- b) Sugerir a criação e a alteração de normas ou de documentos institucionais em assuntos que envolvam questões bioéticas.
- c) Promover ações educativas em Bioética.

E reforça que não são funções dos Comitês de Bioética: a) Impor decisões. b) Assumir a responsabilidade do consulente. c) Emitir juízos de valor sobre práticas profissionais. d) Exercer controle sobre práticas profissionais. e) Realizar perícias.

A recomendação está em consonância com a percepção do aumento da complexidade nos hospitais, da judicialização, da imperiosidade de agregar um grupo com expertise na área e utilizando ferramentas da bioética, seja o principialismo com seus princípios norteadores (Autonomia, Beneficência, Não-maleficência, Justiça) seja pela inclusão de outras correntes como a ética das virtudes, o utilitarismo, o casuísmo. Faremos uma referência sucinta a algumas destas correntes adiante.

O Principialismo

O Principialismo se inicia com a publicação *Princípios da Ética Biomédica* dos estadunidenses Tom Beauchamp e James Childress, em 1979²⁰. A proposta é de uma ética aplicada aos problemas médico-assistenciais. Princípios ajudam a apontar um caminho para a estruturação do pensamento moral. Estes autores consideram como norteadores: o respeito a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça.

Do ponto de vista etimológico, a palavra autonomia deriva do grego *autos* [próprio] e *nomos* [regra, governo ou lei]. Podemos nos referir a uma capacidade de agir conforme suas escolhas e desejos²⁰. Se voltarmos o olhar para os pacientes internados com uma doença ameaçadora da vida, podemos inferir um risco real na potencialização da autonomia e, como vimos na abertura do capítulo, estará comprometida na maioria dos pacientes nas UTIs.

Como assegurar, então, que seu plano de vida será respeitado?

Temos uma complexa questão ética imposta. E, como já vimos, não raro caberá a terceiros, a decisão mais acertada. Não é simples fazer prevalecer os princípios da beneficência e da não maleficência. A limitação terapêutica é eticamente e legalmente aceita. O pressuposto do respeito a autonomia e agir visando o melhor interesse para o paciente são pilares importantes que reforçam a afirmação anterior. Respeitar a recusa de uma cirurgia, de um procedimento invasivo, de não ser submetido à reanimação cardio-pulmonar; sim, são situações que podem estar legitimadas dentro dos valores do paciente, do respeito a sua autonomia, e bastante coerentes e proporcionais dentro de um cenário singular. Estabelecer uma comunicação clara com a família, os responsáveis legais, a equipe multiprofissional, documentar no prontuário médico. Quando não é mais possível um tratamento curativo, a vida pode e deve continuar sendo significada e com acolhimento pela sociedade.

O empoderamento com as chamadas Diretivas Antecipadas de Vontade, já previstas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), podem evitar estas violações de valores e atuarmos sempre no melhor interesse do paciente. Assim está na Resolução (N. 1.995/2012)²¹: Art. 1º “Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade”.

Em relação ao princípio da não maleficência, remonta a tradição deontológica hipocrática, *primum non nocere* (acima de tudo, não cause danos). Nem sempre os limites entre beneficência e não maleficência

ficam evidentes²⁰. O que poderia ser melhor para um paciente em morte iminente, em um quadro irreversível na UTI: manter os aparelhos de suporte artificial é beneficente ou maleficente? Assegurar analgesia adequada, presença da família, higiene adequada do corpo, seguramente estaremos afirmando a dignidade da vida, valorando a biografia. Entendemos que a dificuldade anterior de distinguir em alguns casos o dano do não-dano, se amplifica cada vez mais nas tecnológicas UTIs hodiernas. Uma indagação inicial pode nos ajudar muito: As medidas instituídas estão proporcionais ao benefício esperado para um determinado quadro?

O princípio da justiça traz à tona o problema da contraposição de interesses individuais e os da sociedade. Em situação de limitação de recursos, quem deveria ter prioridade em determinado tratamento? Quando surgiram as primeiras máquinas de hemodiálise não havia disponibilidade para todos os portadores de insuficiência renal grave. Como selecionar os pacientes da forma mais justa? E a relação com os demais princípios? Visaria encontrar soluções para os conflitos da vida coletiva. Em uma sociedade com sérias assimetrias, a bioética brasileira encontra neste princípio um campo amplo de discussão na justiça distributiva.

Ética das Virtudes

Quando refletimos a bioética e tratamos de qualificar nossas ações, ressalta a importância do agente moral. A qualificação moral, podemos referir como uma virtude, um atributo positivo do agente referido. O agir de forma beneficente extrapola o cumprimento de normas, é uma inclinação natural do indivíduo. Para Aristóteles, a virtude é essencialmente adquirida pela repetição de atos moderados. A virtude é o

resultado do costume de agir prudencialmente²².

Vemos que não será suficiente um conjunto de princípios éticos. Qualquer dissociação do profissional de saúde reflexivo, ponderado, aumenta o risco de escolhas inadequadas, ameaças a autonomia; riscos no uso não refletido da biotecnociência. Se desenvolvemos essa vocação para virtudes morais tenderemos a fazer boas escolhas. Podemos nos referir a virtude moral da prudência [do grego *phronesis*], de grande importância para Aristóteles. A decisão mais acertada está relacionada à sabedoria prática da prudência¹³. Vemos uma característica valorativa na ética das virtudes que contribuirá fortemente na deliberação médica. Subjugados a um sistema onde a técnica ganha importância excessiva e temos de nos adaptar a uma verdadeira cadeia de produção, a prudência é vital para seguirmos uma linha de cuidados que seja a mais coerente possível^{23,24}.

Diego Gracia, sintetiza bem a importância da reflexão aprofundada em cada caso para tomarmos o melhor curso de ações: “O estudo dos dilemas éticos do final da vida não tem por objetivo resolvê-los em definitivo, mas, antes de tudo, compreendê-los de forma adequada, entendendo os argumentos das distintas posturas, seu peso e suas limitações, de modo tal que possamos ter elementos suficientes para a realização de juízos ponderados e prudentes¹³.” Assim, como já nos referimos, a Bioética não se propõe a apresentar verdades absolutas, mas, por meio de reflexões, utilizando-se de ferramentas teóricas e experiência prática, propor o curso de ações mais razoável, prudente, em uma deliberação interdisciplinar. Gracia ainda complementa no mesmo texto: “O dever não se caracteriza apenas pela tendência inata ao ótimo, mas também pelo conhecimento da situação, pela análise minuciosa das circunstâncias do ato e pela ponderação sobre suas consequências.”

IDEA - MODELO DE TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Apresentaremos para finalizar este texto um modelo estruturado para as tomadas de decisão. O IDEA foi baseado no Community Ethics Toolkit da University of Toronto Joint Centre for Bioethics²⁵. Embora possamos fazer algumas críticas, pode ajudar a estruturar as decisões em Bioética Clínica, incluso na complexidade das UTIs. Embora o modelo possa ser aplicado também nas decisões éticas institucionais, focaremos nas decisões clínicas. A deliberação é estruturada a partir de quatro passos: Identificar os fatos; Determinar os princípios éticos relevantes; Explorar as opções; Agir. Devem ser levadas em consideração cinco condições nestas quatro etapas ou passos referidos: empoderamento (referimos neste capítulo a autonomia paternalista, onde há uma assimetria de poder, enviesando a melhor decisão para o paciente); a publicidade: as decisões e suas justificativas devem ser transparentes e acessíveis ao paciente e todos os envolvidos; relevância: as decisões devem ser baseadas em princípios, argumentos, evidências; revisões e recursos: oportunidades para rever decisões, para objeção de consciência, para resolução de conflitos; e conformidade: o processo de tomada de decisão deve ser revisto para assegurar que todas condições foram satisfatoriamente cumpridas. Para cada etapa existem perguntas a serem respondidas e sinalizadas numa planilha. Para finalizar o modelo coloca algumas questões provocativas: “Estamos confortáveis com a decisão tomada?”; “Se essa decisão e suas razões fossem publicadas no jornal de amanhã, seríamos capazes de justificar ou defender adequadamente a deliberação tomada?”. Foge ao escopo deste capítulo esmiuçar este modelo deliberativo. De qualquer forma, as duas perguntas trazem fortes reflexões, incluindo se estamos de fato sendo eficazes em acompanhar eticamente as decisões técnicas que tomamos em nossas UTIs. E, sobretudo, se estamos confortáveis com o

cenário atual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É um grande desafio qualificar a vida nos ambientes nosocomiais cada vez mais sob alta tecnologia. Desafios éticos cada vez mais frequentes para profissionais de saúde e pacientes. Afinal, a legitimação da autonomia é um dos pontos incontornáveis nessa reflexão; seja pela decisão compartilhada, pelo respeito aos desejos prévios; agir no melhor interesse para o paciente é um princípio fundamental. A Bioética Clínica pode agregar muito valor a Medicina Intensiva, permeando de fortes contribuições reflexivas, argumentativas, questões com grande repercussão na sustentabilidade moral e econômica dos ecossistemas das UTIs e do sistema de saúde como um todo.

Construir valor em Medicina Intensiva suscita a construção de um diálogo diário sobre as questões complexas que permeiam o cotidiano dos intensivistas, incluso as questões éticas, e repensar nossos caminhos. Se os Comitês de Ética hospitalar tem um função mais passiva, os Comitês de Bioética ou de Bioética Clínica tem uma atribuição mais ampla, educativa, normativa, consultiva, com possibilidades de interface com setores importantes, seja o jurídico, a qualidade, Comitê de Ética em Pesquisa, os gestores da instituição. Estimular o pensamento, as reflexões sobre o uso da biotecnociência, seus benefícios, seus eventuais danos, as consequências do uso indiscriminado^{26,27}. A obstinação terapêutica e a distanásia, realidades que não podem ser naturalizadas; outrossim, deveriam colocar o sistema em profundas reflexões. É coerente discutir custo e efetividade em um modelo adoecido, enviesado, contabilizando em corpos objetificados? Já não são suficientes os protocolos, checklists, diretrizes, que não incluam a percepção da moralidade do que fazemos. O

estímulo ao que chamamos de “*exercício bioético*” nos rounds ou rondas multidisciplinares nas UTIs, procurando identificar as questões éticas envolvidas e o percurso para a deliberação mais assertiva. Temos um dever moral e, usando de uma perspectiva Kantiana²⁸, é essencial que nos ergamos acima de um ponto de vista pessoal; a idéia de ampliação de percepções que fizemos alusão no texto; de fazermos uso proporcional de recursos, agirmos com prudência, utilizando ferramentas da bioética. É um exercício. Um movimento tal qual Aristóteles se referia na aquisição das virtudes. A virtude é o resultado do costume de agir prudencialmente²². Urge a reflexão em momento de busca incessante da imortalidade. Ou muito em breve teremos pacientes internados ad eternum nas UTIs. Nunca morrerão. Mas, estarão de fato vivos, existindo? Aonde queremos chegar?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VINCENT JL, MARINI JJ; BELOMO R. TEXTBOOK OF CRITICAL CARE; 8TH EDITION. 2023. P. 1297-1298. WWW.ELSEVIER.COM
2. MORITZ, RD. SOBRE A MORTE E O MORRER. RBTI 2005;17:5.
3. SALES JÚNIOR, JAL, DAVID CM, SOUZA PCSP. SEPSE BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA BRASILEIRAS. RBTI - REVISTA BRASILEIRA TERAPIA INTENSIVA, v. 18, n. 1, 2006.
4. TRUOG RD ET AL. RECOMMENDATIONS FOR END-OF-LIFE IN INTENSIVE CARE UNIT: A CONSENSUS STATEMENT BY THE AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE. CRIT CARE MED, v. 36, n. 3, 2008. p. 953-63.
5. MORIN E. INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO COMPLEXO. EDITORA SULINA. 5ª EDIÇÃO. P. 9
6. MONTEIRO MC. A MORTE E O MORRER EM UTI. ED. APPRIS. 2017
7. LOBO SM; MENDES CL; REZENDE E. CHOOSING WISELY PARA A MEDICINA INTENSIVA. REV. BRAS. TER. INTENSIVA 32 (1). JAN-MAR 2020.

8. CHOOSING WISELY | PROMOTING CONVERSATIONS BETWEEN PROVIDERS AND PATIENTS. CHOOSINGWISELY.ORG. [HTTP://WWW.CHOOSINGWISELY.ORG/](http://www.choosingwisely.org/) . PUBLICADO EM 2019.
9. CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. RESOLUÇÃO NO 2.217/2018. PUBLICADO EM 2018. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://CEM.CFM.ORG.BR/](https://cem.cfm.org.br/)
10. CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016, DE 28 DE OUTUBRO DE 2016. ESTABELECE OS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PORTAL.CFM.ORG.BR/](https://portal.cfm.org.br/)
11. BEECHER HK. ETHICS AND CLINICAL RESEARCH. N ENGL J MED 1966; 274:1354-1360.
12. POTTER VR. BIOETHICS, BRIDGE TO THE FUTURE. 1ST EDITION. PRENTICE-HALL, 1971
13. GRACIA D. PENSAR A BIOÉTICA. METAS E DESAFIOS. EDIÇÕES LOYOLA. 2010
14. VINCENT LAMBERT. DOCUMENTÁRIO DA BBC. 2019.
15. VATICANO. SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA, 5 DE MAIO 1980. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.VATICAN.VA/ROMAN_CURIA/CONGREGATIONS](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations)
16. REGO S, PALACIOS M, SIQUEIRA-BATISTA R. BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. ED. FIOCRUZ. 2009
17. CHILDRESS JF. WHO SHALL LIVE WHEN NOT ALL CAN LIVE ? IN: EDWARDS RB, GRABER GC. BIOETHICS. CHICAGO: HARCOURT, 1988: 749.
18. CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 8, DE 12 DE MARÇO DE 2015. PUBLICADO EM 2015. RECOMENDA A CRIAÇÃO, O FUNCIONAMENTO E A PARTICIPAÇÃO DOS MÉDICOS NOS COMITÊS DE BIOÉTICA. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PORTALMEDICO.ORG.BR](http://www.portalmédico.org.br)
19. MARINHO S, COSTA A, PALACIOS M. REGO S. IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊS DE BIOÉTICA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS: DIFICULDADES E VIABILIDADES. REV. BIOÉT. (IMPR.). 2014; 22 (1): 105-15
20. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS. 7TH. OXFORD UNIVERSITY PRESS; 2012
21. CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 1995, DE 31 DE AGOSTO DE 2012. PUBLICADO EM 2012. DISPÕE SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

- DOS PACIENTES. DISPONÍVEL EM:
[HTTP://WWW.PORTALMEDICO.ORG.BR](http://www.portalmédico.org.br)
22. ABBAGNANO N. DICIONÁRIO DE FILOSOFIA. ED. MARTINS FONTES. 2012
 23. BOFF L. SABER CUIDAR. ÉTICA DO HUMANO-COMPAIXÃO PELA TERRA. 8ª ED. PETRÓPOLIS: VOZES; 2002
 24. PASTURA, PSVC; LAND, MGPL. A PERSPECTIVA DA ÉTICA DAS VIRTUDES PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO MÉDICA. REV. BIOÉT. 2016;24 (2):243-9
 25. UNIVERSITY OF TORONTO JOINT CENTRE FOR BIOETHICS. [HTTP://WWW.JOINTCENTREFORBIOETHICS.CA](http://www.jointcentreforbioethics.ca). ACESSADO EM 29 DE JANEIRO DE 2023.
 26. SCHRAMM FR. A MORALIDADE DA BIOTECNOCiência. IN: SCHRAMM ET AL. (ORGS). BIOÉTICA, RISCOS E PROTEÇÃO. RIO DE JANEIRO: ED. UFRJ/ED. FIOCRUZ, 2005, p. 15-28.
 27. SALES JR, J A L. REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE O MORRER NA VIGÊNCIA DO PARADIGMA BIOTECNOCIENTÍFICO NAS UTIs. TESE DE DOUTORAMENTO. 2017. FIOCRUZ. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ARCA.FIOCRUZ.BR/HANDLE/ICICT/24823](https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24823)
 28. SINGER P. ÉTICA PRÁTICA. EDITORA MARTINS FONTES. 3ª EDIÇÃO. 2002. P.335.

CAMINHOS DA BIOÉTICA: EDUCAÇÃO MÉDICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

O quê, por quê, para quê e para quem?

Márcio Niemeyer-Guimarães

“Entre as pessoas cultas existe, pode-se dizer, uma linguagem ética só entendida pelos que a praticam e usam, e que inspira o respeito e a consideração daqueles com quem se trata. Seria de anelar que essa linguagem fosse utilizada por todos, regendo e ordenando a vida como fórmulas de verdadeira elevação moral”.

González Pecotche, CB. Concepção da Ética Logosófica. *In: Coletânea da Revista Logosofia*, vol I. São Paulo: Logosofia, 2002.p.159-60.

Esse capítulo foi concebido com vistas a ratificar a importância do ensino dos cuidados paliativos e manifestar a carência da formação na área. Trata-se de uma imperativa prática de cuidados em saúde, essencial para todos os profissionais na área e, fundamentada nos princípios *bioéticos* que envolvem o cuidado integral, propõe-se a transformar a (qualidade de) vida de pacientes e de seus familiares diante de um contexto de doença progressiva com risco de sobrecarga dos sintomas e da demanda por cuidados. Portanto, há um desafio na formação do médico da atualidade diante da exigência crescente pelo conhecimento técnico, mas ainda maior deverá ser a propriedade dos atributos da formação humana que será determinante para este profissional.

O desenvolvimento da biomedicina e da biotecnociência ao longo das últimas décadas revolucionou os mais diversos diagnósticos e terapêuticas nas mais diversas áreas de assistência à saúde, e sem dúvida vem favorecendo à identificação e ao manejo mais precisos das patologias. A expectativa de vida cada vez mais ampliada é a consequência dessas intervenções na saúde das pessoas, em associação às melhorias nas condições de vida, como alimentação, moradia, saneamento básico, mais evidente nos países com melhores estrutura, alinhamento e processos de

seus sistemas de saúde, como certamente das condições econômicas¹.

Segundo o médico *Eduardo Bruera*, responsável pelo Departamento de Cuidados Paliativos, Reabilitação e Medicina Integrativa no MD Anderson Cancer Center, “todos os médicos devem receber educação e treinamento intensivo sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico das várias doenças. Tais novos avanços diagnósticos e terapêuticos podem ajudar os pacientes a viver melhor e por mais tempo”. Mas, o autor também ressalta que alguns médicos, embora impressionados com essa evolução no manejo de doenças, estão cada vez mais interessados no sofrimento da pessoa com essas doenças. Quanto sofrimento físico, emocional, espiritual e financeiro eles estão vivenciando? Como o médico pode aliviar esse sofrimento? Como o médico pode apoiar esses outros significados das experiências do paciente que também contribuem na carga do sofrimento? A educação em cuidados paliativos é provavelmente o melhor caminho para ilustrar esses questionamentos^{2,3}.

Em 2019, o Curso de Medicina do Unifeso na cidade de Teresópolis, Rio de Janeiro, dava continuidade a um projeto com propósito a desenvolver e fortalecer a educação médica e o ensino dos seus alunos através do Eixo Disciplinar do 4º ano do curso de Medicina denominado pelo componente curricular “*Bases da dimensão psicossocial para a boa prática médica*”. Nessa época, os primeiros pensamentos nesse intento pretendiam rever a base ético-profissional através da ementa que incluía o ensino sobre o envelhecimento com destaque para o tempo que as pessoas vão conviver com as doenças crônicas; a sobrecarga global do sofrimento envolvido por esses problemas graves de saúde^{3,4,5}; a forma da educação médica e os princípios bioéticos – o quanto estes preparam os alunos para: as comunicações difíceis, as decisões complexas, o esclarecimento sobre os objetivos dos cuidados diante de um prognóstico ruim; a oportunidade de sensibilização sobre os conceitos e os princípios dos cuidados

paliativos; e a inclusão da temática sobre terminalidade e os cuidados de fim de vida. Os objetivos incluíam o aprofundamento da discussão biomédica com análise das dimensões psicológicas e sociais relacionadas às temáticas (clínicas e cirúrgicas) abordadas no componente curricular “*Conhecimento Integrado em Saúde*” no 8º período (4º ano do curso), mas também visavam a complementação das bases ética e bioética, e proporcionar uma visão multi e transdisciplinar em cada um dos assuntos.

Os princípios bioéticos em consonância com os princípios dos cuidados paliativos tornam-se conteúdos fundamentais ao repassar a importância do “cuidado” na formação médica, a *alteridade* – o cuidar do ‘outro’ que demanda apoio na condição ou estado de doença, na *responsabilidade* pelas ações nas escolhas pelas melhores condutas terapêuticas, na busca pelo alívio do sofrimento da condição vulnerável enquanto doentes. É essencial o conhecimento moral que promove e amplia a formação ético-profissional na área de saúde, e que deve incluir as habilidades comunicativas (escuta ativa e empática), a postura e o comportamento diante da pessoa vulnerável – em especial nas situações que envolvem as doenças crônicas e progressivas (falências orgânicas), as condições que ameaçam a vida (inclusive as agudas, como recentemente assistimos a pandemia pelo novo coronavírus e a temível SARS-CoV-2, a síndrome respiratória aguda grave, o difícil acesso aos leitos de UTI, a gravidade na evolução e na reabilitação após suas complicações, o isolamento social-familiar, e o luto de corpo ausente), como também a situação de incurabilidade, mais perceptíveis nas neoplasias em estágios avançados^{6,7,8}.

Daniel Neves Fortes, médico coordenador da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, vem reforçar sobre a *anatomia* da comunicação, parte fundamental na relação interpessoal, especialmente no cuidado à saúde, e que necessita de treinamento e do

desenvolvimento de habilidades. Fortes pronunciou esta temática na conferência “*Anatomia da Comunicação e Compartilhamento de Decisões*” no dia 4 de novembro de 2022 durante o IX Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, organizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos em Curitiba – Paraná. Sem dúvida que a habilidade de comunicação foi uma exigência destacada durante a pandemia de 2020-2021 – um preparo intensivo e desafiador para as equipes de saúde nas UTIs, estas instaladas de urgência pela demanda excedida por leitos de alta complexidade. E sendo a comunicação um dos pilares dos cuidados paliativos, foi uma ampla oportunidade para o seu aprimoramento^{6,9}.

Assim, a ‘*anatomia*’ da comunicação é descrita em níveis ou etapas que precisam acontecer passo a passo. O nível 1 é o da **confiança**, em que o início de um vínculo se projeta entre a equipe de saúde e o binômio paciente-família. Nele serão expostas as emoções – é o momento de apresentar, falar a verdade (olhar atentamente o outro) no tempo adequado, e reiterar sobre a situação atual e real, momento este que vai compreender a empatia, em que se importar pelo outro em sofrimento é essencial. Este nível de exposição das emoções corresponde à participação das amígdalas do sistema límbico, área cerebral que é responsável pelas respostas emocionais relativas ao comportamento social da pessoa. É uma fase muitas vezes difícil, pela angústia experimentada de uma situação complicada em saúde, em que as emoções podem dificultar o racional. Os princípios da autonomia (pelo binômio paciente-família) e da beneficência (pela equipe de saúde) estão sempre envolvidos neste nível 1 da comunicação. O nível 2 é o de **sintonia emocional**, quando o nível de confiança tenha sido estabelecido. É a fase em que deve ocorrer a chamada “*escuta ativa*” pela equipe de saúde, oportunidade para validar as emoções. Este nível é iniciado quando perguntas abertas são colocadas ao paciente-família, permite-se a manifestação espontânea das sensações e

sentimentos do paciente-família e o comportamento da escuta ativa por parte da equipe; em seguida, sem interrupção, busca-se responder atendendo em reciprocidade às emoções manifestadas: sintonia emocional. Após é o terceiro nível correspondente à **sincronia cognitiva**, quando a área pré-frontal do córtex cerebral é estimulada pela manutenção da atenção, controle e equilíbrio do comportamento emocional, como uma iniciativa positiva no comportamento social. Ela ocorre em 4 tempos: 1º é o de posicionamento sobre a situação (caso ou condição em questão); 2º é o de apresentação dos riscos envolvidos e futuros (oportunidade de esclarecimento sobre prognóstico probabilístico e, se for o caso, sobre o luto); 3º é o de evidenciar como paciente-família estão lidando – o que é o mais importante nesse momento e o que é o sofrimento; e 4º é a apresentação do objetivo do cuidado e quais os planos para que se atinja e como chegar até lá. É fundamental que em não se alcançando as condições para prosseguir pelos níveis da comunicação, destacando-se as complexidades emergentes em cada contexto (situação clínica e social-familiar) e as dúvidas, deve-se retroceder ao nível anterior e reforçá-lo até o nível mais fundamental para que não ocorram as lacunas comunicativas. Vale ressaltar a comunicação como um “procedimento” e que motiva a construção e o aprimoramento de habilidades. Podem ser necessárias habilidades distintas para se comunicar nos diferentes níveis e no estabelecimento e compartilhamento das decisões¹⁰.

Assim, já no decorrer do primeiro semestre de 2020 os alunos de Medicina do Unifeso iniciaram, revisaram e ampliaram os conceitos bioéticos com destaque para o *Princípioalismo*, identificando-os e aplicando-os nas temáticas do conteúdo programático. Nos casos clínicos apresentados, incluíram e discutiram os princípios da autonomia e do respeito à pessoa, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, e como se comportam “*prima facie*” diante dos diversos e possíveis fatos

clínicos, especialmente quando ocorrem os conflitos, e como delinear a melhor decisão. Houve uma apreensão natural, evidenciada pelo reconhecimento do despreparo do aluno, próximo a se formar como profissional da saúde diante do enorme desafio em como lidar com as doenças crônicas e as dimensões do sofrimento. A formação iminentemente técnica, calculativa, tem limitado o envolvimento do profissional com o binômio paciente-família, se não o tem afastado na construção dessa relação profissional/paciente-família, enquanto o seu desempenho estiver apenas no foco do manuseio das ferramentas diagnósticas, na prescrição das drogas específicas – quimioterapias; medicamentos em infusão contínua como os usados nas UTIs; e nas intervenções que vão exigir o treinamento técnico e de habilidades (por exemplo, os apresentados em cursos de imersão como ACLS, ATLS, FCCS, PALS, dispositivos para vias aéreas; aprimoramento no manejo de recursos como ultrasonografia, monitores, ventiladores mecânicos; aprimoramento nas intervenções com dispositivos vasculares, cirúrgicos – laparoscópicos e robóticos; manejo das modalidades em radioterapia)¹¹. Deixam de perceber que há o ser, em condição vulnerável de doença, sujeito à *vulneração*, afastado do seu contexto social e familiar próprios, biográficos e diferenciados em cada relação, e em suas experiências em cada dimensão da complexa estrutura da pessoa em cada contexto de vida (trajetória da doença): física (biológica), psicológica (emocional), social (biográfica, em especial familiar), espiritual (existencial). Há também uma necessidade de treinamento, se não fundamental, para o aprimoramento das habilidades comunicativas, relacionais de comportamento, em que o profissional aprende e aperfeiçoa sua capacidade de oferecer suporte, mesmo com todas as exigências pelas habilidades técnicas ao longo do curso – reivindicações evidenciadas pela biotecnociência nas últimas décadas^{8,12,13,14}.

Ou seja, é necessário um pleno desenvolvimento do profissional da área de saúde, pois além de precisar do conhecimento particular biofísico e fisiológico sempre em ampliação (novas descobertas), deve se preparar e estudar o corpo humano para as intervenções que modificarão a vida (desde os diagnósticos às terapêuticas), e mais, também precisam e devem sobretudo estar preparados em lidar com as pessoas em todas as suas experiências de vida que trazem por esse contexto do adoecimento. Bruera destaca a importância de todos esses aspectos, que certamente interferem no bem-estar das pessoas quando doentes. A Figura 1, abaixo, exemplifica o contexto de vida na situação de uma neoplasia avançada em uma jovem, como ela pode apresentar os seus sintomas, o que pode interferir no seu bem-estar e até o que os resultados médicos difíceis podem influenciar pelos vários fatores além do estágio da doença e dos efeitos do tratamento².



Figura 1. Dimensões do sofrimento
Adaptado de Bruera E, 2022²

A neoplasia, como outras doenças crônicas incuráveis, pode resultar em níveis bastante variáveis de sofrimento físico. Reconhecê-los

é tarefa que vai muito além da anamnese, da queixa principal, a história da doença atual e um exame físico minuciosamente detalhado. Os fatores psicossociais e familiares também podem ter um grande impacto na maneira como o paciente e sua família vivenciam e lidam com a doença¹⁵. No caso desta paciente com uma neoplasia avançada de pulmão e, por exemplo, com nível socioeconômico mediano e bom apoio familiar poderá ser capaz de permanecer confortavelmente em casa, se assim desejar, e durante maior parte do tempo. Mas, em outro contexto de outra paciente com exatamente o mesmo tipo de neoplasia, mas com nível socioeconômico mais baixo e rede de apoio ou suporte família mais limitado ou frágil, provavelmente terá uma experiência muito mais desafiadora, complexa e com acesso bem mais limitado aos cuidados².

Os aspectos bioéticos e a formação na área médica têm sido negligenciados, e talvez um dos maiores motivos dos fracassos e incompletude dos profissionais quando precisam lidar com desafios por conflitos na assistência e para as deliberações. Ao vacilar na comunicação, despreparado, afasta-se, delega as responsabilidades, dificultando o alinhamento de um plano integrado de cuidados^{12,13,16}. Há uma abstenção da decisão clínica, negligenciando uma oportunidade de melhor controle da situação, dos esclarecimentos do estado atual e das possibilidades de evolução, e da oportunidade de favorecer mais conforto quando antecipa tais possíveis eventos de crise em uma trajetória reconhecida, natural, de determinada doença ou condição. O esquema abaixo (Figura 2) demonstra a importância dos atributos do profissional de saúde e o equilíbrio entre o conhecimento científico e o conhecimento *bio-ético* para fundamentar o julgamento clínico para a melhor decisão¹⁶.

Atributos do Profissional de Saúde

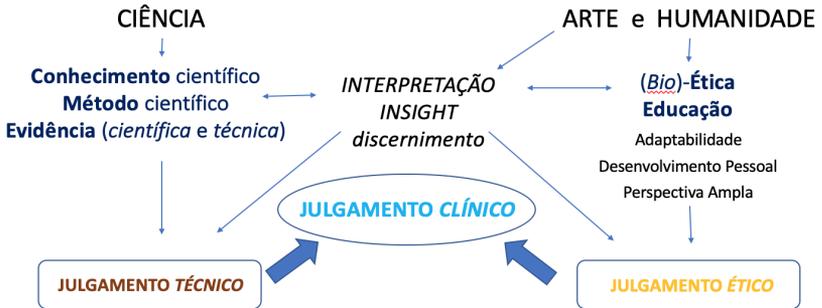


Figura 2: Atributos do profissional de saúde para o julgamento clínico

A educação na área médica para que seja completa baseia-se no conhecimento através do ensino e aprendizado de conceitos e teorias, amplifica-se na prática assistencial e pelos contextos realísticos, e mantém-se em pleno desenvolvimento pelas pesquisas em constante fluxo. Assim, o tripé da educação em ensino-prática-pesquisa torna-se o propulsor de efeito na formação do profissional médico. Entretanto, há o lado compassivo, social, cultural que determina o que é cada pessoa, suas referências, seus valores, preferências e que certamente diferencia este vínculo com cada um. É isso que torna grande o desafio do “cuidar”, do significado do “cuidado”, por que envolve a relação entre as pessoas, dos profissionais entre si, dos profissionais com os doentes, destes com seus familiares, e dos familiares com os profissionais. Há necessidade de conhecer tais nuances, que vão muito além da técnica, e por este motivo abrange perspectivas de como se vive, do contexto da vida em sociedade, das escolhas das pessoas, da ética em seus diversos aspectos, a bio-ética: as ações e as intervenções que podem modificar a vida (conceito, termo, modo, estilo, qualidade) – e também a morte das pessoas, considerando-

se a finitude intrínseca do ser vivente. A formação do médico certamente decorrerá por experiências desafiadoras, em que a instrução técnica residirá neste ciclo dinâmico de aperfeiçoamento dadas as amplas perspectivas deste desenvolvimento biomédico, e por isso manterá cada vez mais contundentes as exigências de uma cabal educação em bioética^{16,17}.

Em 2021, a disciplina de Cuidados Paliativos no curso de Medicina do Unifeso é formalizada e surge no intuito de favorecer ao alinhamento dos conceitos bioéticos, das possibilidades a ampliar a atuação profissional diante dos desafios contemporâneos do envelhecimento populacional e do aumento exponencial de doenças crônicas^{1,17,18}, de iniciar o raciocínio clínico diante de contextos de doenças progressivas, ameaçadoras da vida e de irreversibilidade. Vem trazer os alunos para esta realidade cada vez mais frequente, permitindo a discussão de casos de doenças em estágios avançados, de difícil controle dos sintomas, a apresentação do contexto reiterado de obstinação terapêutica e pela vida – consequência inevitável da formação profundamente baseada na *técnica* – dos desafios da comunicação efetiva e do suporte familiar, da importância da tomada de decisão e da deliberação¹⁶, do reconhecimento da terminalidade e dos cuidados de fim de vida (como parte dos cuidados paliativos, e não sinônimo)¹⁹. Novamente os princípios bioéticos como o da ‘sacralidade da vida’ e o da ‘qualidade de vida’ surgem para realinhamento de planos decisórios de cuidados, sempre alertando sobre as difíceis escolhas. O uso frequente de dispositivos artificiais de manutenção da vida como medidas terapêuticas convencionais e o encaminhamento de pacientes às unidades de tratamento intensivo vem contextualizar a finitude e as demandas não atendidas para os cuidados paliativos, e fortalecer a oportunidade de sua integração precoce²⁰.

Assim, é fundamental compreender que o **cuidado paliativo** é um

componente essencial do cuidado integral para **todos os pacientes** com doença crônica, progressiva e que ameaça a vida, incluindo aqueles que podem estar no curso de terapias restauradoras ou mantenedoras da vida²¹. Entre os principais elementos incluem (Quadro 1)²²:

- alívio do sofrimento dos **sintomas**,
- a **comunicação** sobre as metas de cuidado,
- alinhamento do tratamento com os **valores e preferências** do paciente,
- planejamento de **transição** do cuidado e o **apoio** da família.

Quadro 1: Princípios e Definições resultantes (Consenso – Fase 3) dos Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos é o cuidado holístico ativo de indivíduos de todas as idades com o sofrimento relacionado à saúde associado à doença ou lesão de qualquer tipo. O sofrimento relacionado à saúde é grave quando não pode ser aliviado sem intervenção médica e quando compromete os funcionamentos social, espiritual e/ou emocional (Disponível em <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>) por causa de doença grave (doença grave é uma condição que traz um alto risco de mortalidade, negativamente afeta a qualidade de vida e a função diária e/ou é oneroso em sintomas, tratamentos ou estresse do cuidador (Disponível em <http://pallipedia.org/serious-illness/>) e especialmente daqueles próximos ao final da vida. Visa a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores.

- Cuidados Paliativos:

- Inclui prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gestão de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais. Sempre que

possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências;

- Fornece suporte para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e suas famílias determinar os objetivos do cuidado;
- É aplicável durante todo o curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente;
- É fornecido em conjunto com terapias modificadoras da doença sempre que necessário;
- Pode influenciar positivamente o curso da doença;
- Não pretende apressar nem adiar a morte, afirma a vida e reconhece o morrer como um processo natural;
- Fornece apoio à família e cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto;
- É ofertado reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e da família;
- É aplicável em todos os ambientes de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário);
- Pode ser fornecido por profissionais com treinamento básico em Cuidados Paliativos;
- Requer Cuidados Paliativos especializados com equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.
- Para alcançar a integração do Cuidados Paliativos, os governos devem:
- Adotar políticas e normas adequadas que incluam Cuidados Paliativos nas leis de saúde, programas

- nacionais de saúde e orçamentos nacionais de saúde;
- Garantir que os planos de saúde e seguros integrem os Cuidados Paliativos como componente dos programas;
 - Garantir o acesso a medicamentos e tecnologias essenciais para alívio da dor e Cuidados Paliativos, incluindo formulações pediátricas;
 - Garantir que os Cuidados Paliativos façam parte de todos os serviços de saúde (desde os programas comunitários de saúde a hospitais), que todos sejam avaliados e que todos os profissionais de saúde possam fornecer Cuidados Paliativos básicos com equipes especializadas disponíveis para encaminhamento e consulta (referência e contra-referências) dentro de fluxos e processos bem estabelecidos;
 - Garantir o acesso adequado a Cuidados Paliativos para grupos vulneráveis, incluindo crianças e idosos;
 - Envolver-se com as universidades, as academias e os hospitais de ensino para incluir a pesquisa e o treinamento em Cuidados Paliativos como um componente integral da educação, incluindo educação básica, intermediária, especializada e continuada.
-

Como parte da metodologia ativa aplicada na disciplina e de acordo com o plano de ensino desenvolvido – planos de aula publicados em 2022²³, os discentes do curso de Medicina do Unifeso foram estimulados aos debates e às discussões a fim de proporcionar uma visão multidisciplinar do Cuidado Paliativo. Inicialmente, os alunos aprenderam sobre os conceitos e os princípios do Cuidado Paliativo (Quadro 1) e sua importância para a abordagem nas doenças crônicas progressivas e

incuráveis, com ênfase no manejo do “sintoma *total*” e o valor da atuação da equipe multidisciplinar com vistas à assistência integral²⁴ (Figura 3). A fim de proporcionar ao discente uma visão do sofrimento associado às doenças incuráveis e progressivas pelo binômio paciente-família, abordou-se sobre as trajetórias típicas relacionadas às falências orgânicas e às neoplasias, os variados cursos com o adequado reconhecimento dos eventos de crise nas doenças progressivas, e por isso, entender sobre a necessidade de *proteção* no cuidado (Figura 4)²⁴. O prolongamento da vida que a biomedicina e a biotecnociência forneceram desde o século passado trouxe questões como a doença em fase terminal para uma discussão bioética, muitas vezes devido aos possíveis riscos envolvidos, outras pela real necessidade de proteção aos pacientes¹⁹.

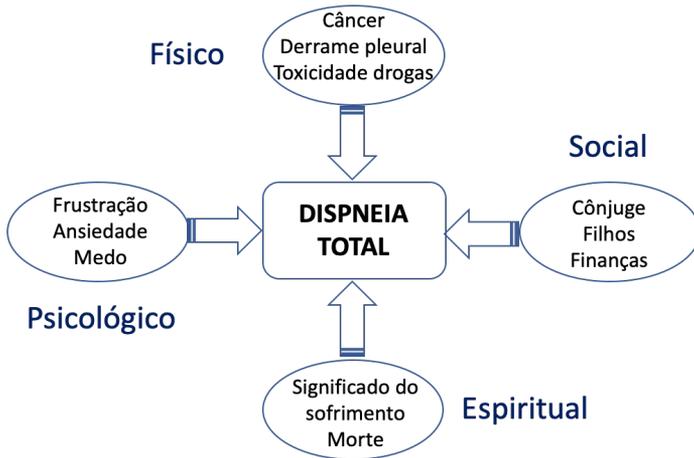


Figura 3: Sintoma *total*. Adaptado de Kamal, 2011²⁴

No decorrer da disciplina, foi possível refletir sobre o paradigma biotecnocientífico e a importância do equilíbrio e do respeito pela realidade da finitude e às demandas do paciente^{15,19,20,26}. Ao final das aulas, correspondendo à metodologia ativa, atividades com discussão bioética dos casos difíceis foram realizadas com propósito de estímulo à análise

clínica e ao alinhamento dos passos para a deliberação moral: os fatos clínicos, os valores em conflito, os deveres (curso das ações) e as responsabilidades^{16,17,27,28}. Para tanto, buscou-se utilizar a exposição dialogada, além de vídeos reflexivos sobre o poder do toque no cuidado ao outro, sobre a comunicação de más notícias às famílias e sobre a importância e os efeitos da empatia^{29,30}

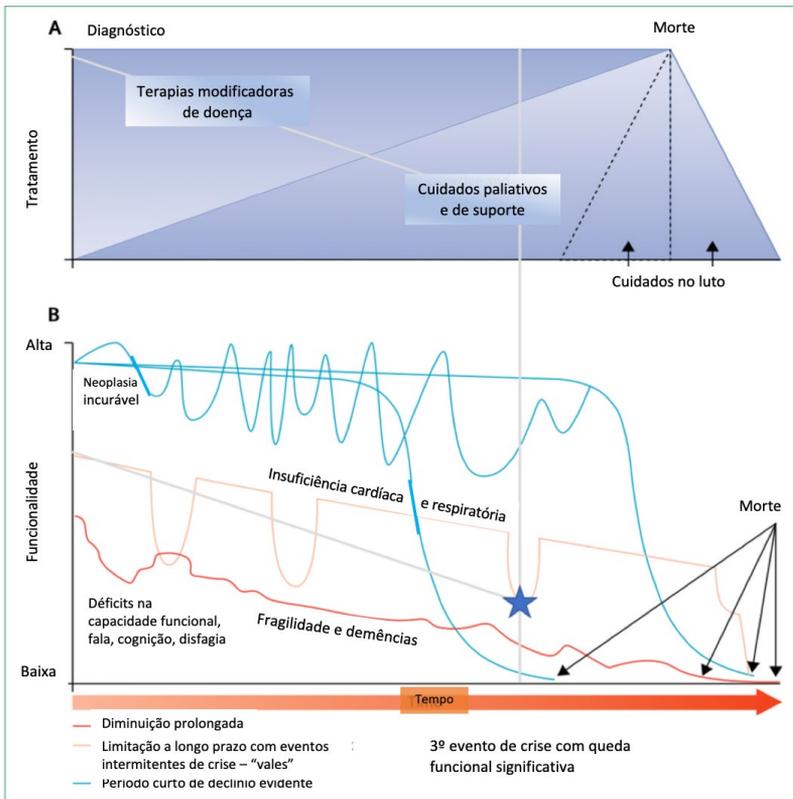


Figura 4: Integração de cuidados paliativos de acordo com as trajetórias de doenças. Adaptado de Knaul, 2017²⁵.

Os alunos puderam manifestar sobre a consistência de uma proposta de cuidados proporcionais, de acordo com o raciocínio de

prognóstico das doenças, identificando o estado funcional prévio e atual do paciente [capacidade funcional], o conhecimento do padrão evolutivo de cada doença de base, o conhecimento do padrão da doença aguda (correspondente aos eventos de crise), e as possíveis respostas aos tratamentos. Dessa forma, com o conhecimento prévio dos valores e das preferências da pessoa doente (exercício da autonomia) buscou-se alinhar o raciocínio clínico e prognóstico nas ações de: estabelecer um plano de cuidado correspondente aos objetivos estabelecidos, focar nas demandas da pessoa e nos cuidados devidamente proporcionais entre as ações modificadores de doença e os cuidados paliativos, buscar a melhor cooperação interprofissional no propósito de ampliar os valores e a comunicação em saúde^{31,32}.

Assim, é fundamental reconhecer a importância da adequação terapêutica ao longo do planejamento do cuidado, que sem dúvida está em consonância com os princípios dos cuidados paliativos. Não se pode deixar de apontar a afinidade com os princípios do *Personalismo*, uma das tendências da bioética contemporânea, que surgiu na Europa durante o século XX, caracterizada pela **dignidade** da pessoa. São descritos como primários e secundários:

Os princípios primários:

- Respeito pela vida e morte humanas;
- Totalidade – como Princípio terapêutico;
- Liberdade e responsabilidade;
- Sociabilidade e subsidiariedade (quando o direito penal ou estado resolvem os conflitos).

Como as intervenções médicas abrangem a integridade física, e desta forma compreendem os riscos à pessoa, a *legitimidade ética* delas deve ser fundamentada em:

- (1) o objetivo deve ser a proteção da pessoa;
- (2) devem ser dirigidas para a causa da doença;
- (3) não deve haver alternativas;
- (4) os benefícios esperados devem ser superiores aos riscos;
- (5) o paciente tem que consentir.

Os princípios secundários são descritos como:

- Duplo efeito;
- Proporcionalidade terapêutica;
- Sinceridade;
- Prevenção;
- Não-abandono.

Dessa forma, descritos seus princípios, o *Personalismo* apresenta a *dignidade* – a estrutura ontológica da pessoa – como teor dos nossos deveres morais³³. A ciência e a técnica não podem eximir ninguém do cuidado porque incidiriam no descuido, na negligência e na não responsabilidade. Uma das formas mais pertinentes de dever moral do cuidado é o cuidado estrutural responsável, atividade fundamentada no princípio da *responsabilidade*. A atividade do cuidar não se expressa só a partir da lógica da reciprocidade, mas a partir da mutualidade, do reconhecimento, do respeito e da confiança. Assim, “adequar a terapia” é o que se espera de um profissional responsável que deposita cuidado e atenção no que faz ou no que decide – não se pode cuidar tecnicamente sem responder eticamente à pessoa doente. Quando não ocorre este processo, retoma-se o foco na doença e à submissão pelo domínio do fascínio que a tecnologia médica inflige, e ressurge a ilusão de que as informações dela advindas são suficientes para validar os procedimentos cada vez mais modernos da biomedicina (pensamento calculista), aumentando o risco de dissimular o cuidado³⁴.

Os desafios éticos em cuidados paliativos não diferem

substancialmente daqueles encontrados em outras áreas da medicina. No entanto, o reconhecimento das necessidades dos pacientes em cuidados paliativos exige algumas atitudes morais, as habilidades e os conhecimentos que permitam a tomada de decisão, especialmente em relação ao sofrimento para aqueles que estão próximos da morte e no suporte aos seus familiares. Enfim, em termos simples, as questões éticas nos cuidados paliativos serão mais intensificadas e centradas nas decisões que vão satisfazer os critérios nas situações complexas que poderá incluir a morte *pacífica, digna e assistida* por uma sociedade prestativa³⁵.

Há o risco de sobrecarga das equipes de saúde, e estas podem ser compostas em diversos formatos e em diversas estruturas de organização (modelos de assistência) para o melhor acesso e a oferta do cuidado nos seus vários níveis. As equipes de cuidados paliativos incluem médico, enfermeiro, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, capelães, e voluntários. Com isso, os cuidados paliativos podem ser prestados de várias maneiras. Para algumas pessoas, os cuidados paliativos são melhor fornecidos em sua própria comunidade que pode incluir voluntários, ou em uma clínica próxima, por seus enfermeiros ou médico, de acordo com cada equipe. Para outras pessoas, os cuidados paliativos são melhor fornecidos em casa. Isso pode significar parentes, amigos ou cuidadores prestando a maior parte dos cuidados, com visitas de profissionais de saúde para apoio e treinamento. Algumas pessoas podem requerer cuidados paliativos mais especializados, e podem ocorrer em um *hospice* ou instituição de apoio, ou até mesmo um ambiente intermediário ou comunitário por uma equipe especializada para a adequada assistência.

Em uma das atividades dirigidas, houve uma simulação com propostas assistenciais por iniciativa dos discentes do curso de Medicina do Unifeso. Foram ponderadas a implantação de uma rede de assistência

de referência e contra-referência em cuidados paliativos para a cidade de Teresópolis. Entre as propostas incluíam fundamentalmente a assistência primária. Em um segundo momento, o ambulatório de especialidade de cuidados paliativos e a assistência domiciliar em cuidados paliativos. Num outro momento a possibilidade de instalação de um hospital-dia, um *hospice* ou hospedaria já como nível intermediário, e, mais adiante, um setor para internação em hospital, no caso de serem necessárias condições específicas de cuidado (agravamento dos sintomas com difícil controle). Até o atendimento pré-hospitalar para os eventos de crise ou urgências em cuidados paliativos também foi proposto, mas também num momento de maior maturidade da implantação da rede de assistência e da própria sociedade sobre o acesso aos cuidados paliativos³⁶.

Enfim, em 2022 surge a proposta da disciplina optativa de Cuidados Paliativos, ainda dentro do curso de Medicina do Unifeso, uma proposta de acesso ao ensino ao longo de todo o curso, com a possibilidade de acesso à temática desde o 5º período até 12º período, ou seja, do 3º ano até o 6º ano. Esta iniciativa surge em sintonia direta e coincidente à publicação da Resolução de 3 de novembro de 2022 sobre a instituição das novas diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina, tendo sido incluído o ensino dos Cuidados Paliativos³⁷.

Como resultado, temos observado a busca pela temática nos TCCs – trabalhos de conclusão de curso – e demanda por orientação maior a cada ano, o que corresponde à importância percebida, além do real interesse crescente entre os alunos. Um projeto de pesquisa *PICPq* 2020-2021 foi realizado entre alunos do Unifeso na área da saúde: entrevistas foram realizadas para investigar o grau de conhecimento dos conceitos de Ética e dos Cuidados Paliativos entre os alunos que estavam no último ano da graduação de seus respectivos cursos. Evidentemente

que a lacuna sobre as disciplinas e seus conteúdos foi identificada entre os cursos, o que vem ressaltar sobre a consideração de revisão das diretrizes curriculares em favor do ensino nas áreas da Ética e dos Cuidados Paliativos, não apenas no Curso de Graduação em Medicina, mas que tais disciplinas sejam incluídas nos demais cursos da área da saúde^{37,38}. Também como iniciativa dos alunos, alguns *abstracts* foram submetidos, aprovados e apresentados em congressos nacional (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) e internacional (*European Association for Palliative Care*), como também manuscritos publicados em periódicos científicos indexados, o que vem reforçar ainda mais a importância do ciclo em educação de ensino-prática-pesquisa^{39,40, 41}.

Parte desse capítulo foi submetido para publicação como manuscrito no *Jornal Latino Americano de Cuidados Paliativos*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SLEEMAN KE, DE BRITO M, ETKIND S, NKHOMA K, GUO P, HIGGINSON IJ, GOMES B, HARDING R. THE ESCALATING GLOBAL BURDEN OF SERIOUS HEALTH-RELATED SUFFERING: PROJECTIONS TO 2060 BY WORLD REGIONS, AGE GROUPS, AND HEALTH CONDITIONS. *LANCET GLOB HEALTH*. 2019. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X).
2. BRUERA E. SOME NOTES FOR PHYSICIANS CONTEMPLATING A CAREER IN PALLIATIVE AND PERSON-CENTERED CARE. HOUSTON: THE UNIVERSITY OF TEXAS. MD ANDERSON CANCER CENTER – MAKING CANCER HISTORY, 2022. 85 P.
3. JONES DS, PODOLSKY SH, GREENE, JA. THE BURDEN OF DISEASE AND THE CHANGING TASK OF MEDICINE. *N ENGL J MED*. 2012; 366(25): 2333-2338.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022 /

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. 160 p. ISBN 978-85-334-1831-8.
5. MORLEY JE. THE FUTURE OF GERIATRICS. *J NUTR HEALTH AGING*. 2020; 24(1): 1-2.
 6. ANTUNES B. WHAT IF WE COULD MEASURE THE AMOUNT OF HARM CAUSED BY LACKING IN TRAINING IN PALLIATIVE CARE? THE MAGNITUDE ON NONVERBAL COMMUNICATION NARRATED BY A PATIENTS' FAMILY MEMBER. *J PALLIAT MED*. 2020; 23(5):723-724. DOI: 10.1089/jpm.2019.0549. EPUB 2019 DEC 31.
 7. ARYA A, BUCHMAN S, GAGNON B, DOWNAR J (BIOETHICS). PANDEMIC PALLIATIVE CARE: BEYOND VENTILATORS AND SAVING LIVES. *CMAJ*. 2020. DOI: 10.1503/CMAJ.200465.
 8. CMAJ PODCASTS: INTERVIEW IN ENGLISH AT [HTTPS://SOUNDCLOUD.COM/CMAJPODCASTS/200465-ANA](https://soundcloud.com/cmajpodcasts/200465-ana) AND IN FRENCH AT [HTTPS://SOUNDCLOUD.COM/CMAJPODCASTS/200465-ANA-FRE](https://soundcloud.com/cmajpodcasts/200465-ana-fre).
 9. DOMENICO BG, CLAUDIA G, MONIKA O, RALF J, FOR THE COVID-19 TASK FORCE OF PALLIATIVE CH. COVID-19: DECISION MAKING AND PALLIATIVE CARE. *SWISS MED WKLY*. 2020; 150:w20233.
 10. CORREA TL, SIMÃO MAS, SOBREIRA JVB, ANBAR FB, YARSHHELL F, BRANDÃO AB, ESTUQUE MQ, ROCHA JA, CARVALHO RT. EVALUATION OF A NEW TRIAGE PROTOCOL FOR PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH COVID-19 IN BRAZIL. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*. 2022 AHEAD OF PRINT. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/JPM.2022.0324](https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0324).
 11. FORTES DN. ANATOMIA DA COMUNICAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE DECISÕES. CONFERÊNCIA MINISTRADA NO CONGRESSO BRASILEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS, CURITIBA – PARANÁ, BRASIL. 04 DE NOVEMBRO DE 2022.
 12. MALLOY DC, MARTIN R, HADJISTAVROPOULOS T, LIU P, MCCARTHY EF, PARK I, SHALANI N, MURAKAMI M, PAHOLPAK S. DISCOURSE ON MEDICINE: MEDITATIVE AND CALCULATIVE APPROACHES TO ETHICS FROM AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE. *PHILOSOPHY, ETHICS, AND HUMANITIES IN MEDICINE* 2014; 9:18.

13. FREEMAN ALJ. HOW TO COMMUNICATE EVIDENCE TO PATIENTS. DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN. 2019; 57(8): 119-124. doi: 10.1136/dtb.2019.000008.
14. TORRE VD, NACUL FE, ROSSEEL P, BAID H, BHOWMICK K, SZAWARSKI P, SAHOO TK, UTKU T, WONG A, MALBRAIN MLNG. HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS TO IMPROVE PERFORMANCE IN INTENSIVE CARE UNITS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. ANAESTHESIOLOG INTENSIVE THER. 2021; 53, 2.
15. THOMAS JL. PANDEMIC AS TEACHER — FORCING CLINICIANS TO INHABIT THE EXPERIENCE OF SERIOUS ILLNESS. N ENGL J MED. 2020; 383: 306-307. doi: 10.1056/NEJMp2015024.
16. BACK AL. THE MYTH OF DEMANDING PATIENT. JAMA ONCOLOGY. 2015; 1(1): 18-19. doi:10.1001/JAMAONCOL.2014.185.
17. MARQUES FILHO J. BIOÉTICA CLÍNICA – CUIDANDO DE PESSOAS. REV BRAS REUMATOL. 2008; 48(1): 31-33.
18. SIQUEIRA JE. EDUCAÇÃO BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. REVISTA BIOETHICOS. 2012; 6(1): 66-77.
19. NIEMEYER-GUIMARÃES M. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS. REVISTA DA JOPIC. 2019; 2(5): 4-10. EDITORA UNIFESO. ISSN 2525-7293.
20. NIEMEYER-GUIMARÃES M, SCHRAMM FR. THE EXERCISE OF AUTONOMY BY OLDER CANCER PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: THE BIOTECHNOSCIENTIFIC AND BIOPOLITICAL PARADIGMS AND THE BIOETHICS OF PROTECTION. PALLIAT CARE. 2017; 9:1178224216684831. doi: 10.1177/1178224216684831. PMID: 28469440; PMCID: PMC5398330.
21. NIEMEYER-GUIMARÃES M, SCHRAMM FR, CARVALHO RT. IDENTIFYING ELDERLY CANCER PATIENTS IN NEED OF PALLIATIVE CARE ASSESSMENT IN THE CRITICAL CARE SETTING: A PROSPECTIVE SINGLE-CENTER OBSERVATIONAL STUDY. CADERNOS DE SAÚDE. 2018; 10(1): 30-41. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOI.ORG/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2018.5303](https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.5303).
22. NELSON JE, COX CE, HOPE AA, CARSON SS. INTEGRATION OF PALLIATIVE CARE IN CHRONIC CRITICAL ILLNESS MANAGEMENT.. AM J RESPIR CRIT CARE MED. 2010; 182(4): 446-54.

23. IAHPC GLOBAL PROJECT. REDEFINING PALLIATIVE CARE – A NEW CONSENSUS-BASED DEFINITION. 2019. JOURNAL OF PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT 2020; 60(4): 754-764. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HOSPICECARE.COM/WHAT-WE-DO/PROJECTS/CONSENSUS-BASE-DEFINITION-OF-PALLIATIVE-CARE](https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-base-definition-of-palliative-care).
24. NIEMEYER-GUIMARÃES, M. PLANO DE ENSINO PLN-208906339. p 367-371. IN: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS. PLANOS DE AULA: MEDICINA. / FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. TERESÓPOLIS: UNIFESO, 2022. 461 F.
25. KAMAL AH, MAGUIRE JM, WHEELER JL, CURROW DC, ABERNETHY AP. DYSPNEA REVIEW FOR THE PALLIATIVE CARE PROFESSIONAL: ASSESSMENT, BURDENS, AND ETIOLOGIES. J PALLIAT MED. 2011; 14(10): 1167-1172. DOI: 10/1089/jpm.2011.0109. PMCID: PMC3189385. PMID: 21895451.
26. KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, DE LIMA L, BHADÉLIA A, KWETE XJ, ARREOLA-ORNELAS H, GÓMEZ-DANTÉS O, RODRIGUEZ NM, ALLEYNE GAO, CONNOR SR, HUNTER DJ, LOHMAN D, RADBRUCH L, MADRIGAL MRS, ATUN R, FOLEY KM, FRENK J, JAMISON DT, RAJAGOPAL MR, ON BEHALF OF THE LANCET COMMISSION ON PALLIATIVE CARE AND PAIN RELIEF STUDY GROUP. ALLEVIATING THE ACCESS ABYSS IN PALLIATIVE CARE AND PAIN RELIEF— AN IMPERATIVE OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: THE LANCET COMMISSION REPORT. 2017. DISPONÍVEL EM: [WWW.THELANCET.COM](http://www.thelancet.com). [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
27. BAUCHNER H. DEATH, DYING, AND END OF LIFE. JAMA. 2016; 315(3): 270-271.
28. MOTTA LCS, OLIVEIRA LN, SILVA E, SIQUEIRA-BATISTA R. TOMADA DE DECISÃO EM (BIO)ÉTICA: ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS. REV BIOÉT. 2016; 24(2): 304-314. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/1983-80422016242131](http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131).
29. BOYD C, SMITH CD, MASOUDI FA, BLAUM CS, DODSON JA, GREEN AR, KELLEY A, MATLOCK D, OUELLET J, RICH MW, SCHOENBORN NL, TINETTI ME. DECISION MAKING FOR OLDER ADULTS WITH MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS: EXECUTIVE SUMMARY FOR THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY GUIDING PRINCIPLES ON THE CARE OF OLDER

- ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. J AM GERIATRIC SOC. 2019; 67: 665-673.
30. TED TALKS – IDEAS WORTH SPREADING. ABRAHAM VERGHESE: A DOCTOR’S TOUCH. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=5Y6_8XOYHC](https://www.youtube.com/watch?v=5Y6_8XOYHC).
 31. CLEVELAND CLINIC. EMPATHY: THE HUMAN CONNECTION TO PATIENT CARE. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=CDDWVJ_Q-08](https://www.youtube.com/watch?v=CDDWVJ_Q-08).
 32. RIDER EA, KURTZ S, SLADE D, LONGMAID III E, HO MJ, PUN JKH, EGGINS S, BRANCH JR WT. THE INTERNATIONAL CHARTER FOR HUMAN VALUES IN HEALTHCARE: AN INTERPROFESSIONAL GLOBAL COLLABORATION TO ENHANCE VALUES AND COMMUNICATION IN HEALTHCARE. PATIENT EDUCATION AND COUNSELING. 2014; 96: 273-280. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DX.DOI.ORG/10.106/J.PEC.2014.06.017](https://dx.doi.org/10.106/J.PEC.2014.06.017).
 33. FRIST WH, PRESLEY MK. TRAINING THE NEXT GENERATION OF DOCTORS IN PALLIATIVE CARE IS THE KEY TO THE NEW ERA OF VALUE-BASED CARE. ACAD MED. 2015; 90: 268-271. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000625.
 34. TABOADA P. BIOETHICAL PRINCIPLES IN PALLIATIVE CARE. IN: BRUERA E, HIGGINSON I, VON GUNTEN CF, MORITA T. TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE. BOCA RATON: CRC PRESS, 2015.
 35. CASTRO JC. CINISMO MEDICO?. REVISTA DA FACULDADE DE MEDICINA DE TERESÓPOLIS. 2019; 3(2). EDITORA UNIFESO | ISSN 2527-1016. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UNIFESO.EDU.BR/REVISTA/INDEX.PHP/FACULDA DEDEMEDICINADETERESOPOLIS/ARTICLE/VIEW/1904/732](https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculda dedemedicinadeteresopolis/article/view/1904/732).
 36. ROY D, MACDONALD N. ETHICAL ISSUES IN PALLIATIVE CARE. IN: DOYLE D, HANKS GW, MACDONALD N, EDS. OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE CARE, 2ND ED. OXFORD, U.K.: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 1998: pp. 97-138.
 37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. FACT SHEETS: PALLIATIVE CARE. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://CDN.WHO.INT/MEDIA/DOCS/DEFAULT-SOURCE/INTEGRATED-HEALTH-SERVICES-\(IHS\)/PALLIATIVE-CARE/PALLIATIVE-CARE-ESSENTIAL-FACTS.PDF?SFVRSN=C5FED6DC_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/palliative-care/palliative-care-essential-facts.pdf?sfvrsn=c5fed6dc_1).
 38. PARECER HOMOLOGADO. ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNE/CES NO. 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM

MEDICINA. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 03/11/2022, SEÇÃO 1, PÁG. 95. DISPONÍVEL EM:

[HTTPS://WWW.ABMES.ORG.BR/ARQUIVOS/LEGISLACOES/PARECER-CNE-CES-265-2022-03-17.PDF](https://www.abmes.org.br/arquivos/legislacoes/PARECER-CNE-CES-265-2022-03-17.pdf).

39. NIEMEYER-GUIMARÃES M, CASTRO J, FERNANDES ABS, VIDAL SV, FERREIRA CS, VIDAL IV, SANTOS IPP, CARNEIRO JM, MOLINA MA, PEREIRA MGSA, CASANOVA RF, MONTEIRO RA. A FORMAÇÃO ÉTICA E A OPORTUNIDADE DA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA DE PAIDEIA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE. REVISTA DA JOPIC. 2021; 7(11): 65-78. ISSN 2525-7293.
40. PINHEIRO MRV, SPEICH FM, SERRA JLG, NIEMEYER M. BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS: PARADIGMA ASSISTENCIAL NA FORMAÇÃO CONTEMPORÂNEA DO MÉDICO. IN: FERREIRA EAL, SANTOS AFJ, SILVA VC. ANAIS DO VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS [LIVRO ELETRÔNICO]: DIGITAL. 1 ED. SÃO PAULO: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020.
41. NIEMEYER M, FERNANDES A, GASPAR M, FERREIRA C, CARNEIRO JM, MONTEIRO R, CASANOVA R, MOLINA M, PRIES I, VIDAL I, CASTRO JC. BIOETHICS TRAINING IN THE AREA OF HEALTH SCIENCES AND THE OPPORTUNITY TO PALLIATIVE CARE. PALLIATIVE MEDICINE. 2021; 35(1S): 112. ABSTRACT NUMBER F-09. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1177/02692163211035909](http://dx.doi.org/10.1177/02692163211035909).
42. CARDOSO ACP, TEIXEIRA NA, GUIMARÃES MNMQ. OS DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA EMERGÊNCIA. CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO. 2024. ACESSO EM: [HTTPS://OJS.EUROPUBLICATIONS.COM/OJS/INDEX.PHP/CED](https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ced).

DEVEMOS CONSIDERAR ASPECTOS ECONÔMICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS?

*Renata Pivatelli Soares Fontes
Estevão Alves Valle*

Apesar de muito se falar em qualidade de vida, tema que envolve não apenas saúde física, mas também mental, social, emocional e espiritual, pouquíssimo se fala em qualidade de morte.

A morte ainda é encarada com a conotação de fracasso, como se percebe em expressões como “perdeu a batalha contra o câncer” ou “não teve mais forças para lutar pela vida”. Esses e outros jargões reforçam a idealização do curso da vida como o ciclo perfeito do nascer, crescer, envelhecer e relega o morrer a um breve suspiro sem sofrimento. O ser humano não é preparado para finitude. Celebramos os nascimentos, mas tentamos esquecer da morte. Como se fosse possível driblá-la, a ignoramos.

Vivemos no desejo do constante planejamento e de fato o que possuímos é a ausência do controle. Se não é possível planejar tudo o que está por vir, por que a medicina ainda almeja consertar tudo, sobretudo na abordagem de condições no fim da vida? A limitação coerente de medidas que prolongam o sofrimento deveria ser universal, ninguém deseja passar por sofrimento em vão. A realidade, no entanto, é diversa.

Lown afirma em que “as escolas de medicina e o estágio nos hospitais preparam os futuros médicos para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com os enfermos terminais (...) A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer”¹. Isso contrasta com a necessidade da

compreensão de que as perdas e suas elaborações fazem parte do cotidiano, e em todos os momentos do desenvolvimento humano são vividas de forma particular por cada indivíduo².

A prática médica precisa capturar em sua essência que cada ser é único e, sendo assim, cada indivíduo possui um código pessoal de conceitos, desenvolve o seu próprio processo de adoecimento e mantém uma relação peculiar com a sua doença e a aproximação de sua morte³.

Essa estratégia de abordagem integral, que preserva a autonomia e a biografia de cada indivíduo no fim da via, origina a medicina paliativa. Os cuidados ao fim da vida são parte importante dos cuidados paliativos (CP), referindo-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de vida, a partir do momento em que fica claro que se encontra em um estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte⁴.

Curiosamente na era das possibilidades tecnológicas, uma modalidade interdisciplinar de cuidados proporcionais é revolucionária e causa estranheza inclusive em muitos profissionais de saúde. Esse estranhamento também é frequente quando tratado por fontes pagadoras dos sistemas de saúde, sejam públicos ou privados.

Nosso capítulo tem por objetivo analisar a interface entre obstinação terapêutica e aspectos econômico-financeiros que são pertinentes ao final da vida. Tentaremos também argumentar sobre os aspectos econômicos que justificam investimentos em serviços de cuidados paliativos.

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E DISTANÁSIA

No século XX, diante do rápido progresso técnico-científico, a exigência de cura e sobrevivência a todo custo passou a ser paradigma. É

por isso que se tornam cada vez mais frequentes práticas centradas em tecnologias de suporte a vida, procedimentos invasivos, ou várias terapias não proporcionais, como a alimentação artificial ou até ciclos repetidos de antibióticos em pacientes em fim de vida.

A obstinação terapêutica (OT) é o emprego de formas de tratamentos cujos efeitos são ou mais nocivos do que os efeitos das doenças subjacentes, ou inúteis, porque a cura é impossível e os benefícios esperados mínimos ou ausentes. A OT apenas adia a morte, transformando a fase final da vida em um processo lento e doloroso, portanto, termina na distanásia. Na literatura americana, também pode ser encontrado o termo “futilidade terapêutica” ao conjunto de intervenções com baixa probabilidade de benefício em pacientes com doenças avançadas ou muito graves^{5,6}. Vale ressaltar que a futilidade deve ser sempre contextualizada e centrada na pessoa sendo tratada. Nenhum tratamento é fúti em si mesmo, mas podem ser fúteis se não incorrem em benefício evidentes ao paciente.

Importante ressaltar que muito se fala sobre OT e futilidade, porém pouco é abordado sobre a “obstinação familiar” em continuar solicitando medidas invasivas em pacientes graves apesar da decisão técnica da equipe de saúde em suspender ou não iniciar um tratamento que não trará benefício a curto prazo. Mediar esse conflito com a família buscando entender a justificativa dessa obstinação e integrando os cuidados paliativos através de uma comunicação compassiva e eficaz é essencial para resolver disputas de forma mais assertiva promovendo o alinhamento no plano de cuidados.

Há evidências que a OT é frequente e traz inúmeros malefícios. O estudo SUPPORT teve como objetivo colher informações sobre pacientes com doença avançada⁷. Este estudo teve quatro anos de duração, com mais de 9000 pacientes de cinco hospitais nos Estados

Unidos, pesquisando-se causas e circunstâncias de seu sofrimento. Os pesquisadores observaram que 55% dos pacientes internados em Centros de Terapia Intensiva (CTI) estiveram conscientes nos três dias que antecederam a morte, 40% apresentavam dores não controladas, 80% fadiga extrema, 63% intensa ansiedade, além de sede, alteração do sono e outros sofrimentos físicos. Este estudo foi determinante para melhorias nos atendimentos a pacientes gravemente enfermos nesse contexto.

Também é alta a prevalência de OT relacionada a pacientes com doenças neoplásicas. O uso de quimioterapia próximo à morte pode ser considerada um marcador de má qualidade do cuidado, a ponto de reduzir a sobrevida⁸. Serviços de oncologia sem equipes de CP observam taxas ainda mais altas de quimioterapia nos últimos 30 dias de vida⁹. Ainda que haja protocolos de quimioterapia paliativa, há poucas evidências de que esse tipo de terapêutica seja útil, sobretudo em pacientes com doença avançada e funcionalidade moderada a gravemente comprometida¹⁰.

Cardona-Morrell, em revisão sistemática de 38 estudos, estima que um terço dos pacientes no fim da vida receberam tratamentos potencialmente fúteis, incluindo diálise, radioterapia, transfusões e ressuscitação cardíaca¹¹. Os autores destacam a ambiguidade do “fazer tudo que é possível” mesmo contra as manifestações dos pacientes. Além do desrespeito à dignidade humana, apontam para os riscos da insustentabilidade financeira de sistemas de saúde que atuam desse modo.

IMPACTOS ECONÔMICOS DOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA

Estima-se que nos Estados Unidos, 25% do orçamento do Medicare seja gasto no último ano de vida de seus beneficiários. Ainda que haja uma circularidade nessa questão – pessoas mais doentes requerem mais recursos e têm mais chance de morrer – é uma

concentração significativa. No Reino Unido, cerca de 20% das diárias hospitalares são destinadas a pacientes em fim de vida¹².

Em um estudo que acompanhou 1136 pacientes no ambiente de terapia intensiva por três meses, aproximadamente 11% dos pacientes estavam em ciclos de OT. Foram 464 dias de tratamentos percebidos como fúteis e 3,5% do custo total¹³. Bekelman e colaboradores avaliaram as diferenças de utilização e custos no fim da vida em sete países desenvolvidos. Em sua maioria, uma alta proporção dos pacientes morreram em hospitais de cuidados agudos. Mais de 40% dos pacientes com câncer nos Estados Unidos tiveram passagem pelo CTI nos últimos seis meses de vida. Com relação a quimioterapia nos últimos meses de vida, a maior prevalência foi encontrada entre os norte-americanos e a menor entre os belgas, 38,7% versus 18,1%, respectivamente. Entre os pacientes idosos, entre 78% a 89,3% tiveram hospitalização nos últimos 180 dias de vida¹⁴.

Uma provável origem para a OT em pacientes terminais pode ser econômica. Robert Pearl escreve na revista Forbes em 2017 que os sistemas de saúde estão viciados no pagamento por procedimento (do inglês, *fee for service*)¹⁵. Profissionais de saúde, sobretudo médicos, e hospitais dependentes desse modelo de pagamento só conseguem incentivar e gerar mais e mais procedimentos, mesmo que esses não adicionem valor ao cuidado dos pacientes. Assim como na dependência química, o modelo de pagamento é capaz de alterar o julgamento de quem prescreve e por isso provocar consequências deletérias nos pacientes¹⁶.

De um modo geral, hospitais e profissionais que ganham mais à medida que realizam mais procedimentos não têm incentivo para oferecer CP ou domiciliares no fim da vida. Quando o *Dartmouth Institute* avaliou a qualidade nacional em CP para pacientes com câncer avançado afiliados ao Medicare americano, encontrou grandes disparidades nos principais

indicadores – suporte avançado em pacientes com doenças terminais, quimioterapia nas últimas duas semanas de vida, encaminhamento para hospice – e uma das principais razões seriam os modelos de reembolso serem maiores para tratamentos mais agressivos. A falta de cobertura para serviços paliativos domiciliares e de Hospices também influia¹⁷.

Os custos relacionados à OT incluem não apenas os recursos em terapia intensiva, como ventilação mecânica e outros procedimentos médicos invasivos, mas também outros recursos hospitalares, gastos com equipes, infraestrutura, exames e tratamentos desnecessários. Não podemos deixar de mencionar os encargos de familiares e cuidadores – transporte, acomodação e outros gastos relacionados ao cuidado do paciente, além de tempo perdido no trabalho desses. Sem contar no custo não mensurável – o emocional, que é da unidade familiar (paciente e família), e tem desdobramentos do custo biopsicossocial ao se prolongar a vida de um ente querido, em uma rotina de cuidados e acompanhamento de fim da vida que é muito desgastante.

Há poucos estudos brasileiros que avaliam o tema. Ferraz e colaboradores publicaram seus resultados relativos a pacientes afiliados a plano de saúde suplementar no Brasil. Acompanharam a trajetória de custos de 274 usuários nos últimos quatro anos que antecederam seu falecimento. As conclusões concordam com a literatura: cerca de 70% dos custos ocorrem no último ano e 50% nos últimos quatro meses de vida; a faixa etária entre 71 e 80 anos concentrou esses custos.¹⁸

De forma mais ampla, a OT impacta no orçamento dos sistemas de saúde, sejam operadoras de planos privados, seja dos sistemas públicos, com alocação de fundos adicionais ou cortes em outras áreas da saúde. À medida em que o envelhecimento populacional aumenta, assim como a prevalência de condições crônicas e complexas, a pressão financeira transbordará para todas as áreas sociais, não apenas na saúde¹⁹.

CUIDADOS PALIATIVOS COMO VIA DE SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA

Muitos profissionais de saúde que atuam em CP podem eleger valores humanitários, morais ou éticos como superiores à questão financeira. Entretanto, sabemos que nas sociedades capitalistas, há competição por recursos finitos e sempre haverá escolhas a serem feitas por gestores de saúde e fontes pagadoras.

Há muitas maneiras dos serviços de CP influenciarem a utilização de recursos nos sistemas de saúde. Se pensarmos apenas na remuneração por procedimentos, dificilmente esses serviços serão rentáveis, uma vez que não há tecnologia, exames sofisticados, drogas caras a serem empregadas. As margens de lucro nesse caso serão muito inferiores aos que se encontra nas cirurgias que envolvem órteses e próteses ou tratamentos com medicamentos “inovadores”, por exemplo.

É possível endereçar a argumentação da sustentabilidade econômica em cuidados paliativos de duas formas. A primeira diz respeito aos *custos evitados*. Quando um paciente é transferido de um CTI para uma unidade de cuidados paliativos, os custos diários podem reduzir em mais de 60%, sem contar redução de exames desnecessários e procedimentos fúteis²⁰. Uma revisão narrativa de 43 revisões sistemáticas aponta que há consistentemente modelos de cuidados paliativos que reduzem a OT na fase final de vida, com redução de custos. Intervenções em hospitais melhoram vários desfechos para os pacientes e afetam positivamente na utilização e nos custos, sobretudo por reduzir reinternações, tempo de permanência e uso de terapia intensiva²¹.

A segunda forma como CP favorecem economicamente o sistema é em relação ao *custo de oportunidade*. Essa expressão é utilizada para indicar o potencial benefício que se perde ao tomarmos uma decisão de alocação

de recurso. Para cada escolha, há renúncia. Por exemplo, quando um leito de CTI é ocupado por um paciente com doença terminal, que não se beneficia dessa intervenção, o hospital perde a oportunidade de utilizar esse recurso com mais pacientes de melhor prognóstico, por exemplo, no pós-operatório de grandes cirurgias ou em casos agudos com melhor perspectiva de evolução. A transferência de 200 pacientes com esse perfil paliativo, dois dias antes para unidades de cuidados paliativos, geraria 400 dias de leitos de CTI.

O Centro para Avanço em Cuidados Paliativos (CAPC) tem uma calculadora online para mensurar o impacto de CP em hospitais, com o intuito de trazer métricas econômicas para aumentar iniciativas no campo²². A estimativa é de que a atuação da equipe de paliativistas traz economias de U\$ 3237 por paciente internado, sendo a maior ainda em pacientes com câncer²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou responder sobre a pertinência de aspectos econômicos nos cuidados de fim de vida. Uma vez que o envelhecimento populacional e a prevalência de condições crônicas e incuráveis aumentam, gestores, investidores, governos e todos os indivíduos serão confrontados com dilemas relacionados à esfera dos recursos financeiros.

Pelo exposto, grande parte dos recursos da saúde são alocados no último ano de vida das pessoas, nem sempre de forma adequada. A OT que leva a distanásia ainda é frequente e pode ser consequência do modelo de pagamento que incentiva mais procedimentos, em detrimento da entrega de valor em saúde.

O desenvolvimento e ampliação de modelos de CP podem ser

benéficos ao trazer cuidados personalizados, compassivos e proporcionais sem apressar a morte contudo não estender a vida obstinadamente por meio da tecnologia. Não reduzir a pessoa humana a uma entidade apenas biológica, ao promover uma vida digna e ativa de forma que o paciente possa participar ativamente do processo decisório de seu tratamento e por fim amparando a família a elaborar a morte do enfermo.

O outro aspecto, que debatemos aqui, é compreender que pode haver um benefício societário maior, no sentido de redução de custos e melhor direcionamento de estruturas e intervenções dentro dos sistemas.

Há amplo espaço para futuras discussões no tema, que devem ser incentivadas. É importante estudar se novos modelos de remuneração, como modelos de pagamento per capita, metas assistenciais e medidas com entrega de valor podem redirecionar os cuidados. Há que se avaliar de maneira mais pormenorizada os impactos econômicos nos pacientes em fim de vida e seus familiares. As evidências dos impactos financeiros de modelos de cuidados paliativos merecem melhores desenhos e uniformização de conceitos. Por fim, precisamos que o debate econômico ajude a incentivar a implementação de CP não apenas nos últimos meses de vida, mas bem antes, para ampliarmos as oportunidades de alívio de sintomas, influenciar positivamente no curso das doenças e promover a sustentabilidade dos sistemas de apoio paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOWN, BA. ARTE PERDIDA DE CURAR. SÃO PAULO: JSN EDITORA, 1997.
2. KOVACS, M J. MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 1992.
3. BURLA, C; PY, L. HUMANIZANDO O FINAL DA VIDA EM PACIENTES IDO- SOS: MANEJO CLÍNICO E TERMINALIDADE. IN:

- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (ORGS.). HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS. SÃO PAULO: LOYOLA, 2004. P.125-134.
4. WATSON, M ET AL. OXFORD HANDBOOK OF PALLIATIVE CARE. 2ND ED. NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2009.
 5. MACEDO, JC. A MORTE ADIADA. IN: CURADO, M; OLIVEIRA, N. PESSOAS TRANSPARENTES: QUESTÕES ACTUAIS DE BIOÉTICA. SÃO PAULO, ALMEDINA, 2010.
 6. SWETZ KM, BURKLE CM, BERGE KH, LANIER WL. TEN COMMON QUESTIONS (AND THEIR ANSWERS) ON MEDICAL FUTILITY. MAYO CLIN PROC. 2014 JUL;89(7):943-59
 7. LYNN, J ET AL. PERCEPTIONS BY FAMILY MEMBERS OF THE DYING EXPERIENCE OF OLDER AND SERIOUSLY ILL PATIENTS. SUPPORT INVESTIGATORS. STUDY TO UNDERSTAND PROGNOSIS AND PREFERENCES FOR OUTCOMES AND RISKS OF TREATMENTS. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE, V.126, N.2, P. 97-106, 1997.
 8. BAO Y, MACIEJEWSKI RC, GARRIDO MM, SHAH MA, MACIEJEWSKI PK, PRIGERSON HG. CHEMOTHERAPY USE, END-OF-LIFE CARE, AND COSTS OF CARE AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH STAGE IV PANCREATIC CANCER. J PAIN SYMPTOM MANAGE. 2018;55(4):1113–21 e3
 9. ROCHIGNEUX P, RAOUL JL, BEAUSSANT Y, AUBRY R, GOLDWASSER F, TOURNIGAND C, ET AL. USE OF CHEMOTHERAPY NEAR THE 77REQUE LIFE: WHAT FACTORS MATTER? ANN ONCOL. 2017;28(4):809–17.
 10. PRIGERSON, H.G.; YUHUA BAO,; MANISH A. SHAH; ET AL. CHEMOTHERAPY USE, PERFORMANCE STATUS, AND QUALITY OF LIFE AT THE 77REQUE LIFE JAMA ONCOL. 2015;1(6):778-784. Doi:10.1001/JAMAONCOL.2015.2378
 11. CARDONA-MORRELL M, KIM J, TURNER RM, ANSTEY M, MITCHELL IA, HILLMAN K. NON-BENEFICIAL TREATMENTS IN HOSPITAL AT THE 77REQUE LIFE: A SYSTEMATIC REVIEW ON EXTENT OF THE PROBLEM. INT J QUAL HEALTH CARE. 2016 SEP;28(4):456-69.
 12. SMITH S, BRICK A, O'HARA S, NORMAND C. EVIDENCE ON THE COST AND COST-EFFECTIVENESS OF PALLIATIVE CARE: A LITERATURE REVIEW. PALLIAT MED. 2014;28(2):130-5
 13. HUYNH TN, KLEERUP EC, WILEY JF, SAVITSKY TD, GUSE D, GARBER BJ, WENGER NS. THE FREQUENCY AND COST OF

- TREATMENT PERCEIVED TO BE FUTILE IN CRITICAL CARE. JAMA INTERN MED. 2013 Nov 11;173(20):1887-94
14. BEKELMAN JE , HALPERN SD , BLANKART CR , BYNUM JP , COHEN J , FOWLER R , ET AL. COMPARISON OF SITE OF DEATH, HEALTH CARE UTILIZATION, AND HOSPITAL EXPENDITURES FOR PATIENTS DYING WITH CANCER IN 7 DEVELOPED COUNTRIES . JAMA . 2016 ; 315 (3): 272 – 83
 15. PEARL, R. HEALTHCARE'S DANGEROUS FEE-FOR-SERVICE ADDICTION
[HTTPS://WWW.FORBES.COM/SITES/ROBERTPEARL/2017/09/25/FEE-FOR-SERVICE-ADDICTION/?SH=45A260C6C8AD](https://www.forbes.com/sites/robertpearl/2017/09/25/fee-for-service-addiction/?sh=45a260c6c8ad)
 16. RIEGLER, J. (2023). COMPARATIVE ETHICS OF MODERN PAYMENT MODELS: DOES THE WAY WE PAY FOR CARE ALIGN WITH PATIENT CARE ETHICS? . VOICES IN BIOETHICS, 9.
 17. GOODMAN D, FISHER E, CHANG C-H, ET AL. QUALITY OF END-OF-LIFE CANCER CARE FOR MEDICARE BENEFICIARIES: REGIONAL AND HOSPITAL SPECIFIC ANALYSES. HANOVER, NH: THE DARTMOUTH INSTITUTE FOR HEALTH POLICY AND CLINICAL PRACTICE; 2010.
 18. FERRAZ MB, MIRANDA IC, PADOVAN J, DE SOÁREZ PC, CICONELLIL R. HEALTH CARE COSTS IN THE LAST FOUR YEARS OF LIFE FOR PRIVATE HEALTH PLAN BENEFICIARIES IN BRAZIL. REV PANAM SALUD PUBLICA. 2008 AUG;24(2):120-6 -
 19. AUSTIN B, FLEISHER L. FINANCING END-OF-LIFE CARE: CHALLENGES FOR AN AGING POPULATION. CHANGES IN HEALTH CARE FINANCING & ORGANIZATION. 2003.
 20. SMITH TJ, CASSEL JB. COST AND NON-CLINICAL OUTCOMES OF PALLIATIVE CARE. J PAIN SYMPTOM MANAGE. 2009 JUL;38(1):32-44
 21. LUTA, X., OTTINO, B., HALL, P. ET AL. EVIDENCE ON THE ECONOMIC VALUE OF END-OF-LIFE AND PALLIATIVE CARE INTERVENTIONS: A NARRATIVE REVIEW OF REVIEWS. BMC PALLIAT CARE 20, 89 (2021)
 22. CENTER FOR ADVANCES OF PALLIATIVE CARE. HOSPITAL PALLIATIVE CARE IMPACT CALCULATOR. IN: [HTTPS://WWW.CAPC.ORG/IMPACT-CALCULATOR/](https://www.capc.org/impact-calculator/). ACESSADO EM 23/09/23.
 23. MAY P, NORMAND C, CASSEL JB, ET AL. ECONOMICS OF PALLIATIVE CARE FOR HOSPITALIZED ADULTS WITH SERIOUS ILLNESS: A META-ANALYSIS. JAMA INTERN MED. 2018;178(6):820-829

FILOSOFIA E MEDICINA Encontros e Desencontros

Murilo Cardoso de Castro

Segundo Hans-Georg Gadamer¹, desde os antigos sofistas gregos já se encontram tratados defendendo a “arte médica”, em resposta a seus adversários. A arte praticada em medicina é uma arte aparte, uma arte que não corresponde exatamente ao que os gregos chamavam *techne* (arte), nem ao ao que chamamos artesanato ou ciência. O conceito de *techne* é uma criação específica do espírito grego, do questionamento livre e refletido das coisas e do *logos* que justifica e funda tudo o que estimamos ser verdadeiro. Este conceito foi, com sua aplicação à medicina, um primeiro passo decisivo no sentido disto que caracteriza a civilização ocidental. O médico deixa de ser o *iatromantis*, o “medicine-man”, esta figura enevoada do mistério das forças mágicas que era em outras culturas. Aristóteles, segundo Gadamer¹, faz então da medicina o exemplo típico da metamorfose que transformou em uma ciência verdadeira a associação puramente empírica de um saber e de um saber-fazer, um *know-how*.

Ainda de acordo com Gadamer¹, mesmo se a experiência do *iatromantis* e a sapiência própria do curandeiro pudessem, em certos casos, se demonstrar mais eficazes, ainda assim o saber do médico é de uma natureza fundamentalmente diferente: o que ele sabe revela o geral. Ele conhece a razão do sucesso do tratamento. Ele compreende o efeito porque sabe recompôr a relação de causa a efeito. Isso parece muito moderno, no entanto não se trata aí da aplicação de conhecimentos científicos à prática medical tal qual entendemos hoje em dia. A oposição entre uma ciência pura e sua aplicação e são aplicação, tal qual a conhecemos, foi marcada pelos métodos específicos da ciência moderna e pelo uso que faz das matemáticas aplicando-as ao conhecimento da

natureza.

Para Gadamer¹, o conceito grego de *techne* não designa a aplicação prática de um saber teórico, mas uma forma própria ao saber prático. A *techne* é este saber que, pôsto no contexto de uma fabricação, representa um certo saber-fazer seguro dele mesmo. Este saber-fazer é de pronto ligado a um poder de fabricar e nasce desta ligação. Mas este poder de fabricar, por seu lado, é um poder perfeito que sabe e sabe igualmente porque ele sabe. É também de pronto constitutivo deste saber-fazer ciente que há um *ergon*, uma obra, que dele emerge para ser de alguma maneira despossuída do ato de fabricação. Pois o processo de fabricação encontra sua completude no fato que um objeto é fabricado, quer dizer lançado ao uso dos outros. Neste quadro conceitual da *techne*, a arte medical ocupa um lugar aparte, pois nenhuma obra artificial se produz.

“A arte medical, em sua essência, se define todavia pelo fato que seu poder de fabricar é poder de restabelecer. [...] O que é fabricado então não é uma obra, um *ergon*, algo que viria a ser e faria demonstração de um saber fazer. É o restabelecimento do doente do qual é impossível dizer se deve-se atribuir a um sucesso a ciência ou ao saber-fazer do médico. Um homem em boa saúde não é um homem a quem se teria fabricado uma saúde.” (ibid.)

Segundo Robert Joly², a *Coleção Hipocrática*, ou *Corpus hippocraticum*, é uma compilação de cerca de sessenta obras medicals cuja maior parte data do último terço do século V, ou das primeiras décadas do IV; só alguns poucos sendo mais antigos e outros muito mais tardios. Alguns destes tratados são especialmente consagrados à deontologia médica. Dentre eles consta um curto texto denominado “Lei”², cuja origem é muito obscura, e embora fazendo parte do *Corpus*, é tardio e possivelmente influenciado pelo estoicismo. Deste manifesto do perfeito médico extraio esta citação relevante para o que vou doravante tratar:

Aquele a quem é destinado adquirir conhecimentos reais em medicina tem necessidade de reunir as condições seguintes: disposição natural (êthos, eta inicial), ensinamento, lugar favorável, instrução desde a infância, amor ao trabalho, tempo. Antes de tudo, há necessidade de disposições naturais (êthos, eta inicial). Tudo está em vão quando a natureza aí se opõe; mas quando ela põe ela mesma na melhor via, então começa o ensinamento da arte. O aluno deve apropriá-la pela reflexão, o aluno tomado desde a infância e posto em um lugar próprio à instrução. É preciso além do mais se consagrar ao trabalho um longo tempo, a fim de que o ensinamento, lançando profundas raízes, traga frutos felizes e abundantes.²

Jackie Pigeaud, em seu estudo sobre a relação da alma e do corpo na tradição médico-filosófica antiga³, retoma um desses tratados hipocráticos, *Antiga Medicina*, onde reside o testemunho que confere a importância da tomada de consciência do corpo pelo paciente e pelo médico, da emergência do se sentir a si mesmo, como norma da saúde, como regulação do regime e como o elemento que determina a passagem de natureza à cultura. Trata-se assim de um corpo fisiológico, um corpo vivo, um corpo sofrendo (*carne*), que se constitui; e um corpo que tem sua função no processo da história (uma *bios*). A passagem de natureza à cultura se assenta em um dado que vai tomar tempo ao homem para descobrir. Algumas conclusões que Pigeaud retira deste escrito hipocrático são relevantes na compreensão da diferença real entre o médico antigo e o moderno, ou o “médico hipocrático” e o “médico cientista”.

A *Antiga Medicina* nos propõe uma teoria do conhecimento medical fundada no diálogo, e não nos exames tecnocientíficos do paciente; Festugière assim traduz esta passagem³: “pois não se trata então para cada um senão de se re-memorizar, em escutando o médico, o que lhe aconteceu. Se é incapaz de se fazer compreender aos profanos e se não dispõe os auditores nesta disposição de espírito, não se alcançará a verdade”.

Contrariamente ao que se crê geralmente, não se trata de informação nem de pedagogia, mas de conhecimento. A questão é aquela

do saber do médico, do saber do paciente, e da verdade. Ora, a verdade não está nem no médico (que só descreve uma forma abstrata), nem no paciente somente, que só tem um vivido informe. Quem é então o detentor do saber? O médico e o paciente, enquanto uma díade em diálogo. Onde está a origem do saber? No paciente de toda forma, que faz entrar a medicina neste gênero de diálogo. A verdade médica é originária da colaboração do médico e do paciente, em um diálogo onde o papel do médico é fazer recordar à memória do paciente o vivido que vai se tornar significativo.

A *Antiga Medicina* integra a doença no processo cultural e histórico. A medicina nasce da constatação de uma diferença: a mesma coisa dada aos doentes e aos saudáveis faz mal a uns e bem aos outros. De fato, tudo se assenta em uma ideia condicional, que é que a alimentação mesma nasceu da percepção de uma diferença: o mesmo alimento não convém aos homens e a todos os outros animais. No início o alimento é indiferenciado. E o sofrimento ocorre. É o sofrimento que faz a diferenciação entre o homem e o animal. É assim que o homem aprende que não é da mesma natureza que os animais, ou melhor que tem uma natureza específica. O sofrimento ensina ao homem que ele é um ser de cultura. O homem destaca-se da história. Ele se define na história. Esta história é a passagem da animalidade à civilização, da natureza à cultura; e esta história é como o motor do sofrimento.

A relevância atual desses tratados hipocráticos não reside evidentemente nos procedimentos técnicos eventualmente dispostos, mas especialmente na sua visão ainda profunda e significativa, de temas chaves como ser humano, saúde, doença, cura, médico, paciente, e, não menos importante, medicina. Um dos grandes historiadores da medicina, Pedro Laín Entralgo⁴ elabora um rico panorama destes temas, dos quais resgatamos “saúde”, “doença” e “cura”, com o propósito de fixar

conceitos antigos que serão muito referenciados a seguir.

Segundo Entralgo⁴, a mentalidade naturalista e clássica concebeu a *saúde* como normalidade, equilíbrio e harmonia. A isonomia ou "igualdade de direitos" das potências de que falou Alcmeão de Crotona, primeira concepção científico-natural da saúde do homem, é talvez o exemplo mais antigo, puro e simples de uma concepção ao mesmo tempo naturalista e clássica do estado salutar humano. Estão, segundo Alcmeão, o homem em cuja natureza se acham armoniosamente equilibradas entre si as diversas contraposições (*enantioseis*) que formam o quente e o frio, o úmido e o seco, o doce e o amargo, e as restantes potências (*dynameis*) da natureza animal. Igual significação antropológica que a isonomia de Alcmeão tem a *eukrasia* ou "boa mistura" de que falam os tratados hipocráticos de orientação humoral; ainda que neste caso o equilíbrio seja referido mais que às potências, aos humores que materialmente as suportam.

Ainda para Entralgo⁴, Platão pretende ir além de Hipócrates (Fedro, 270c), e com efeito o faz, porque considera que sem a boa ordem da alma — a *sophrosyne* — não é possível a saúde do homem; virtude, saúde e *sophrosyne* constituem um complexo único, nos afirma o Filebo (63e). Sem *emmetria*, "boa proporção" ou "boa ordem" entre os diversos componentes da alma não seria possível a saúde do indivíduo humano. Não seria difícil demonstrar que também em Aristóteles há uma estreita relação entre a ideia de saúde e a doutrina ética do "justo meio" (*mesotês*), segundo o qual a virtude seria um hábito operativo bem centrado entre os extremos viciosos, desmesurados, do "de mais" e do "de menos" (Ética a Nicômaco II, 99, 1109-20).

No tocante à *doença*, Entralgo⁴ reúne os principais termos do pensamento grego que se referem à enfermidade humana: *nosos* (dano), *pathos* (padecimento, paixão, afecção, dorlência) e *astheneia/arrostia* (debilidade, desvalimento). Citando Letamendi: "três predicados

universais do fenômeno enfermidade vêm sugeridos pela observação: 1) deficiência (*astheneia*); 2) dano positivo (*nasos*); 3) dano sentido (*patbos*).

Assim sendo, pelo estudo de Entralgo⁴, a enfermidade seria um estado da *physis* do indivíduo afetado, caracterizado pelas seguintes notas: 1) a injustiça (*adikia*, em um sentido físico-ético desta palavra: o desajuste cósmico, a falta de justeza ou ajustamento na ordem da *physis*); 2) a impureza (*akatharsia*: o enfermo é um homem impuro, também em um sentido ao mesmo tempo físico e ético; daí a expressão "matéria pecante" da medicina tradicional); 3) a fealdade (*aiskbrotes*: no enfermo se acha alterada a primária, radical beleza que possui a ordem da *physis* em forma de *kosmos* — ordem); 4) a desproporção (*ametria*, conceito mais abstrato e mais rigoroso que os de *monarkhia* e *dyskrasyis*); 5) a pena ou aflição (*lype*). Através dos primeiros filósofos pré-socráticos, a visão arcaica do universo se faz, através dos curandeiros hipocráticos, médica e racional.

Quanto à *cura*, Entralgo⁴, lembra que o médico não cura o enfermo, assim como citamos Gadamer acima, sobre a arte médica. Entralgo cita inclusive uma famosa sentença de Ambrosio: "Tratei de suas feridas e Deus o curou", isto é, o tornou são, termo este que etimologicamente se refere a *holon*, íntegro, santo. O tratamento, o ato médico por excelência, é expresso por um verbo "tratar" que significa "manejar uma coisa, trazê-la entre as mãos e usar materialmente dela". A relação etimológica entre o tratamento médico e a atividade manual, já era patente na terminologia médica da antiga Grécia, onde a operação terapêutica se chamou as vezes, genericamente, *enkebeireein*, "pôr a mão sobre o enfermo", sentido ainda guardado pelo termo alemão que se refere ao tratamento médico, *Behandlung*.

CIÊNCIA E TÉCNICAS DO CORPO. OS MODELOS MEDICAIS.

No antigo pensamento grego, como nota Henri Joly⁵, ocorre uma transposição do somático ao psíquico, e assim do médico ao político. Uma transposição que opera em duplo sentido: da filosofia à medicina, e da medicina à filosofia, como se pode constatar em diferentes diálogos de Platão. Esta transposição é parelha com a deposição das falsas técnicas, especialmente da retórica, especialmente como utilizada pelos sofistas (*Górgias*).

O modelo medical, no espírito platônico confere à filosofia política o que as técnicas artesanais fracassaram em oferecê-la: uma representação analógica da alma em relação ao corpo e uma concepção paradigmática das técnicas correspondentes, com seus objetivos e suas finalidades.⁵

O médico hipocrático é ainda designado como *demiourgos*, até como *cheirotechnes* (*Antiga Medicina*); sua competência, à imagem daquela do médico homérico, “curador dos males e trabalhador público”, é feita de conhecimento e saber. Mas os termos operam, no *Corpus Hippocraticum*, uma mutação de sentido; as noções, no entanto, se tecnicizam e se especializam.; o teor médico se reduz menos exclusivamente ao medicinal, ao conhecimento das *pharmaka*, e se volta deliberadamente para um conhecimento mais cínico, para o conhecimento das *pathemata* e de suas causas. Paralelamente a medicina menos preocupada de uma prática imediata adota uma dietética e uma terapêutica detalhadas onde se revelam um sentido preciso dos meios farmacêuticos e dos fins médicos, dos regimes alimentares e das constituições físicas, o que leva a um novo racionalismo médico e uma nova epistemologia da medicina.

A medicina se “teoriza” e se “sistematiza” durante o último terço do século V aC, obedecendo a uma corrente geral. “As *technai*,

particularmente as *technai* médicas, constituem um gênero literário em moda e propõem ‘manuais’ ou ‘tratados’ teóricos, que recenseiam, para cada arte determinada, doutrinas e métodos”⁵. A medicina vem a se definir assim como uma “arte” (*techné*), tendo esta classificação, neste caso, um sentido epistemológico enunciando sua originalidade: aliar sempre a teoria (*theoría*) e a prática (*praxís*), aliança tão forte que a medicina perde seu estatuto de “arte” (*techné*) se uma destas desaparece em seu exercício.

O ato de nascimento da medicina coincide também com o primeiro ato culinário, pelo qual o homem busca e encontra um alimento apropriado a sua natureza. “Este ato de nascimento é, de fato e de verdade, aquele da humanidade ela mesma que, abandonando o cru pelo cozido, se separa da animalidade e da selvageria primeira”⁵. Emblemática desta mutação culinária é a invenção do pão, alimento por excelência do homem, tal como nos relata Hipócrates (*Antiga Medicina*). Ora este ato culinário já é uma ato medical no sentido que busca para o ser humano um gênero de vida e um “regime” (*diáite*) que garantam saúde, subsistência, e alimento à natureza (*physis*) do homem.

Todas estas noções médicas serão transpostas por Platão ao registro da *psyche* onde tomarão respectivamente o nível de *politeia*, de *arete*, de *soteria* e de *paideia*, enquadrados segundo uma natureza psíquica cujo paradigma é então buscado do lado de seu análogo somático. O médico assim deveria assumir o papel de “curador” do corpo e da alma. Não há técnica da alma que não se apresente, segundo Platão, à imagem da técnica medical do corpo, como um conhecimento da natureza de das causas, como uma conhecimento da natureza em sua totalidade, sua pluralidade e na capacidade de agir e de sofrer do homem (*Górgias, Fedro, Teeteto*).

Neste sentido, Joly considera possível elucidar os sentidos fundamentais dos termo “natureza” e “totalidade”, nesta transposição platônica da medicina à filosofia e vice-versa. Para tal é preciso lembrar

que o método hipocrático não vai da natureza do todo à natureza do ser humano, mas da natureza do ser humano à natureza do todo, e, por outro lado, não esquecer a finalidade retórica e política da análise platônica, que é justamente de transposição por analogia. Neste balizamento se evidencia então que “natureza” (*physis*), é a natureza do corpo ou da alma e não a natureza do todo, aquela do universo. Mas esta natureza, para ser compreendida e conhecida, deve sê-lo em sua totalidade; ora, compreendida em sua totalidade, esta natureza remete à totalidade da natureza, na qual ela se encontra apreendida e pela qual ela é determinada.

Assim é que as categorias médicas de natureza, de causa, de gênero de vida e de “meio” são então transpostas à alma; esta perde sua simplicidade e a unidade que possuía por um outro tipo de análise, por exemplo no *Fedón* e se caracteriza doravante pela pluralidade e a diversidade: há almas e partes da alma, como há corpos e partes do corpo. Há ações e paixões da alma, como há ações e paixões do corpo. Em resumo, a alma apresenta, em conformidade ao corpo, uma pluralidade de tipos (*Fedro* 271a). A política deve reconhecer a alma em sua naturalidade quer dizer em sua pluralidade e em sua multiplicidade. A cidade utópica se organiza em perfeição e justiça, onde cada tipo de alma se encontra “aí-sendo” conforme a combinação de “caráter e práxis” (*éthos-praxis*) e “dom e arte” (*kbreia-techné*).

É deste mesmo modo que já se apresenta em Hipócrates esta consideração pelo o ser humano singular, naquele “doente particular” que tem a “necessidade de um tratamento singular apropriado” (*Antiga Medicina*). Assim, pela importância acordada à noção de “caso”, a clínica e a terapêutica andam juntas no conhecimento do particular. Platão compreendeu este problema, no momento de transpôr o sentido ao plano político; se deu conta que a intervenção pressupunha um saber circunstanciado e tomando em conta os casos considerados ao mesmo

tempo na generalidade necessária ao conhecimento e na particularidade requerida para a intervenção (*Fedro* 268b). Assim se explica que a política seja uma *clínica transposta* e que a noção de “lei” seja o análogo político da receita médica.

A QUESTÃO DA VOCAÇÃO

“Ser o que se é”, “o virtuosismo no pleno exercício de seu dom próprio”, eis a ideia clara do que é a justiça tanto no indivíduo como na cidade⁶. O exame da justiça na cidade (*polis*), que em termos modernos deveria ser entendida como um Estado-nação, segundo Annas, é o caminho para se ter acesso ao exame da justiça no indivíduo. Sócrates busca desvendar os elementos essenciais na existência de uma *polis*, examinando o processo natural de constituição de uma cidade (*República* Livros III e IV). O fundamento de uma *polis*, diz ele, é uma associação de pessoas que repousa sobre a necessidade (369 b-c). As pessoas não se bastam a si mesmas, têm necessidades variadas. Assim se introduz o que Annas denomina o “Princípio da Especialização”, a saber a ideia que a uma única pessoa, cabe uma só tarefa.

Platão não afirma somente que a divisão do trabalho é necessária à eficácia e ao desenvolvimento econômicos. Ele visa a eficácia somente no seio de uma associação na qual as vidas das pessoas dependem umas das outras, e onde elas não se limitam a “se alimentar umas ao lado das outras como animais”, assim como dirá Aristóteles mais tarde. Deixando de ver os outros como rivais em competição consigo mesmo pelo necessário, e se pondo em cooperação a fim de atender suas necessidades, se torna imperativa a especialização das tarefas, para que as necessidades todas sejam satisfeitas da melhor maneira.

Sócrates afirma que a especialização do trabalho é *natural* (*physis*),

declarando em 370b que “cada um de nós é naturalmente, no princípio, não de todo feito semelhante a cada um, mas de uma natureza (*physis*) diferente, um dotado para a realização de uma função, e outro para uma outra”. A justiça da *polis* está na realização de sua missão própria entre as *ciudades*, pelo preenchimento de suas necessidades enquanto associação humana, pelo exercício da função natural, o dom de cada membro desta *polis*, e, por conseguinte, a efetiva justiça do indivíduo.

Segundo Annas⁶, Platão formulava o “Princípio da Especialização” dizendo que cada um deveria *ta heauton prattein*, “ocupar-se de seus próprios afazeres”. Aí todo cuidado é pouco, pois esta expressão, hoje em dia, se entende como dizendo que cada um deveria viver o gênero de vida que livremente escolheu, em lugar de modelar sua existência segundo os desejos e expectativas dos outros. Esta conotação moderna, se dá evidentemente sobre um pano de fundo no qual a justiça, na *polis* e no indivíduo, é totalmente deixada de lado, quanto mais sua íntima dialética.

Por outro lado, o crescimento da *polis* pelo acréscimo indefinido das necessidades de seus membros só pode conduzir a uma “cidade de luxo acometida de febre, uma “cidade de porcos” como contrapõe Glaucon à Sócrates, e este concorda. O antídoto para tal está na “especialidade” dos Guardiões, e sua *paideia* filosófica. A sociedade ideal pode assim vir a ser uma realidade, pela atuação dos Guardiões e pela governança do Rei-filósofo, que vai garantir a depuração que desembaraçará a cidade do luxo de seus elementos insanos.

Em seu estudo sobre *A Arete como possibilidade extrema do humano*⁷, António Caeiro assim define a excelência (*arete*) de cada coisa, com base no diálogo de Platão *Górgias* (505e1): “a ‘excelência’ de cada coisa é arranjada e posta numa ordem (*kosmos*) através de uma estrutura organizativa (*taxis*)”⁷. Afirma ainda: “Quando uma excelência está

presente, em virtude de uma ordenação (*kosmos*), cada coisa obtém a possibilidade de se tornar autenticamente nela própria, isto é, de se realizar plenamente”⁷. Em cada ente, portanto, seja artefato, corpo vivo, existência humana, ou vivente, a excelência é estruturalmente a mesma. Em cada ente, reluz um mesmo *eidos* que se constitui não por acaso, mas pela presença de três elementos intrínsecos, a “ordenação” (*kosmos*), a “correção” (*taxis*) e a capacidade de “uso” (em seu duplo sentido; gr. *khreia*) que é doada a cada um deles, ou seja, configuram o “dom” que cada um dispõe.

Entre os questionamentos que abre, a partir desta definição, Caeiro levanta: “como é que todos os entes podem tornar efetivas as potencialidades de que dispõem?”; “como é que cumprem, autêntica e genuinamente, as suas funções específicas?” A fórmula que define a excelência exprime a possibilidade, em cada ente, de adequação e aptidão entre si de cada elemento particular que o compõe. O modo e o sentido é, no entanto, diferente para cada região de entes. Ou seja, uma casa, enquanto ente da região de artefatos, cumpre sua função se as suas partes forem bem organizadas estruturalmente (*taxis*) e bem ordenadas constitutivamente (*kosmos*). A ordenação e o princípio organizativo que fazem a casa funcional, está além da própria casa na sua essência. A excelência (*arete*) da casa eleva sua funcionalidade ao caso extremo de sua possibilidade de ser o que é.

No caso da *psyche*, que Caeiro⁷ traduz como “lucidez humana”, a compreensão do sentido da excelência depende da presença da justificação e da justiça (*dikaio-syne*), da consciência tranquila (*sophrosyne*=temperança), da perseverança (*andreia*) ou da sanidade perfeita (*osio-tes*), e da possibilidade de exposição a si própria da excelência, trazida pelos termos “saber” (*episteme*) ou “consciência” (*phronesis*). Afirma-se assim como em Platão se pensa a possibilidade da constituição da

excelência, enquanto a realização plena de cada ente, neste caso da lucidez humana. Esta possibilidade é sempre contrastada com seu oposto, a “perversão” (*kakia*), a in-versão do que se é no que não se é.

A excelência de cada ente corresponde a um determinado trabalho (*ergon*), à concretização de uma possibilidade. A cada ente assiste o desempenho de uma função específica. A excelência (*arete*) possibilita a um determinado ente realizar o seu trabalho (*ergon*). Isto é, tendo em vista a excelência (*arete*), enquanto possibilidade máxima que qualquer coisa tem em se tornar naquilo mesmo que ela pode ser, o seu trabalho (*ergon*) corresponde ao pleno desenvolvimento e à concretização excelente dessa possibilidade.⁷

Neste ponto, vale tomar a reflexão de Danielle Montet⁸ sobre a noção de *eidōs* nos diálogos de Platão. A começar por sua consideração sobre a *techne* (arte) como abarcando um campo mais amplo que aquele da *poiesis* (fazimento), ela leva em conta que há saberes que não se reduzem a um saber-fazer, mas alcançam um saber-usar: “o *Entidemo* já distinguia as artes ligadas a um fazer (*poiein*) e aquelas que decorrem de um *uso* (*kbresthai*)”. No primeiro caso, é considerando o *eidōs* como modelo, sobre o qual trabalha o artífice; no segundo, é princípio o saber do usuário, do *kbresimos* (*República X*, 601e).

“O que é” significa, deste modo, “a que isto serve”. Mais que o modelo ou o paradigma, termos que geralmente traduzem *eidōs*, este determina o uso, a maneira de se usar, a função. O *eidōs* significa “uso”, *kbreia*, no duplo sentido de usar e de servir, ambas respondendo a uma “necessidade” tanto de uso quanto de serviço. O usar é assim um desfrutar que guarda sua injunção de um apelo a assim se usar. A *kbreia* implica em um *saber usar* que salvaguarda e abriga isto de que faz uso. Nem usura, nem abuso, o uso é desdobramento do ser, no duplo sentido do genitivo. A qualidade de um objeto, de um instrumento, se revela através do bom uso que dele se faz. Assim o *eidōs*, mais que um paradigma ou um modelo, dá a pensar um saber do uso, abrindo-se à questão da *competência* a qual

retorna constantemente Platão.

O pensamento do eidos implica que o ser-no-mundo se desdobra na dimensão do uso, da *khreia*, proposição que o sofista poderia quase compartilhar, mas quase somente. A raiz do debate filosofia/sofística, em sua irredutível diferença, sustenta-se em que, em grego, se enuncia no distanciamento entre o uso entendido como *khreia* e o uso interpretado como *nomos*, quer dizer convenção. Aí onde o sofista faz de um empirismo grosseiro o princípio do uso, Platão sublinha a dimensão do saber, do saber-usar em toda *khreia*. Para Crátilo ou Cálicles, *nomos* significa antes de tudo instituição, convenção, quer dizer sempre, uma dimensão de arbitrário, enquanto uma injunção se enunciando no termo *khreia*. [...] Definir o eidos significa determinar a natureza ... , quer dizer a maneira que convém de usar. [...] O debate aberto a partir da oposição *physis/nomos*, recurso da argumentação sofística, perde toda pertinência na medida que o eidos, princípio do uso, define ao mesmo tempo a natureza e a maneira pela qual convém usar, em uma estrita reversibilidade. [...] A injunção “conhece-te a ti mesmo” poderia então se entender como “saiba usar contigo mesmo, saiba isto que, de ti e para ti, advém em todo uso”.⁸

O *eidos* assim se oferece como aquilo que dita o uso, enquanto “o que” e “para que”. O *eidos* é, neste sentido, o que a *theoria* (contemplação, *vita contemplativa*) evoca, ditando a *vita activa*, enquanto *poiein* (fazimento, regido pela *techne*, arte) e *praxis* (atuação, regida pela *phronesis*, sabedoria prática). O *eidos* determina a vocação da *psyche* (lucidez humana), evocando seu “uso”, em duplo sentido, “do que” e “para que” é.

No resgate que Didier Franck faz de Heidegger⁹, o *Dasein*, o *Ser-aí* (ou *Aí-ser*), é “o ente que somos nós mesmos, que sou, cujo ser é *sempre meu*, um ente ao ser do qual cabe se relacionar a seu ser: *existir*”. O ser deste ente, o *Dasein*, é para cada um de nós “meu” (*jemeinig*). Esta característica da existência, que a faz “minha” para cada *Dasein*, leva Heidegger a dizer que o “ser-cada-vez-meu” (*Jemeinigkeit*) é um caráter geral de todo *Dasein*.

Desde o princípio de sua existência, meu ser me é dado como um dever. Em outros termos, me é imposto dever-ser (*Zu-sein*). Enquanto o *Dasein* é, trata-se para ele de realizar seu ser. Esta tarefa não permanece uma meta exterior a cumprir, mas ela já é sempre realizada em cada um dos

comportamentos, em cada uma das atitudes e das atividades do Dasein: é uma tarefa à qual ele não pode escapar. É isto que significa a expressão dever-ser (Zu-sein). A maneira pela qual esta tarefa é reconhecida e assumida para cada um de nós, decide da autenticidade ou da inautenticidade de nosso ser.⁹

Este “ser-cada-vez-meu”, “aí-sendo”, tem peso e função, e uma carga de “sempre-meu” consideráveis. E é assim que se fundamenta a importante distinção entre duas maneiras deste “aí-ser”, que Heidegger denomina existência própria e existência imprópria, ou autenticidade e inautenticidade. Entretanto, qualquer que seja sua maneira de ser, o *Dasein* é sempre meu e se relaciona a seu ser como a sua possibilidade própria. “O Dasein é, cada vez, sua possibilidade e ele não a “tem” somente como propriedade de um subsistente.”¹⁰. Sendo sua possibilidade, o *Dasein* pode se perder ou se alcançar, ser autêntico ou inautêntico, ser ou não ser seu ser. Segue que, se o *Dasein* é, em sua ipseidade, relação ao ser mesmo, é o ser ele mesmo que é sempre meu. “A neutralidade específica do título ‘*Dasein*’ é essencial porque a interpretação deste ente deve ser realizada antes de qualquer concreção fática. [...] O *Dasein* em sua neutralidade não é indiferentemente ninguém e todo mundo mas a positividade e o poder originários da essência.”¹¹.

O *Dasein* neutro não é, portanto, jamais tal ou tal existente encarnado de fato mas a possibilidade de toda existência encarnada que se pertence ela mesma. Não podendo, conseqüentemente, se confundir com a individualidade ôntica fática, o *Dasein*, não é, no entanto, a concreção indiferente de uma essência pretendidamente universal, a afirmação da neutralidade, equivalendo aqui àquela da individuação mais radical: a ipseidade⁹.

Só há Ipseidade na vida. A Ipseidade não se encontra na vida como a relva no campo ou a pedra no caminho. A Ipseidade pertence à essência da Vida e à sua fenomenalidade própria. Ela nasce no processo de fenomenalização da vida, o processo de sua autoafecção patética, e como

o modo mesmo segundo o qual esta se cumpre. A Ipseidade é a do Arquifilho transcendental e só existe nele, como o que engendra necessariamente nela a vida que se engendra a si mesma. A Ipseidade está com a vida desde seu primeiro passo; ela pertence ao primeiro nascimento. Ela se encontra neste Arquinascimento, torna-o possível, não é inteligível senão em sua fenomenologia. A Ipseidade é o Logos da Vida, esse em que e como a Vida se revela revelando-se a si. A Ipseidade está no princípio e vem antes de todo e qualquer eu transcendental, antes de todo e qualquer Indivíduo. Antes de Abraão. Mas todo e qualquer Indivíduo procede desta Ipseidade e só é possível nela. Nesta Ipseidade de antes do mundo. Nesta Ipseidade tão antiga como a vida, eterna como ela. Se por homem entendemos, como se faz habitualmente, o indivíduo empírico, esse cuja individualidade decorre das categorias do mundo, do espaço, do tempo, da causalidade, em suma, se o homem é este ser do mundo inteligível na verdade do mundo, então é preciso resignar-se: este homem não é uma Ipseidade, ele não traz em si nenhum Si, nenhum “eu”. O indivíduo empírico não é um Indivíduo e não pode sê-lo. Um homem que não é um Indivíduo e que não é um Si não é um homem. O homem do mundo é apenas uma ilusão de ótica. O “homem” não existe.¹²

O *Dasein* enquanto ipseidade, é o que cada um de nós é de modo autêntico. Autenticidade que se dá pelo eco do “Logos de Vida” que dita a vocação, que o *eidōs*, configura, uma vez contemplado, e orienta o “fazer” (*poiein*) e o “atuar” (*praxis*) que compõem a *vita activa*. No caminho da compreensão do *Dasein* se dá o “des-encobrimento” da verdade (*aletheia*) do ser. E assim cada um pode vir a ser o que é, o que tem vocação para ser, em plena justiça.

A questão da vocação para ser médico, é assim muito mais profunda. Professar a medicina, é proferir em um fazer e um atuar humanos, a autenticidade de um *Dasein* que ecoa em sua ipseidade esta ideia (*eidōs*) recebida enquanto dom. A simples avaliação psicotécnica é incapaz de qualquer aproximação do que ela é verdadeiramente. Entretanto, ela se evidencia por si só, no curso da *paideia*, nos termos que vamos investigar a seguir.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

1. GADAMER, HANS-GEORG. PHILOSOPHIE DE LA SANTÉ. PARIS: GRASSET-MOLLAT, 1998.
2. JOLY, ROBERT, HIPPOCRATE. MÉDECINE GRECQUE. PARIS: GALLIMARD, 1964.
3. PIGEAUD, JACKIE. LA MALADIE DE L'ÂME: ÉTUDE SUR LA RELATION DE L'ÂME ET DU CORPS DANS LA TRADITION MÉDICO-PHILOSOPHIQUE ANTIQUE. PARIS: LES BELLES LETTRES, 1989.
4. ENTRALGO, PEDRO LAÍN, ANTROPOLOGÍA MÉDICA PARA CLÍNICOS. BARCELONA: SALVAT EDITORES, 1984.
5. JOLY, HENRI. LE RENVERSEMENT PLATONICIEN: LOGOS, EPISTEME, POLIS. PARIS: J. VRIN, 1985
6. ANNAS, JULIA. INTRODUCTION À LA "RÉPUBLIQUE" DE PLATON. TR. BÉATRICE HAN. PARIS: PUF, 1994
7. CAEIRO, ANTÓNIO. A ARETÉ COMO POSSIBILIDADE EXTREMA DO HUMANO. LISBOA: INCM, 2002.
8. MONTET, DANIELLE. TRAITS DE L'ÊTRE. GRENOBLE: JÉRÔME MILLON, 1993.
9. FRANCK, DIDIER. HEIDEGGER ET LE PROBLÈME DE L'ESPACE. PARIS: EDITIONS DE MINUIT, 1986.
10. HEIDEGGER, MARTIN. SER E TEMPO. TR. FAUSTO CASTILHO. PETRÓPOLIS: VOZES, 2012, p. 141
11. HEIDEGGER, MARTIN. THE METAPHYSICAL FOUNDATIONS OF LOGIC. TR. MICHAEL HEIM. BLOOMINGTON: INDIANA UNIVERSITY PRESS, 1984.
12. HENRY, MICHEL. EU SOU A VERDADE. POR UMA FILOSOFIA DO CRISTIANISMO. É REALIZAÇÕES, SÃO PAULO, 2015.

UM OUTRO PENSAR

João Cardoso de Castro

APRESENTAÇÃO

A fim de colocar o leitor na frequência do pensar, creio que seja proveitoso algumas palavras iniciais sobre a natureza da investigação que pretendemos colocar em curso aqui, neste pequeno capítulo. Vamos embarcar em uma reflexão "essencial", portanto, filosófica. Uma "abordagem filosófica" destaca-se das demais abordagens possíveis de um tema qualquer. Ao se destacar, para muitos ela soa como uma abstração, um isolamento do tema, de fatores comuns de seu contexto ordinário. Mas não se deixe enganar. A Filosofia é um exercício solitário, é verdade, mas extremamente prático. Não há distanciamento das situações concretas, muito pelo contrário. Ela se movimenta precisamente no interior destas situações e seus contextos. Um alerta, no entanto: como nos disse Nietzsche "é preciso estar preparado para as alturas, de outro modo o perigo de aí congelar não é pequeno. E o alemão complementa genialmente: "como livremente se respira! Quantas coisas se sentem abaixo de si!".

A ideia é apresentar, em linhas gerais, a abordagem filosófica e a atitude filosófica, em específico, para se pensar a Bioética uma vez mais. Eu diria, forçosamente, que se trata de um prolegômeno à Bioética. Queremos sugerir uma "nova" forma de pensar. Buscar refletir sobre questões relacionadas ao modo de pensar filosófico, como o homem "domina", denomina e compreende a "realidade". As constatações são evidentes: é preciso (re)pensar a forma como queremos interpretar o mundo e, por conseguinte, esta rica disciplina, a Bioética. Este "interpretar" deve ser entendido como uma busca de sentido e lugar, mais

do que nunca, um "situar-se" enquanto "ser" humano. Assim, urge uma retomada do pensar "essencial", como se costuma chamar aquela forma de refletir própria da filosofia, do filosofar. É evidente que não existe uma forma única de se "pensar" filosoficamente, mas é lugar comum que o "abordar" filosófico, em nosso caso sobre Bioética, não pode se reduzir a uma exposição metódica dos principais sistemas e dos mais importantes pensadores. O pensar filosófico deve ser crítico e metódico, afinal, sem crítica "a história do pensamento não passaria de um repositório morto de ideias, de um estudo sem vida, estéril e até prejudicial", nos diria Leonel Franca, um antigo pensador brasileiro.

Arriscamos dizer que, no campo da Bioética, pouco se faz neste sentido. É preciso empreender um pensar que vá além do simples elencar das suas teorias morais e pensadores. Um esforço que nos garanta um olhar mais abrangente embora, paradoxalmente, mais preciso. Sim! Uma pretensão exagerada, mas não impossível. Neste sentido, duas considerações se fazem pertinentes aqui, antes de começarmos. Primeiro, sobre a amplitude desta empreitada. Heidegger, quando perguntado sobre os seus livros, afirmava não ter "obras", somente "caminhos". Nossa pretensão é semelhante. Entendemos que os apontamentos aqui feitos não passam de "caminhos", possibilidades do exercício do pensamento. Assim, tudo o que for aqui dito pretende indicar, acima de tudo, o caráter de insuficiência do pensar, jamais de completude ou fechamento. Segundo, sobre a importância dos grandes pensadores, que devem nos acompanhar, nos dar suporte, desde o início, nesta difícil caminhada. Como bem nos disse Luc Ferry, "é indispensável, antes de 'pensar por si mesmo', ter a humildade de 'pensar por intermédio dos outros', com eles, e graças a eles."

MAS AFINAL, O QUE É O FILOSOFAR?

Agora já podemos dar nossos primeiros passos no interior da nossa pesquisa, propriamente dita. Existe pouca concordância quanto ao que é o "filosofar". Muitos foram os autores que se arriscaram numa definição, improvável, para a tal "atitude", que ganhou forma e força entre os gregos por volta do século VI a.C. Em todos os tempos a Filosofia tem exercido atrativo mais ou menos intenso sobre os homens, mas desde seu surgimento, discursos "herdeiros" da filosofia grega se espriam por toda as dimensões da existência humana, seja no plano teórico ou prático. Não à toa, faculdades, cursos e institutos de Filosofia estão presentes em todas as grandes universidades do mundo. Mas por que empreender uma abordagem filosófica da ética e da Bioética? Qual é a importância de uma reflexão de natureza filosófica sobre estes temas? Estas são as perguntas que devem estar sempre presentes em nossa empreitada, como um pano de fundo.

Tomemos, como ponto de partida, a primeira pergunta, qual seja: qual a importância de uma reflexão de natureza filosófica sobre a Ética e a Bioética? E, ainda mais especificamente, o que entendemos por "reflexão de natureza filosófica"? Creio que as palavras de Olivier Abel¹ possam nos ajudar nesta reflexão:

Saber interrogar os [discursos ou situações], com efeito, significa saber os interpretar, saber sob que ângulo de ataque os tomar, por qual bordo. A filosofia aqui não supõe conhecimentos prévios: é um gesto ou um olhar a apreender. Frequentemente discursos e textos, mas também gestos e mesmo objetos só são incompreensíveis porque não sabemos a qual questão respondem, e que não nos pomos nem mesmo a questão. Saber interrogar, é buscar perceber o invisível, as questões às quais os fatos, as palavras e os comportamentos respondem; e é compreender que estas questões não são forçosamente as nossas, que não compreendemos tudo. É também compreender que estas respostas podem abrir novas questões, às quais elas não respondem, e às quais nem sonhamos. Há, portanto, algo como um aprendizado da interrogação, e é ao mesmo tempo uma formação da inteligência e uma abertura propriamente ética: a integração progressiva das questões de outro e dos outros pontos de vista a nossa

percepção e a nossa concepção do mundo.

A palavra **abordagem** é originária da marinharia, do verbo abordar, significando “acostar (uma embarcação) junto a (um porto, uma costa, ou uma outra embarcação)”. Temos, em nosso caso, uma figura de retórica, quando chamamos uma **abordagem** de “filosófica”. Ou seja, no sentido figurado estaríamos a “acostar nosso barco de pensamentos a um tema”, porém utilizando **amarrares filosóficas** para sustentar este acostamento.

Seguindo a metáfora da *abordagem*, o que de fato se passa é que, a exemplo do abordar da marinharia, temos que nos **pôr na mesma direção** de um tema qualquer, segundo um dispor filosófico, afinal, é preciso esta na mesma direção. Temos que, em continuidade, **alcançar** e **acompanhar** a dinâmica de pensamento exigida pelo tema, para então, alinhados lado a lado, na mesma direção e convívio, realizarmos então a **abordagem** com as devidas e necessárias **amarrares filosóficas**. Para esta **abordagem**, todo o sentido é, portanto, decorrente da filosofia, que deve nos guiar em todo processo: no seguir a direção, alcançar, acompanhar, alinhar e, enfim, realizar. Trata-se de uma ação? Certamente, no sentido marinho do verbo. Mas no sentido figurado, este que queremos, trata-se mais e melhor de uma **atuação**. E a diferença significativa está em que não se age, não se faz, não se produz: **atua-se**, no sentido de estar no exercício de um ato, trata-se, por isso, de uma **atitude**. A **atitude filosófica**.

Para Von Zuben², o grande desafio da aprendizagem da Filosofia é o fato de que não se trata de uma questão didática somente. Para o filósofo, "a ensinabilidade articula-se com a apropriação numa relação de co-pertença. Só se decide sobre a possibilidade de apropriação na medida em que se sabe de que se deve ou se tenciona apropriar. E mais, a

apropriação articula-se, de outro lado, com a expressividade da Filosofia.”

Toda reflexão sistemática deve ser pautada num método específico, um caminho. Neste primeiras linhas procuramos estabelecer, ainda de maneira provisória, nossa aproximação sobre o tema. Pudemos conduzir nosso pensamento para o âmbito do pensar filosófico, e ainda temos muito caminho pela frente. Vamos arriscar ainda outros passos no interior do pensar filosófico. Nosso pensamento é tal qual o olho que, saindo de um ambiente escuro para um local muito claro, encontra dificuldade de se ambientar: precisamos nos acostumar com a abordagem filosófica.

A "FILOSOFIA" COMO ATUAÇÃO

Até aqui, procuramos aprofundar nossa percepção sobre o pensamento filosófico, refletindo sobre sua natureza mais íntima e permitindo que seu sentido seja o apelo de que necessitamos para esta caminhada. Trata-se de um saber diferenciado e insubmisso. Retomando a partir do que foi dito até aqui, sabemos que o pensamento grego nos legou uma importante diferença entre o "fazer" e o "atuar". O filosofar não pode ser compreendido como um "fazer". Trata-se de "atuar". Também o sentido e tarefa da Filosofia é conflito antigo na história do pensamento.

Em se tratando de um "atuar", a Filosofia se coloca imediatamente regida por uma coisa outra que o "fazer". O antigo pensamento grego nos legou, com enorme profundidade, a diferença entre estes dois conceitos. *Poiesis* (**fazer**) é diferente da *praxis* (**atuar**). Se no abordar marinheiro, ou seja, no **fazer** (*poiesis*), se requer a arte ou técnica (*techné*) da marinharia para se alcançar o resultado – o fato da abordagem –, no **atuar** (*praxis*) filosófico, por sua vez, uma outra coisa impera. Figurado pelo "abordar", o **atuar** requer discernimento ou **percepção que vê por dentro**

(*phronesis*), um passo aquém da sabedoria (*sophia*), mas já uma demonstração de apreço (*philia*) por esta (por isso chama-se *philosophia*). Resumindo, a *praxis* deve ser uma **atuação** orientada pela *phronesis*; a *poiesis*, por sua vez, deve ser um fazimento (fazedura) orientado da *techné*. Aqui pretendemos colocar em curso a primeira, conforme Heidegger³: "Para aprendermos a experimentar em sua pureza [...] essa essência do pensar, devemos libertar-nos da interpretação técnica do pensamento".

Sem perder tempo, examinemos agora a ordem de sub-atos consecutivos, mas simultâneos, que participam do **abordar filosófico**: direcionar, alcançar, acompanhar, alinhar e realizar, no sentido de "tornar real", este "tipo" de abordagem. Ao tomar a direção filosófica, abandonamos toda e qualquer agenda prévia, todo e qualquer propósito pessoal, toda e qualquer meta a ser alcançada. Assim como uma embarcação que deseja abordar outra deve abandonar sua direção anterior para navegar na direção daquela que pretende abordar, da mesma maneira, este deve ser o primeiro ato de uma **abordagem filosófica**.

Quando Edmund Husserl, por exemplo, convoca em sua fenomenologia o "retorno às coisas mesmas", ele adota um tom possível da **abordagem filosófica**. Em seu caso, sua proposta é de retorno desde as coisas empíricas à constituição das coisas enquanto coisas. Direcionar-se segundo uma investigação do "coisar", que ponha entre parênteses tudo que se tem por aceito segundo a atitude natural face às coisas. Este direcionar-se ao tema, guiado pela fenomenologia, acata tão somente o fenômeno, o aparecer da coisa, o "coisar", e não o que quer que se tenha de social, histórico, cultural ou científico sobre a coisa.

Voltemos agora à nossa metáfora! Tomada a direção do tema é preciso alcançá-lo para poder abordá-lo. Quando dizemos alcançar enfatizamos um esforço de pensar que se concentre única e exclusivamente sobre o tema a ser abordado. É preciso, na abordagem

fenomenológica, o exercício da *epoche*, consagrada no pensamento de Husserl: purgar o tema de qualquer agenda prévia ou preconceitos. Qualquer cogitação que ornamente o tema, que o enfeite de considerações de toda natureza, só serve para dificultar ainda mais o alcance à questão “o que é?”. Em nosso caso, "o que é isto - a Ética?" e "o que é isto - a Bioética?".

Alcançado o tema, é possível acompanhá-lo, ou seja, fazer companhia ao mesmo. Quando falamos de fazer companhia, lembramos que “companheiro” (*cum panis*) quer dizer “comer do mesmo pão”. O tema alcançado serve agora de alimento para o pensar, tornando-se digno de pensar, conforme Heidegger⁴ costuma dizer. Este é um passo indispensável e uma condição necessária para sua **abordagem** final: conhecer (de *co-gnoscere* = saber com), e por esta atitude fazer brilhar os seus sentidos.

Podemos dizer que o que foi dito sobre **abordagem** vale não somente para a “filosófica” mas igualmente para qualquer outra. Por exemplo, na comparação entre a **abordagem filosófica** e a abordagem científica, um olhar superficial encontrará certas similitudes entre estas duas abordagens. Qual seria então a diferença entre estas abordagens? Certamente a qualificação. Se o *modus operandi* do pensar técnico-científico se caracteriza por uma aproximação "regional" dos fenômenos, o pensar filosófico permite a abertura diante do que se manifesta. Vamos ler com atenção esta passagem de Heidegger⁵.

O “saber” essencial não domina sobre o que lhe é dado saber, mas é tocado por ele. Por exemplo, só para tomar um caso entre outros, cada “ciência” é um conhecimento de dominação, um sobrepujar e um ultrapassar, quando não simplesmente um passar por cima do ente. Isso se realiza no modo da objetivação. Em contrapartida, o saber essencial, a atenção, é um retroceder diante do ser. Num tal retroceder vemos e percebemos essencialmente mais, ou seja, algo totalmente diferente do produto do procedimento notável da ciência moderna. Pois esta última é sempre um assalto técnico ao ente e uma intervenção tendo em vista uma

“orientação” ativa, “produtiva”, operosa e comercial.

Esta passagem contundente de Heidegger nos ajuda a compreender o caráter único da abordagem filosófica, ali traduzida como "saber essencial" que, ao contrário do "assalto técnico" promovido pelos diversos empreendimentos da vontade humana, em particular a ciência, "retrocede" diante do ser das coisas, isto é, abre espaço para que as coisas sejam e possam ser compreendidas a partir de si mesmas.

Creio que temos avançado firmemente sobre o solo de nossa reflexão. Mas voltemos agora à nossa pergunta inicial - qual a importância de uma reflexão de natureza filosófica sobre a Ética e a Bioética?, e abordemos agora a outra parte da questão, sintetizada pelo termo "importância", ou ainda, qual a importância [da filosofia]? Em seu livro *Nietzsche e a Filosofia*, Deleuze⁶ sugere um posicionamento radical diante de tal pergunta. Vamos acompanhar:

Quando alguém pergunta para que serve a filosofia, a resposta deve ser agressiva, visto que a pergunta pretende-se irônica e mordaz. A filosofia não serve nem ao Estado, nem à Igreja, que têm outras preocupações. Não serve a nenhum poder estabelecido. A filosofia serve para entristecer. Uma filosofia que não entristece a ninguém e não contraria ninguém, não é uma filosofia. A filosofia serve para prejudicar a tolice, faz da tolice algo de vergonhoso. Não tem outra serventia a não ser a seguinte: denunciar a baixeza do pensamento sob todas as suas formas. Existe alguma disciplina, além da filosofia, que se proponha a criticar todas as mistificações, quaisquer que sejam sua fonte e seu objetivo? Denunciar todas as ficções sem as quais as forças reativas não prevaleceriam. Denunciar, na mistificação, essa mistura de baixeza e tolice que forma tão bem a espantosa cumplicidade das vítimas e dos algozes. Fazer, enfim, do pensamento algo agressivo, ativo, afirmativo. Fazer homens livres, isto é, homens que não confundam os fins da cultura com o proveito do Estado, da moral, da religião. Vencer o negativo e seus altos prestígios. Quem tem interesse em tudo isso a não ser a filosofia? A filosofia como crítica mostra-nos o mais positivo de si mesma: obra de desmistificação. [...] tolice e a bizarria, por maiores que sejam, seriam ainda maiores se não subsistisse um pouco de filosofia para impedi-las, em cada época, de ir tão longe quanto desejariam, para proibi-las, mesmo que seja por ouvir dizer, de serem tão tolas e tão baixas quanto cada uma delas desejaria. Alguns excessos lhes são proibidos, mas quem lhes proíbe a não ser a filosofia? Quem as força a se mascararem, a assumirem ares nobres e inteligentes, ares de pensador? Certamente existe uma mistificação propriamente

filosófica; a imagem dogmática do pensamento e a caricatura da crítica são testemunhos disso. Mas a mistificação da filosofia começa a partir do momento em que esta renuncia a seu papel ... desmistificado e faz o jogo dos poderes estabelecidos, quando renuncia a contrariar a tolice, a denunciar a baixaza.

O tom da resposta é brusco, drástico. Mas a direção que aponta é ainda mais implacável: a filosofia não serve a ninguém. Nem pode servir, pois estar a serviço de alguma coisa é perder-se num raciocínio com metas e objetivos. Heidegger diria que é um perder-se no pensar calculativo. Mas o que é o pensar calculativo, de que Heidegger nos fala? Para Heidegger⁷, o pensar calculador caracteriza "a crescente ausência de pensamentos [...] num processo que corrói o âmago mais profundo do homem moderno". Para Heidegger⁷ estamos em fuga do pensamento, embora nos apressemos a negar esta situação. "Mas tudo funciona", dirão os entusiastas. Afinal, em época alguma se realizaram "tantos avanços, se realizaram tantas pesquisas, se praticaram investigações de forma tão apaixonada, como atualmente"⁷.

Heidegger discorda destas posições. O pensar calculativo é, para Heidegger, aquele que está no coração da relação que temos com tudo que nos cerca. E qual é o caráter desta relação? Integralmente técnica, nos responde Heidegger. Em uma entrevista concedida ao jornal alemão *Der Spiegel*, Heidegger diz "nós não precisamos de uma bomba atômica; o desenraizamento dos seres humanos já está acontecendo. Só nos restaram relações técnicas. Não é mais sobre a face da Terra que o homem vive hoje".

A técnica, enquanto *techné* grega, era um "des-encobrimento", o primeiro dos cinco níveis de "des-velamento" que Aristóteles reconhece na *Ética a Nicômaco* (VI, 3), como dando acesso à inteligibilidade do homem e seu meio, segundo um mesmo eixo de compreensão que vai da técnica (*techné*), passando pela ciência (*episteme*), à sabedoria prática, ou

percepção que vê por dentro (phronesis), à sabedoria plena (sophia) e à total inteligibilidade ou inteligência (nous). Mas o que houve? Porque estamos hoje, submetidos ao pensar calculativo, técnico? Por que deixamos de lado os demais modos de ser-no-mundo? Porque abandonamos a possibilidade de um pensar capaz de, a cada nível, cuidar mais profundamente da harmonia homem-meio? Por que nos submetemos à uma razão instrumental, que se satisfaz com o progresso único da técnica e da ciência?

A resposta simples, embora não integral, está na aurora da Modernidade, em Descartes, pensador francês do século XVI. Ele não somente determinou a separação do homem de seu meio, com sua distinção *res cogitans* e *res extensas*, mas também impôs uma consignação ao homem moderno, em seu Discurso do Método, “bíblia” do método científico, qual seja: “ser mestre e possuidor da natureza”. Com esta redução da visão do homem e seu meio, originariamente uma unidade “homem-meio”, e com a acentuação crescente no *slogan* moderno de ser “mestre e possuidor” do que o cerca, como algo separado, para ser explorado como recurso para satisfazer qualquer desejo humano, passamos a assistir o progresso indefinido da técnica e da ciência modernas, afinal: “O mundo da técnica é o mundo da errância: os homens não têm nenhum ponto de referência [...]”⁷⁸.

Para Deleuze: "A filosofia serve para entristecer. Uma filosofia que não entristece a ninguém e não contraria ninguém, não é uma filosofia. A filosofia serve para prejudicar a tolice, faz da tolice algo de vergonhoso. Não tem outra serventia a não ser a seguinte: denunciar a baixa do pensamento sob todas as suas formas."

Com estas palavras, o grande pensador francês, Gilles Deleuze, pretende deslocar o pensar filosófico para uma dimensão de reclusão. Este "movimento" se dá, muitas das vezes, por conta da suspensão radical das

verdades impostas. Heidegger costuma afirmar que a filosofia, quando se inicia, encontra-se desde o início numa posição desfavorável. Neste sentido, a filosofia promove um deslocamento permanente de posições e nível. Esta ausência de fundamento, que muitas vezes encontramos no interior do "pensar essencial", não raro foi compreendido como uma ameaça pelos representantes do status quo e muitos foram aqueles que pagaram com sua vida pelo exercício do pensar. Assim, "entristecer" é trazer à tona esta completa falta de fundamento que permeia a existência humana. Escancarar e denunciar a necessidade de assumir corajosamente o desafio de autocriação do homem.

A partir do pensamento cartesiano, o raciocentrismo (a razão como o norte para todo o modo de ser do homem) ganha um status que antes não tinha. Vamos ler com atenção esta excelente passagem do livro *Heidegger e a Destruição da Ética*, de Alexandre Cabral⁹:

Ocidente é o lugar produzido pelo homem norteador pela força da racionalidade. Neste sentido, tomando emprestado a máxima de Hegel, deve-se reconhecer que o Ocidente é o lugar onde “todo real é racional”. É desde a razão que o real aparece no Ocidente. Por isso, o Ocidente é o lugar onde a razão é o “carro-chefe” ou o “coração” do ente que somos, isto é, o lugar onde a razão é o agente norteador ou o elemento que irriga e vitaliza todo o desenvolvimento dos possíveis modos de ser do homem. [...] A razão, então, é a faculdade que mede o real, segundo o seu poder de ação. Ao medir o real, a razão passa a dizer o que o real é e os critérios necessários para que ele seja reconhecido como tal. Como consequência necessária, somente dentro do poder de ação da razão o real é real. O que não for mensurável ou captável pela razão nada é.

Assim, sob o brilho da razão calculadora, vimos técnica e ciência alçarem de primeiros níveis de *desvelamento* entre os antigos gregos, a práticas e saberes únicos e capazes de proporcionar o fim da existência humana no planeta Terra (mais de uma vez, diriam os mais pessimistas). Não só rompemos com a unidade homem-meio, mas constituímos e instituímos “meios”, “espaços”, próprios e únicos para habitação do ser

humano moderno. A racionalidade tecno-científica, a partir de sua língua franca, o cálculo, faz ressonar no ambiente humano termos e noções paradoxais a ele próprio, como crescimento econômico e progresso, só para citar alguns. Como bem disse Kenneth Boulding "qualquer um que acredite em um 'crescimento' indefinido [...], num planeta finito, ou é maluco ou é economista". Nossa postura diante do mundo não poderia ocorrer sem um preço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora pareça prevalecer um "colorido" apocalíptico nas considerações de Heidegger, há, no seio de sua própria filosofia, uma possibilidade. Parafraseando o poeta Hölderlin, "onde mora o perigo é lá que também cresce o que salva". A era da técnica é também a de uma experiência privilegiada da angústia. A noção de angústia (em alemão, *Angst*), em Heidegger, tem uma conotação inteiramente diferente daquela que vigia nos dias de hoje. Nela e por ela, somos arrancados daquele espaço familiar, onde estamos imersos no senso-comum, na existência ingênua e tranquilizadora das relações técnicas, das significações já constituídas, para o lugar da brusca revelação da condição original do homem: a de saber que nada sabe.

A angústia põe a nu esta situação de estranheza, de ansiedade. Arremessa o homem a pensar de um modo diferente. Heidegger já nos alertava: o mais grave é que nós não pensamos; ainda não, apesar de que a situação do mundo continuamente dá mais o que pensar "[...] talvez o homem habitual durante séculos já tenha obrado demais e pensado de menos". Mas que pensar é este? E como empreendê-lo? Para Heidegger, existe uma forma de pensar diferente do pensar calculativo. Se trata de um pensar de outra ordem: o pensar meditativo. Afinal, "a desfiguração do

pensar e o abuso do pensamento desfigurado só poderão ser superados por um pensar autêntico e originário, e por nada mais".

Quando concebemos um plano, investigamos ou organizamos uma empresa, contamos sempre com condições prévias que consideramos em função da finalidade que pretendemos atingir. Segundo a concepção heideggeriana, quando contamos, antecipadamente, com determinados resultados, tendemos a executar um pensamento planificador e investigador que, mesmo que não opere com números, nem recorra a máquinas de calcular, permanece "menor", pois é incapaz de verdadeiramente "meditar" sobre aquilo que quer pensar. Para Heidegger, em seu livro *Serenidade*⁷:

O pensamento que calcula (das rechnende Denken) faz cálculos. Faz cálculos com possibilidades continuamente novas, sempre com maiores perspectivas e simultaneamente mais econômicas. O pensamento que calcula corre de oportunidade em oportunidade. O pensamento que calcula nunca para, nunca chega a meditar. O pensamento que calcula não é um pensamento que medita (ein besinnliches Denken), não é um pensamento que reflete (nachdenkt) sobre o sentido que reina em tudo o que existe.

O pensar meditativo, ou serenidade, que Heidegger nos propõe não deve ser confundido, no entanto, com uma passividade ou uma permissividade nascida da fraqueza diante do avanço irrefreável da tecnologia em todas as dimensões da relação humana. Heidegger busca conceber outro "tipo" de pensamento, capaz de liberar-se essencialmente da natureza calculatória, manifesta a partir de uma razão instrumentalizadora. O objetivo deste esforço é a própria liberação do pensamento e seus reflexos possibilitam uma forma outra de aproximação das coisas. Segundo Saramago¹⁰: "uma aproximação não objetificadora, não apropriadora, marcada, antes, por um "estar desperto para a serenidade" (wachbleiben für die Gelassenheit)". Assim, há um "agir" que se oculta no âmago da serenidade, embora se trate de um agir "de uma

ordem mais elevada do que a das usuais maquinações humanas e não implica obrigatoriamente atividade, tal como esta é correntemente compreendida"¹⁰.

O pensar técnico é aquele tipo de pensar inteiramente contaminado pelos resultados que pretendo atingir. Para Heidegger, quando nos deixamos "guiar" por este tipo de pensamento, temos a tendência de instrumentalizar a razão humana. O *logos* grego perde sua profundidade semântica, ficando reduzido ao cálculo e aos objetivos previamente estabelecidos. Assim, quando contamos antecipadamente com determinados resultados, Heidegger observa que tendemos a executar um pensamento planejador e investigador que, mesmo que não opere com números, nem recorra a máquinas de calcular, permanece "menor", pois é incapaz de verdadeiramente "meditar" sobre aquilo que quer pensar. Ele se empenha numa resposta que já prenunciava antes mesmo da investigação tomar lugar. Coloca a hipótese e desdobra o fenômeno para que confirme ou recuse aquilo que queria saber. Em uma passagem de seu famoso livro *Crítica da Razão Pura*, Kant¹¹ ilustra com imensa precisão este tipo de pensar, embora seu viés seja de apologia. Leia com atenção:

Quando Galileu fez rolar no plano inclinado as esferas, com uma aceleração que ele próprio escolhera, quando Torricelli fez suportar pelo ar um peso, que antecipadamente sabia idêntico ao peso conhecido de uma coluna de água, ou quando, mais recentemente, Stahl transformou metais em cal e esta, por sua vez, em metal, tirando-lhes e restituindo-lhes algo, foi uma iluminação para todos os físicos. Compreenderam que a razão só entende aquilo que produz segundo os seus próprios planos; que ela tem que tomar a dianteira com princípios, que determinam os seus juízos segundo leis constantes e deve forçar a natureza a responder às suas interrogações em vez de se deixar guiar por esta; de outro modo, as observações feitas ao acaso, realizadas sem plano prévio, não se ordenam segundo a lei necessária, que a razão procura e de que necessita. A razão, tendo por um lado os seus princípios, únicos a poderem dar aos fenômenos concordantes a autoridade de leis e, por outro, a experimentação, que imaginou segundo esses princípios, deve ir ao encontro da natureza, para ser por esta ensinada, é certo, mas não na qualidade de aluno que aceita tudo o que o mestre afirma, antes na de juiz

investido nas suas funções, que obriga as testemunhas a responder aos quesitos que lhes apresenta. Assim, a própria física tem de agradecer a revolução, tão proveitosa, do seu modo de pensar, unicamente à ideia de procurar na natureza (e não imaginar), de acordo com o que a razão nela pôs, o que nela deverá aprender e que por si só não alcançaria saber; só assim a física enveredou pelo trilho certo da ciência, após tantos séculos em que foi apenas simples tateio.

O pensar meditativo é aquele que se abre as possibilidades daquilo que é pensado. Trata-se da forma mais elevada de conhecimento. Não calcula sobre o que lhe é dado, apenas medita, despreziosamente, sobre seu tema. Não se encontra, jamais, preso pela instrumentalização da razão. Em seu ensaio *O que é uma coisa?*, Heidegger conta uma história interessante que tem muito a ver com o pensamento meditativo:

Conta-se, acerca de Tales, que teria caído num poço quando se ocupava com a esfera celeste e olhava para cima. Acerca disto, uma criada trácia, espirituosa e bonita, ter-se-ia rido e dito que ele queria, com tanta paixão, ser sabedor das coisas do céu, que lhe permaneciam escondidas as que se encontravam diante do seu nariz e sob os seus pés. Platão acrescentou ao relato desta história, a seguinte afirmação: "O mesmo escárnio aplica-se a todos os que se ocupam da filosofia".

O pensar meditativo ou a Filosofia, propriamente dita, nos diz Heidegger "é aquele modo de pensar, com o qual, essencialmente, nada se pode começar e acerca do qual as criadas necessariamente se riem". Como bem diz Livia Saramago, o pensamento meditativo escapa por completo ao domínio da vontade, não está à mercê de seus interesses e, por este motivo, serve de solo fértil para algo outro, uma outra forma de pensamento. Este pensamento, diz Saramago, como não poderia deixar de ser, não resulta de um ato de vontade de algum "sujeito", mas, como diz Heidegger, depende antes de um aguardar.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

1. ABEL, OLIVIER. L'ÉTHIQUE INTERROGATIVE. PARIS: PUF, 2000.
2. ZUBEN, NEWTON A. VON, FILOSOFIA E EDUCAÇÃO: ATITUDE FILOSÓFICA E A QUESTÃO DA APROPRIAÇÃO DO FILOSOFAR. PRO-POSIÇÕES, VOL.3, N.02, P. 7-27, 1992.
3. HEIDEGGER, MARTIN. HERÁCLITO. TRAD. MARCIA SÁ CAVALCANTE SCHUBACK. RIO DE JANEIRO: RELUME DUMARÁ, 1998.
4. HEIDEGGER, MARTIN. LETTER ON "HUMANISM", IN PATHMARKS. EDITED BY WILLIAM McNEILL. CAMBRIDGE: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 1998.
5. HEIDEGGER, MARTIN. MARCAS DO CAMINHO. PETRÓPOLIS: VOZES, 2008.
6. DELEUZE, G. NIETZSCHE E A FILOSOFIA. TRAD. EDMUNDO FERNANDES DIAS E RUTH JOFFILY DIAS. RIO DE JANEIRO: EDITORA RIO, 1976.
7. HEIDEGGER, MARTIN. SERENIDADE. EXCERTO DA TRADUÇÃO DE MARIA MADALENA ANDRADE E OLGA SANTOS, DE MARTIN HEIDEGGER, SERENIDADE. LISBOA: INSTITUTO PIAGET, 2001.
8. HEIDEGGER, MARTIN. LÍNGUA DE TRADIÇÃO E LÍNGUA TÉCNICA. LISBOA: VEJA, 1995.
9. CABRAL, A. M. HEIDEGGER E A DESTRUIÇÃO DA ÉTICA. RIO DE JANEIRO: EDITORA UFRJ, 2009.
10. SARAMAGO, L. SOBRE A SERENIDADE EM HEIDEGGER: UMA REFLEXÃO SOBRE OS CAMINHOS DO PENSAMENTO. REVISTA APRENDER - CADERNO DE FILOSOFIA E PSICOLOGIA DA

EDUCAÇÃO, ANO VI, Nº 10, JAN./JUN. ESPECIAL: HEIDEGGER E A EDUCAÇÃO, p.159-176, 2008.

11. KANT, IMMANUEL. A CRÍTICA DA RAZÃO PURA. TRAD. MANUELA PINTO DOS SANTOS E ALEXANDRE FRADIQUE MORUJÃO. LISBOA: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 1994.

BIOTECNOCIÊNCIA E COLONIALIDADE: UMA OUTRA LEITURA DISCURSIVA DE *GET OUT*^a

Maria Gilda Alves de Oliveira^b

Todo início de ano, eu e meus filhos procuramos assistir às produções indicadas ao Oscar. Gostamos de fazer isto e depois brincar de críticos de cinema, fazendo nossas apostas quanto aos vencedores do prêmio. Mas em 2018, após assistir *Get out*, fiquei abalada demais para participar de nossa brincadeira. Apesar do filme ter sido classificado e reconhecido pela maioria dos espectadores como um filme de terror psicológico, aquela experiência estética me deixou mais assustada do que eu poderia imaginar. Todavia não foram as perseguições, o sangue e a trilha sonora que me levaram àquele sentimento, e sim uma leitura discursiva que de imediato me ocorreu.

Já tinha ouvido inúmeros comentários sobre o filme, lido algumas críticas e, em função disso, não esperava nenhuma surpresa. Tratava-se de mais uma produção sobre o racismo na sociedade estadunidense, que buscava significar, para negros e brancos, o que é relacionar-se (amplamente, e não só afetivo-sexualmente) tendo a raça como um marcador. Eu estaria, então, diante de uma obra de crítica social em que, sob o ponto de vista de uma dada análise de discurso^c, pode-se dizer que parafraseava o racismo através de algumas memórias discursivas ali

^a A primeira versão deste texto foi elaborada como trabalho de conclusão da disciplina Análise de Discurso, ministrada, em 2021, no curso Estudos de Mídia, da UFF, pelo professor Kleber dos Santos Mendonça, a quem agradeço os comentários.

^b Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Professora da ETSUS Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

^c A análise de discurso é um campo do conhecimento em que diversas teorias disputam a compreensão das relações entre linguagem e produção de sentidos. Os apontamentos que ora faço em relação ao filme *Get out*, aqui tomado como um texto em relação ao qual aponto alguns significados, tem por base escritos de Eni Orlandi, em especial, **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas (SP): Pontes Editores, 2020.

presentes.

De fato, em *Get out* podem-se ouvir ecos do famoso discurso de Martin Luther King, proferido na escadaria do Lincoln Memorial, em 1963. As mulheres e homens negros de hoje, o tempo em que transcorre a trama do filme, são os “filhos” do Reverendo, que ainda não assistiram e vivenciaram a realização do seu sonho de vê-los viver em uma nação em que “*não serão julgados pela cor da pele, mas pelo conteúdo do seu caráter*”.

*Por isso é recorrente, na produção cinematográfica estadunidense, esse discurso em que a pessoa negra ocupa a posição de sujeito discursivo^d, porque os direitos civis dos negros, em certa medida, ainda são um sonho. Em sua camada discursiva mais evidente, o que *Get out* faz é narrar as circunstâncias em que a vivência desse sonho é questionada, negada, punida. Como o discurso do Reverendo King, o filme é, então, denúncia, mas também reivindicação. Relacionado à memória discursiva dos direitos civis, ainda que pronunciado no campo da estética, encontra-se em *Get out* um discurso político.*

A memória dos direitos civis ecoa por todo o filme. Ela aparece, por exemplo, referida à sexualidade. A igualdade formal definida pela Constituição dos Estados Unidos é contradita pela forte hierarquização social vivida naquele país com base na raça (assim como no Brasil). Neste contexto de hierarquia racial, espaços simbólicos e físicos são demarcados para o trânsito e relações entre os racializados.

A sexualidade é um desses espaços, em que durante os anos de segregação racial oficializada naquele país, as raças não podiam se encontrar; menos ainda se trouxessem para o espaço da sexualidade a presença do sentimento do amor romântico. A ruptura com esta regra é muito grave e perigosa, especialmente para a pessoa negra. Ela implica

^d Quanto a esta afirmação, considere-se, por exemplo, as produções de diretores como Spike Lee, Ava DuVernay, Shaka King e Barry Jenkins

abertura para miscigenação que, nas doutrinas racistas, conduz à degradação da raça branca “superior” por meio de sua mistura com as raças “inferiores”.

Embora a história de Chris, protagonista do filme, se passe muitos anos depois da conquista dos direitos civis, em que as relações afetivo-sexuais entre negros e brancos deixa de ser legalmente interdita, a ideia de perigo relacionada a elas permanece, e é lembrada por Rod, amigo de Chris. E quando o homem é o elemento negro da relação afetivo-sexual, o perigo é referido à memória dos espetáculos do final do século XIX, em que negros acusados de estupro eram linchados e sexualmente mutilados. Ao lembrar ao amigo que ele não deveria visitar a família branca da namorada, Rod é a voz que faz ecoar essa memória do perigo das relações afetivo-sexuais inter-raciais.

Interessante é que sua voz atribui aos brancos o perigo que, no contexto do racismo, é atribuído aos negros. Neste sentido, a voz de Rod é o outro lado das vozes de personagens como Matt, o pai da mocinha loura, Joey, de “Adivinhe quem vem para o jantar”, quando apresentado ao noivo negro da filha, John Prentice. Temendo pela segurança de Joey, ao conhecer Prentice, Matt manda, imediatamente, investigar a vida do negro, que ele descobre ser um médico renomado.

Mas se, por um lado, um discurso que diz sobre o racismo diz sobre os direitos que aqueles que o sofrem veem negados, por outro, enunciar o racismo é, ao mesmo tempo, (d)enunciar a colonialidade como dispositivo de negação de um outro EU, diferente do EU branco. A negação de direitos de que sofre a pessoa negra em uma sociedade racista é derivada da negação de ser quem ela é. É sobre esta última que se construiu o colonialismo, projeto histórico moderno de poder, e é sobre

esta que se estrutura hoje a colonialidade^e, ou seja, aquilo que contemporaneamente reverbera e atualiza aquele projeto, como uma espécie de memória da *plantation*. De ambos – colonialismo e colonialidade - deriva toda coisificação da pessoa negra. *Get out* é, então, um filme que (d)enuncia a persistência da colonialidade como o lugar a partir do qual negros e brancos se relacionam em uma sociedade racializada.

Sua denúncia, no entanto, se torna mais interessante quando constrói uma narrativa sobre a colonialidade trazendo para o seu texto uma das principais marcas do colonialismo, a escravidão negra. Traz o passado para falar do presente e nos levar à pergunta sobre o que pode ser o futuro negro em um cenário no qual a biotecnociência^f, convertida em um dispositivo de biopoder, sirva à colonialidade. E este foi o ponto que me causou extremo desconforto após assistir ao filme; na leitura que faço, ele trata da possibilidade do racismo se expressar, novamente, por meio do abuso de corpos negros. Desta vez, através do binômio biotecnociência-colonialidade.

A narrativa sobre biotecnociência como um dispositivo de biopoder a serviço da colonialidade é encontrada no filme a partir da introdução, ao espectador, do *Coagula*. Trata-se de um procedimento desenvolvido, ao longo do tempo, por uma Ordem (secreta?). Este tempo

^e Colonialidade é um conceito elaborado com base na compreensão de que os padrões de relações de poder instituídos pela Modernidade, em sua relação estreita com o Colonialismo, ultrapassam aquele período histórico. Neste sentido, observa-se, ainda hoje, tais padrões que, resumidamente, têm sido expressados em termos de uma colonialidade do poder, uma colonialidade do ser e uma colonialidade dos saber.

^f Schramm define biotecnociência como “(...) um neologismo formado pelos termos bio e techne (de origem grega) e pelo termo cientia (de origem latina e que traduz o grego episteme). O neologismo indica, em particular, a interação entre sistemas complexos – como são os seres e ambientes vivos – graças ao sistema técnico e de informação que permite agir sobre tais sistemas e aos dispositivos que visam a orientar tais intervenções sobre o mundo da vida (Lebenswelt). O paradigma biotecnocientífico refere-se, em particular, às atividades da medicina e da biologia amplamente entendidas, dos sistemas de informação e comunicação, da biopolítica, e a suas interações.”

longo, provavelmente, tem como marco inicial o ano de 1936⁸, quando Roman Armitage, um praticante do Atletismo, perdeu a vaga para representar os Estados Unidos nos Jogos Olímpicos daquele ano, ocorridos na Alemanha de Hitler. A representação coube ao negro Jesse Owen, que venceu a prova histórica. Segundo Roman, uma espécie de patriarca da tal ordem, o *Coagula* fora, então, aperfeiçoado recentemente, por Dean Armitage, pai de Rose, a namorada do protagonista, e filho de Roman.

Participando a Chris sobre o procedimento, é projetado um filme em que Roman, ainda vivendo em um corpo branco, lhe diz “Você foi escolhido por causa das vantagens físicas que usufruiu a vida inteira. Com seus dons naturais e nossa determinação podemos fazer parte de algo maior, uma coisa perfeita”.²

A coisa perfeita é o *Coagula*, que podemos traduzir como uma metáfora para o pensamento colonial. Um dos componentes fundamentais deste pensamento era a compreensão do negro como elemento associado à natureza (as vantagens físicas exaltadas no *Coagula*) e o branco como associado à civilização (a determinação, uma qualidade do espírito)

Na cena em que Chris encontra os possíveis compradores de seu corpo, todos eles, ao se dirigirem ao objeto de seu interesse, buscam descobrir no rapaz algumas dessas “vantagens físicas” - características de que necessitam para seus corpos - e que, na verdade, são atributos estereotipados do corpo negro: agilidade, força, virilidade.

Uma vez entendido que o corpo negro possui vantagens em relação ao corpo branco, possibilitar o aperfeiçoamento do branco, por

⁸ Respondendo aos fãs sobre suas teorias acerca de passagens do filme, Peele afirma que a perda da vaga olímpica para Jesse Owen é um elemento importante na trama. *In* <https://www.youtube.com/watch?v=hBvcngHRTFg>. Acesso em 20 de setembro de 2021.

meio do desfrute de sua consciência em um corpo negro, é o propósito do *Coagula*. Considera-se que esta união torna o negro e o branco melhores, o primeiro porque será um corpo com uma consciência superior e o segundo porque, sendo uma consciência superior, merece gozar das benesses de um corpo forte, ágil e, no caso masculino, viril (em uma perspectiva cisheteronormativa).

O papel da biotecnociência é relevante para o estágio que o *Coagula* atingiu naquele momento em que se passa a trama. Toda a família de Rose, à exceção dela, encontra-se relacionada com a medicina. O irmão é estudante da área; a mãe é psiquiatra e hipnoterapeuta; o pai é neurocirurgião. É o pai quem desenvolve a técnica de transplante de uma consciência para um cérebro, e a pratica nos corpos negros, contando, para isto, com a assistência do filho.

O fato do *Coagula* ser o procedimento de uma Ordem que, se não for secreta, tem permissão, explícita ou implícita, do Estado para ser o que é e agir como age, somado ao fato de que age a partir de uma ideologia racial, permite uma leitura da relação *Coagula* (biotecnociência)-negros como um biopoder erigido em nome da colonialidade.

O aprimoramento físico^{h.3} sonhado pelos brancos da trama ancora-se em uma ideologia racial. Segundo esta ideologia os negros são melhores do que os brancos, no que diz respeito a atividades físicas. Nesse sentido, os brancos do filme inscrevem a raça no campo da biologia, o que conduz à utilização de biotecnologias para os seus propósitos de aprimoramento, que são vinculados à raça assim entendida.

Interessante observar, aqui, que enquanto os brancos inscrevem a raça no campo da biologia, o protagonista a inscreve no campo da cultura.

^h O aprimoramento humano tem sido classificado a partir de quatro categorias: aprimoramento cognitivo, aprimoramento físico, aprimoramento de humor e aprimoramento moral. Cada uma destas categorias tem um percurso que envolve o emprego de diversas técnicas e aparatos tecnológicos.

Ao encontrar-se, separadamente, com cada um dos outros três negros da trama que já passaram pelo *Coagula*, sem que este fato fosse sabido por Chris, ele usa códigos de linguagem próprios dos “manos”. Estes, no entanto, não são reconhecidos porque os negros aos quais ele se dirige tiveram, por meio da hipnose, sua subjetividade aprisionada em seus inconscientes.

Então, “fazer parte da coisa perfeita”, que para os brancos implica ideologicamente em aprimoramento físico, é um processo que, clivado pela raça, conduz à coisificação dos negros a quem o *Coagula* é imposto.

O biopoder, enquanto poder sobre a vida (e que no extremo é também poder de morte), normatiza a vida, definindo sua forma e propósitos. O que a Ordem vem fazendo, desde muito, através do *Coagula*, é normatizar a vida de negros, definindo que viverão como coisas.

Em seu Discurso sobre o colonialismo, Aimé Césaire⁴ apresenta a “equação: *colonização = coisificação*” (grifos do autor), o que significa dizer que o projeto colonial carrega em si a barbárie, já que coisificar é não reconhecer no outro um EU, um legítimo modo de ser no mundo. Para espoliar, explorar e abusar do outro é preciso, antes e ao mesmo tempo, desumanizá-lo. Tanto no contexto do colonialismo quanto na colonialidade, criou-se uma subjetividade branca empenhada em fazer silenciar, pôr na sombra, sujeitar todo aquele que, diferente do branco, ao invés de ser reconhecido como outro EU, foi constituído como a negação da subjetividade branca.

Não é novidade a colaboração da ciência na consecução do projeto colonial, logo na coisificação de não brancos. Césaire⁴, na quarta parte de seu Discurso faz referência a isto. Também não é novidade a intervenção disciplinar sobre os corpos. Em sua análise psicanalítica do fenômeno do racismo Kilomba⁵ investiga como certas práticas se encontram associadas à projeção, no negro, dos aspectos negativos do EU branco, com os quais

este não consegue lidar. Uma dessas práticas é a imposição do uso da máscara, como impeditivo do ato de comer furtivamente os frutos da terra do senhor, ele sim, um espoliador.

Em uma de suas versões a máscara é “um pedaço de metal colocado no interior da boca do sujeito negro, instalado entre a língua e o maxilar e fixado por detrás da cabeça por duas cordas, uma em torno do queixo e a outra em torno do nariz e da testa”⁵. Ela impede o negro de comer e até de se suicidar, pois na versão que cobre todo o rosto, exceto os olhos, a máscara impede que ele coma terra, o que era feito como forma de cometer suicídio. Mas a máscara impede também o negro de se expressar pela fala, de trazer para o nível do consciente do branco a verdade desagradável sobre a colonização⁵.

Na trama de *Get out* a coisificação, o silenciamento do sujeito negro, velhos conhecidos, são colocados no contexto paradigmático da biotecnociência, por meio da conjugação da neurocirurgia e hipnoterapia. Estas são práticas da contemporaneidade que, ao serem projetadas no filme, atualizam a colonialidade e potencializam, assustadoramente, a coisificação que lhe é inerente.

Tanto no contexto do colonialismo quanto na colonialidade o sujeito negro pode vir a “falar”, seu inconsciente não foi perscrutado de modo que sua subjetividade fosse, por algum ardil em relação àquele, de uma vez por todas submetida. Em *Get out*, devido às incursões neuropsicológicas no corpo negro, o silenciamento é quase absoluto. A hipnose é utilizada para deixar falar o indivíduo portador de aparelho fonador, mas não a subjetividade que nele originalmente habita (no caso a subjetividade negra). Enquanto a neurocirurgia faz falar no corpo negro a subjetividade branca.

Então, pode-se depreender aqui uma relação dialética entre Coagula e coisificação. Na verdade, o Coagula, entendido como um

dispositivo de biopoder, impõe aos negros enquanto realidade material, o que já existe na compreensão dos brancos enquanto representação, que é o negro desumanizado. Antes de ser levado para a submissão à cirurgia, Jim, o comprador do corpo de Chris, conversa com ele sobre o procedimento. Chris pergunta-lhe, então, por que os negros foram escolhidos para tal. Jim responde “eu sei lá”, quando a melhor resposta seria “é porque vocês foram desumanizados”. Só com relação aos que foram destituídos ideológica e/ou materialmente de sua humanidade é que é pensado poder-se fazer o que quiser.

O que *Get out* (d)enuncia é que, em sociedades hierarquizadas por raça, esta é a condição dos que se encontram na base da hierarquia racial, a de coisa, da qual se desfruta e/ou se descarta. É por isso que a classe média alta representada no filme, tendo conhecimento, condições financeiras e tempo para desenvolver uma tecnologia que aprimorasse o corpo branco naquilo que se imaginava que fosse deficitário, ao contrário disso, investiu seus recursos em um procedimento em que o negro é o meio para o aprimoramento imaginado.

Aqui é interessante comparar o filme em análise com outro em que a questão do aprimoramento e do uso da biotecnociência para alcançá-lo é o pano de fundo para um filme de ação. Em *Self//less*, chamado, em português, de “Sem Retorno”⁶, um velho magnata branco, com uma doença em estado terminal, tem acesso a uma empresa portadora de uma tecnologia capaz de transferir a sua consciência para o corpo de um homem jovem, criado em laboratório, segundo a empresa. A tecnologia envolve processos físico-químicos e a ingestão de fármacos. No entanto, o corpo que recebe a consciência do velho magnata pertence a um militar, branco, que sem recursos para custear uma cirurgia de sua filha, finge para a sua família a sua morte e vende o seu corpo para a referida empresa.

A empresa fez outros negócios dessa natureza, sempre enganando quanto à origem dos corpos. O móvel é econômico, sendo interessante observar como no trato da mesma questão, entre brancos, ninguém é sequestrado, sofrendo assim, violência quanto ao direito à liberdade, como condição para feitos escusos. Foi tudo negócio: entre homens brancos ricos e a empresa (de um homem, também branco e rico) e entre esta e os brancos que, precisando de dinheiro, venderam seus corpos.

É possível ler no filme “Sem Retorno” que o velho magnata é enganado porque se considera imoral usar um corpo humano (branco) para uso de uma consciência (branca) que não a sua original. Como, neste filme, raça não é tematizada, os personagens se debatem em torno dessa questão moral, em que um corpo humano é dotado de valor de troca e passa a compor um mercado. Mas o corpo humano usado não foi “subtraído” de ninguém, como é o corpo negro em *Get out*. Neste filme o corpo em questão também é dotado de valor de troca, no entanto o é porque, contraditoriamente, a partir de uma perspectiva colonial, ele não tem valor algum, justificando-se assim, que seja sequestrado e usado a serviço da colonialidade.

Mas seguindo a linha de raciocínio até aqui exposta, em que o *Coagula* é entendido como um dispositivo de biopoder desenvolvido e acionado a partir de uma perspectiva racista, essa última observação pode levar o leitor a me colocar diante da seguinte pergunta: ainda que se considere que o corpo negro tem vantagens físicas que os brancos não têm, por que possuir um corpo que vale menos?

Esta questão não será respondida aqui, mas importa apontar um caminho que pode ser tomado para respondê-la e, assim, manter válida a leitura discursiva até aqui seguida, apesar dessa questão.

A escolha de corpos negros para a intervenção de que trata *Get out* já foi pensada a partir da ideia de negrofilia⁷, ou o amor ao negro e sua

cultura, que revelaria, por sua vez, outra dimensão do racismo. Assim, sequestrar negros, lhes roubando seus corpos e subtraindo-lhes a consciência, seria na trama um epifenômeno dessa face muito específica do racismo, representada pela negrofilia.

De fato, as falas de Dean Armitage sobre votar em Obama novamente, e de um dos possíveis compradores de Chris, ao dizer que ser negro é *cool*, podem conduzir a esta compreensão. No entanto, como a negrofilia encontra-se relacionada ao negro como representante de uma cultura, hipervalorizada em determinados contextos, e como a compreensão de raça expressa pelos brancos da trama orienta-se pela biologia e não pela cultura, talvez a referida pergunta possa ser respondida de outra maneira.

Durante o final do século XIX registrou-se, principalmente no sul dos Estados Unidos, o fenômeno do linchamento de homens negros, seguido de mutilação sexual. Dizia-se, dos negros linchados e mutilados, que haviam sido estupradores de mulheres brancas o que, na concepção dos homens brancos, justificava a violência perpetrada.

Este fenômeno foi explicado como expressão do racismo sulista ou como reflexo da crise econômica que se instala no sul daquele país após os confederados perderem a guerra para os *yanques*⁸. Pinar, apoiado na psicanálise, providenciará outra explicação. Assim escreve o autor:

(...) ao mutilar sexualmente homens negros que ele imaginava terem estuprado jovens brancas, o homem branco experimentava o 'sexo' com homens negros enquanto estruturava o evento heterossexualmente por meio da autodissociação e desaprovação. Essa estrutura significou que homens negros eram, às vezes castrados, mas não importava, o homem branco estava obtendo o que queria enquanto fingia proteger a sua dama (imaginária). Ele permanecia um 'homem' (não um sodomita ou, no início do século XX, um 'pervertido' ou homossexual).⁹

Esta extrema violência contra negros expressa, na compreensão desse autor, um efeito da repressão do que se encontra no inconsciente

do homem branco, que tendo sua identidade construída pelos binarismos de gênero e raça, é necessariamente homossexual, negro e feminino. Pode ser este também um caminho para compreender porque, em *Get out*, os brancos se apropriam de um corpo que, socialmente, vale menos.

Mas retomando a questão do que me pareceu assustador no filme em questão, é preciso chamar atenção para um último aspecto. Além do terror que pretende alcançar enquanto experiência estética, e daquele referido ao que seu discurso (d)enuncia e que, talvez, apenas os negros sintam¹, ou seja, o terror da colonialidade, com toda a sua sorte de dispositivos de biopoder¹ e suas respectivas violências em relação à pessoa negra, há ainda outro. Pode-se afirmar que o terror se encontra também referido àquilo que o filme silencia: a resistência como um componente das relações de poder estabelecidas a partir da raça como um marcador da vida social.

Historicamente, o racismo, quando não mata, via de regra, tem condenado os negros a uma vida sem valor, em que, devido e apesar disso, se resiste. Os quilombos, as experiências religiosas, as culturais, além das organizações políticas da negritude, têm sido as expressões mais visíveis dessa resistência nos diversos lugares da presença negra no mundo fora da África. Ou seja, ainda que estivessem ou estejam em gravíssimos contextos de barbárie, resistir foi e é possível.

A única vez em que a resistência foi pronunciada no filme, ela foi vivida como suicídio, em uma das cenas finais, em que Walter, o jovem negro portador da consciência do velho patriarca Roman, em um breve instante da posse de si mesmo, decide se matar. Não é isto aterrorizador, a resistência pronunciar-se somente assim?

¹ Vários espectadores relatam risos durante a exibição de *Get out* nas várias salas de cinema do Rio de Janeiro, inclusive em momentos de tensão do filme.

A trama construída, no filme, em torno das possibilidades da biotecnociência, produziu um dispositivo de biopoder que, relativamente aos negros, teve como resultado mais do que mistanásia ou, no extremo, morte física, resultados históricos dos exercícios biopolíticos pautados pelo racismo. Em *Get out*, em função do uso da biotecnociência, a subjetividade negra, trancada em um lugar profundo, é condenada a uma vida sem existência. Então, como resistir?

A belíssima cena em que Georgina chora enquanto a avó Armitage, utilizando-se de seu corpo, conversa com Chris, nos dá a dimensão dessa pergunta. Assim como o próprio nome do filme - “Cai fora”, em tradução livre. “Cai fora” significa que, até o momento em que este conselho é dado, não há formas de atuar como resistência ao poder que se impõe.

A trama construída em *Get out* tem como fundamento das ações que nela acontecem uma compreensão da raça como característica biológica, o que constitui um anacronismo. Além disso, refere-se a uma técnica cuja existência não é possível nos marcos do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico logrados pela humanidade até agora. Mas ainda assim assusta (mesmo depois de assisti-lo incontáveis vezes), porque ao tratar das questões raciais, o faz conferindo à biotecnociência, paradigma sob o qual nos encontramos enquanto humanidade, um lugar terrível de participação nas relações raciais de poder, mais dramático do que aquele que ela já ocupa hoje.^k

ⁱ Esta era uma gíria muito usada durante os anos 70 e 80, indicativa de um aconselhamento para pessoas em situações de perigo ou embaraçosas, equivalente a um dos usos da atual gíria “vaza”.

^k *Coded bias*, ao denunciar o racismo (entre outros aspectos discriminatórios) como um componente dos algoritmos de alguns programas de inteligência artificial disponíveis hoje no mundo é denúncia de feitos da biotecnociência no campo das relações raciais de poder. *Coded bias*. Shalini Kantayya. EUA: 7th Empire Media, 2020. Disponível em <https://www.netflix.com/watch/81328723?trackId=13752289&ctx=0%2C0%2Cac392324df72330e2c0d7fa2a6b99a3d89f898b%3A8172072227ad873cceb96f38cc126058657288fa%2Cac392324df72330e2c0d7fa2a6b99a3d89f898b%3A8172072227ad873cceb96f38cc126058657288fa%2Cunknown%2C>. Acesso em 02 de set de 2021

E não bastasse conferir à biotecnociência participação na barbárie do abuso de corpos negros, a trama o faz a partir de um discurso que reforça a ideia da existência de um poder contra o qual ficamos sem resposta acerca de como resistir.

Se considerarmos que a dificuldade de resistência à biotecnociência como um dispositivo de poder pode ser lida em outras produções fílmicas como, por exemplo, *Code 46*¹⁰ e *Equilibrium*¹¹, talvez tenhamos no filme em análise a recorrência a uma memória discursiva do cinema sobre o poder implacável da biotecnociência. Mas isto é conversa para outro texto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

1. FOUCAULT M. HISTÓRIA DA SEXUALIDADE I; A VONTADE DE SABER. RIO DE JANEIRO: EDIÇÕES GRAAL, 1988
2. GET OUT. PEELE J. EUA: BLUMHOUSE PRODUCTIONS; MONKEYPAW PRODUCTIONS; QC ENTERTAINMENT, 2017. 101 MIN
3. DIAS M.C. APRIMORAMENTO HUMANO E ACUPUNTURA: A INCORPORAÇÃO DE UMA TÉCNICA MILENAR AO PROGRAMA DE APRIMORAMENTO CONTEMPORÂNEO. *DIVERSITATES INT J* 10(1): 32-45, 2018
4. CÉSAIRE A. DISCURSOS SOBRE O COLONIALISMO. SÃO PAULO: VENETA, 2020, p.24
5. KILOMBA G. MEMÓRIAS DA PLANTAÇÃO. RIO DE JANEIRO: COBOGÓ, 2019.
6. SELF/LESS. TARSEM SINGH. USA: ENDGAME ENTERTAINMENT; RAM BERGMAN PRODUCTIONS, 2015. 117 MIN
7. PESSOAS BRANCAS E A NEGROFILIA EM TEMPOS MODERNOS. DISPONÍVEL EM [HTTPS://MEDIUM.COM/@ITOARAUJO/PESSOAS-BRANCAS-E-A-NEGROFILIA-DOS-TEMPOS-MODERNOS-26E5719FF248](https://medium.com/@ITOARAUJO/PESSOAS-BRANCAS-E-A-NEGROFILIA-DOS-TEMPOS-MODERNOS-26e5719ff248) ACESSO EM 10 DE SET DE 2021; MACHADO T S. ETNOGRAFIA DO FILME CORRA (2017): UM DEBATE SOBRE NEGROFILIA E RELAÇÕES RACIAIS NOS ESTADOS UNIDOS. *REVISTA AMBIVALÊNCIA* V7, N13. DISPONÍVEL EM [HTTPS://SEER.UFS.BR/INDEX.PHP/AMBIVALENCIAS/ARTICLE/VIEW/11299](https://seer.ufs.br/index.php/ambivalencias/article/view/11299) ACESSO EM 10 DE SET DE 2021.

8. PINAR W. O CARÁTER HOMOSSEXUAL DO LINCHAMENTO. IN ESTUDOS CURRICULARES: ENSAIOS SELECIONADOS. SÃO PAULO: CORTEZ EDITORA, 2016.
9. PINAR W. O CARÁTER HOMOSSEXUAL DA POLÍTICA E VIOLÊNCIA RACIAIS. IN ESTUDOS CURRICULARES: ENSAIOS SELECIONADOS. SÃO PAULO: CORTEZ EDITORA, 2016. p.82
10. CODE 46. MICHAEL WINTERBOTTOM. UK/USA: BBC FILMS, BRITISH BROADCASTING CORPORATION, KAILASH PICTURES, REVOLUTION FILMS, UK FILM CONCIL, UNITED ARTIST, 2003. 93 MIN.
11. EQUILIBRIUM. KURT WIMMER. USA: DIMENSION FILMS, BLUE TULIP PRODUCTIONS, 2002. 107 MIN.

SOBRE OS AUTORES

Arthur Mota Damasceno

Nefrologista do HUCFF – UFRJ. Médico Rotina da Unidade Semi Intensiva do Hospital Quinta D’Or, Rio de Janeiro. Doutor em Medicina pela PGCM – UERJ. Certificado AMB em Medicina Paliativa SBN.

Estevão Alves Valle

Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais. Fundador e Diretor Assistencial da Clínica Mais 60 Saúde, Belo Horizonte. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Epidemiologia pelo Instituto René Rachou/Fiocruz. Título de Especialista AMB em Geriatria SBGG. Residência Médica em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da UFMG, e em Geriatria pelo IPSEMG.

João Andrade Sales

Médico do INCA, Ministério da Saúde e do Hospital Samaritano-Botafogo, Rio de Janeiro. Doutor em Bioética, Fiocruz e Mestre em Ciências da Saúde, UFRJ. Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB, 2021-2023). Clínico Geral e Intensivista com Certificado AMB de Atuação em Medicina Paliativa AMIB.

João Cardoso de Castro

Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ), participou do Programa de Doutorado-Sanduiche [CAPES] na DePaul University, em Chicago. É formado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestre em Educação em Ciências e Saúde pelo NUTES (UFRJ).

Maria Gilda Alves de Oliveira

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (FIOCRUZ). Licenciada em Ciências Sociais, o que lhe possibilitou lecionar sociologia no ensino médio durante muitos anos. Mestre em Saúde Coletiva,

trabalhou como sanitarista em diversas áreas da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Especialista em Gestão Pedagógica das Escolas Técnicas do SUS e em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, atualmente ela trabalha em uma escola técnica do SUS: a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos.

Márcio Niemeyer-Guimarães

Professor Adjunto do Curso de Medicina, Disciplina de Cuidados Paliativos, do UNIFESO e da Escola de Medicina e Cirurgia, Disciplina de Oncologia e Cuidados Paliativos, da UNIRIO. Professor colaborador da Pós-graduação AMIB em Medicina Intensiva - Módulo Cuidados Paliativos. Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (Fiocruz), tendo realizado o Programa de Doutorado Sanduíche no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Porto (PDSE-CAPES). Mestre em Medicina (UFRJ). Mestre em Cuidados Paliativos (Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Médico Especialista AMB em Medicina Intensiva AMIB, Clínica Médica SBCM e Geriatria SBGG, com Certificado de Atuação em Medicina Paliativa. Fellow da Sociedade Americana de Geriatria (American Geriatrics Society Fellow, AGSF 2016).

Murilo Cardoso de Castro

Doutor em Filosofia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor em Geografia (UFRJ e Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3). Mestre em Geografia (UFRJ). Desde 1996, pesquisador do Grupo RETIS de Pesquisa (UFRJ, Departamento de Geografia).

Renata Pivatelli Soares Fontes

Professora do Internato de Saúde do Idoso da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Coordenadora Assistencial Nacional da Clínica Mais 60 Saúde, Belo Horizonte. Médica Horizontal do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Semper, Belo Horizonte. Médica Geriatra do Serviço de Medicina Geriátrica da Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte. Título de Especialista AMB em Geriatria SBGG e Certificado AMB em Medicina Paliativa SBCM. Pós-graduação em Oncogeriatria pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo

