

Aconselhamento ou *coaching*¹? A consultoria ética no contexto da pós-graduação em educação médica

Advice or coaching? Ethics consultation in the context of graduate medical education

John F. Tuohey*
Nicholas J. Kockler**

RESUMO: A abordagem padrão para a consultoria ética envolvendo médicos ou uma equipe tem sido, geralmente, para o consultor de ética, “oferecer conselhos, opiniões e recomendações especializadas”², ou facilitar à equipe chegar a um consenso sobre como proceder em um caso desafiador. Essa abordagem razoavelmente padrão modela tanto o processo de consultoria, como as competências consideradas necessárias ao consultor³. Revistas como *The Journal of Clinical Ethics* (Revista de Ética Clínica) e *The Journal of Hospital Ethics* (Revista de Ética Hospitalar), que apresentam estudos de casos e comentários, parecem enfatizar essa mesma abordagem. Nossa abordagem no *Providence Center for Health Care Ethics* tem sido descartar a ideia de oferecer conselhos ou recomendações e focar na consultoria como uma oportunidade de *coaching*. Essa atividade, que envolve um grupo de competências além das necessárias para “oferecer aconselhamentos experientes”, serve ao que sustentamos ser o objetivo fundamental da ética na educação ética para clínicos: assistir o clínico na transformação de suas habilidades técnicas clínicas e médicas na consecução de uma relação terapêutica marcada pelo cuidado. Com esse fim, a função da consultoria é, com frequência, menos aconselhar o que deve ser feito do que orientar o clínico na maneira de pensar sobre as, e por meio das, questões e desafios de um dado caso. Então, por exemplo, em vez de oferecer aconselhamentos sobre se se deve ou não fazer uma cirurgia de substituição da aorta para um paciente com incapacidade reduzida devido a uma doença mental, o consultor em ética trabalha com o clínico para identificar as questões-chave, os riscos e os benefícios para esse paciente, em particular nesse ambiente, e para conceber uma maneira de pensar esses casos que respeite a autonomia do paciente, mesmo daquele doente mental, sem deixá-lo em risco terapêutico indevido⁴. Para descrever esse papel da consultoria ética como *coaching*, este ensaio vai primeiro descrever a nossa filosofia fundamental da educação ética usando os programas de Pós-Graduação em Educação Médica em nossos hospitais-escola como o contexto para essa educação ética. Isso ajudará a situar a ideia de *coaching* no plano global e no foco da educação, mais do que simplesmente uma nova abordagem da consultoria ética. Vamos então descrever mais detalhadamente o processo de consultoria que desenvolvemos. Isso mostrará como o processo de consultoria em si, que gira em torno de quatro questões, ou aquilo que chamamos de “interesses”, é estruturado não apenas em relação à análise ética para fins de aconselhamento, mas de modo a servir ao papel transformativo da ética na prática dos cuidados com a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aconselhamento. Consultoria Ética. Educação Médica.

ABSTRACT: The standard approach to ethics consultation involving physicians or staff has generally been for the ethics consultant to “render expert advice, opinion and recommendation”², or to facilitate the team reaching a consensus as to how to proceed in a challenging case. This fairly standard approach shapes both the process of the consultation and the competencies deemed necessary for the consultant³. Journals such as *The Journal of Clinical Ethics* and *The Journal of Hospital Ethics* that present case studies and commentary seem to emphasize this same approach. Our approach at the Providence Center for Health Care Ethics has been to shift our focus away from the idea of offering advice or recommendations and to focus instead on seeing the consult as an opportunity for coaching. This coaching, which entails a set of competencies beyond those to “render expert advice”, serves what we hold to be the fundamental goal of ethics in ethics education for clinicians: to assist the clinician in the transformation of their technical medical and clinical skills into the achievement of a caring therapeutic relationship. To that end, the function of the consult is often less to advise what ought to be done and more to guide the clinician in how to think about and think through the issues and challenges of a case. So for example, instead of offering advice as to whether to perform aortic valve replacement surgery for a patient with diminished incapacity due to mental illness, the ethics consultant works with the clinician to identify the key issues and risks and benefits for this particular patient in this setting, and to devise a way of thinking through such cases that respect patient autonomy even of the mentally ill, without leaving that patient at undue therapeutic risk⁴. To describe this role of ethics consultation as coaching, this essay will first describe our underlying philosophy of ethics education, using the Graduate Medical Education programs at our teaching hospitals as the context for that ethics education. This will help to situate the idea of coaching within the overall plan and focus of education, rather than as simply a novel approach to ethics consultation. We will then describe in more detail the consultation process we have developed. This will show how the consultation process itself, which revolves around four questions or what we call “spheres of concern” is structured not simply toward ethical analysis for advice, but in a way so as to serve the transformative role of ethics in the practice of healthcare.

KEYWORDS: Counseling. Ethics Consultation. Education, Medical.

* Ph.D. Titular da Applied Health Care Ethics, Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica. Diretor regional do Providence Center for Health Care Ethics.

** Ph.D. Ericista Sênior no Centro de Ética e Supervisor do Instituto de Melhoria de Qualidade Colaboração Ética.

A ÉTICA NA PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Um Caso

Samuel é um jovem de 36 anos que estava construindo uma casa com a namorada após 6 anos de relacionamento. Um dia, ela foi até o local da construção e o encontrou no chão sem respirar. Ela chamou a emergência e iniciou os procedimentos de primeiros socorros da melhor maneira que conseguiu. Quando chegou, a equipe assumiu a responsabilidade de conseguirem restaurar os batimentos cardíacos e manter a respiração a caminho do hospital. Na admissão, ele foi colocado num respirador mecânico. Feita a entrada na UTI, o protocolo de hipotermia foi iniciado na esperança de minimizar os danos cerebrais. Como não se sabia quanto tempo ele passou caído no chão, foi impossível determinar as suas chances de recuperação. O aquecimento passivo foi iniciado depois de 24 horas. Passadas mais de 72 horas da hora de admissão, o atendente informou à namorada do paciente de que as chances de recuperação de Samuel eram poucas. Ela não precisava decidir nada naquele momento, ele disse, mas deveria começar a pensar no que Samuel gostaria que se fizesse nessa circunstância.

Inclinada a continuar por mais alguns dias, mas sem saber o que fazer, a namorada pediu ao atendente que ligasse para a mãe de Samuel, que estava fora do estado. A mãe sugeriu que ela chamasse a esposa de Samuel, também fora do estado. A esposa o deixara havia 7 anos, levando o filho deles. Apesar de ter iniciado o divórcio há 3 anos, ela não deu continuidade. A namorada ficou angustiada ao saber da esposa, e mais angustiada ainda ao saber da esposa que ele teria desligado os aparelhos. A mãe de Samuel concordou com a opinião da esposa.

O residente então pediu uma consultoria ética: quem deve tomar a decisão pelo meu paciente?

Na maioria das questões a respeito da tomada de decisão por um responsável, uma consultoria ética, dá, a partir da literatura⁶, uma recomendação para o curso de ação. Ninguém culparia o eticista se ele respondesse a isso de acordo com a lei: a esposa é quem toma as decisões pelo paciente e ela pode desligar os aparelhos de Samuel. Ele deveria orientar, entretanto, que embora a lei diga que é a esposa e desde que ele documente – em função dos anos de separação, e da tentativa de divórcio por parte da mulher – pode-se permitir que a namorada decida. Ambas as

respostas são válidas para a questão e ambas são passíveis de defesa mesmo que sejam contrárias uma à outra. Em nosso paradigma de pós-graduação em Educação Médica, nenhuma delas é satisfatória por si só, pois nenhuma dá ao residente as ferramentas necessárias para ser mais do que um técnico médico que executa decisões tomadas por terceiros. Como frisamos, a simples recomendação não dá ao residente as competências médicas necessárias para ser um *professional*. Acreditamos que esse é o propósito fundamental da educação ética em um hospital escola.

O objetivo e o propósito de hospitais escola, como o *Providence Health & Services no Oregon (PH&S-Oregon)*, é o de ser um daqueles lugares “em que o conhecimento médico evolui continuamente, e novas curas e tratamentos são descobertos. Eles estão onde serviços comunitários críticos, tais como centros traumatológicos e de queimaduras, sempre estão de prontidão. São o campo de treinamento para mais de 100.000 novos médicos e outros profissionais da saúde a cada ano”. Em suma, um hospital escola é um lugar em que estudantes de medicina recém-formados demonstram os conhecimentos técnicos que adquiriram sob a orientação dos docentes médicos e da equipe do hospital, refinam e melhoram suas técnicas etc., para serem médicos altamente competentes⁷.

Inovações de desenvolvimento profissional para atingir esse ponto incluem ter formado estudantes de medicina que antes passem pelo “campo de treinamento” do período de residência: um curto e intensivo curso que aprimora as habilidades clínicas importantes para o treinamento educacional de formação médica. Em outros exemplos, alguns programas fazem uso de simuladores para criar cenários clínicos desafiadores. Tal como no caso acima, eles aprendem como fazer uso de sua prudência clínica para decidir coisas como se utilizar o protocolo de hipotermia em pacientes sem pressão sanguínea como Samuel – pacientes nos quais a hipotermia induzida não foi extensivamente estudada – pode ser apropriado.

No *Providence Center for Health Care Ethics*, um centro de ética regional para consultoria e educação, oferecemos uma variedade de oportunidades educacionais para três programas de residência: dois em medicina interna, e um em medicina familiar. O corpo docente do Centro de Ética se compõe de dois eticistas profissionalmente treinados e um eticista médico que fazem palestras na hora do almoço, promovem debates sobre ética, grandes debates médicos, fóruns especiais abertos e outras sessões

educacionais. O Centro de Ética também gerencia três cátedras financiadas, e oferece uma gama de oportunidades educacionais além dos programas de residência, especialmente por meio de nosso Programa de Currículos do Núcleo Ético. O serviço de consultoria de ética também conta com a participação e supervisão dos eticistas do Centro de Ética.

Em nossa abordagem, a ética e a educação ética em um programa de residência *não estão* limitadas a responder estritamente a questões éticas ou legais como as do nosso caso acima relatado. A Ética e a educação ética podem, e acreditamos que devem, por outro lado, ajudar a transformar as habilidades ou técnicas de uma pessoa na aplicação profissional daquela habilidade: o que chamamos de *práxis*. Essa é uma abordagem distinta que deve ser diferente do modo como outros programas de residência abordam a educação ética, pois vai além de tipos restritos de questões. Nós construímos o nosso programa de educação ética em torno da filosofia de que a *educação ética* durante a residência (*ethos*) ajuda a transformar *as habilidades clínicas* (*techné*) em *cuidado profissional*, ou ao que também denominamos relação terapêutica (*práxis*). Com isso queremos dizer que um residente aprende, não apenas a aplicar a medicina para obter benefício clínico, mas também para aceitar e administrar os desafios e as nuances das relações interpessoais a fim de criar relações terapêuticas de qualidade. Não é o suficiente saber se Samuel é um bom candidato para o protocolo de hipotermia, ou o que a lei diz a respeito das decisões por terceiros. O residente precisa aprender como e por que o relacionamento terapêutico que ele compartilha com o paciente molda a importância do consentimento nesse caso em específico.

Acreditamos que essa abordagem filosófica da educação ética é completamente consistente com a identidade católica do *Providence*. O interesse da ética católica está centrado em relações corretas; nossa esperança é que, por meio da ética, as relações terapêuticas em nossos hospitais persistam em ou retornem a uma condição correta. Acreditamos que isso é essencial para a cura da pessoa inteira tanto quanto o florescimento de todos que encontramos em nossos hospitais – provedores, paciente, assim como membros da família.

O profissionalismo é um dos seis domínios nucleares de competência identificados pela *American Board of Medical Specialties* (ABMS) (Conselho Americano de Especialidades Médicas) e o *Accreditation Council for General Me-*

dical Education (ACGME) (Conselho de Credenciamento da Educação Médica Geral). Os outros são: cuidados com o paciente, conhecimento médico, aprendizado e aperfeiçoamento baseado na prática, habilidades interpessoais e de comunicação e prática baseada nos sistemas. Por essa razão, às vezes acontece de o conteúdo ético da educação ética do residente focar em questões relacionadas ao profissionalismo. Acreditamos que essa abordagem é muito restrita. Em muitos aspectos particulares, o profissionalismo é semelhante ao que nós podemos chamar de etiqueta médica: por exemplo, não enganar ou sobrecarregar um paciente; ou não se envolver emocionalmente com um paciente durante a terapia. Entretanto, não concebemos o profissionalismo simplesmente como um domínio da competência entre outros (e, por essa razão, usamos, com frequência a expressão mencionada acima, “relações terapêuticas”, para evitar confusão). Em vez disso, ele se refere à integração de todos os seis domínios em uma síntese encontrada na relação terapêutica de qualidade: a prática correta da medicina por profissionais médicos.

No *Providence*, desenvolvemos vários componentes éticos para cada um desses núcleos de domínio de competência. Essa identificação explícita de componentes éticos para esses domínios é outro elemento distinto de nossa abordagem para a educação ética, e nos dá, por assim dizer, consequências de aprendizagem para nossos programas em Pós-Graduação em Educação Médica (Tabela 1). De fato, a nossa abordagem está consoante com a abordagem do sistema de certificação “Next Accreditation System” (NAS), programado para começar a ser implementado em todos os programas de Pós-Graduação em Educação Médica a partir de julho de 2013⁸.

Elementos transformadores da educação ética

Como realizamos essa transformação em prática profissional? Vemos o *ethos* como a transformação da *techné* clínica em *práxis* profissional por meio da realização daquilo que pensamos ser as três competências éticas a serem ensinadas na educação médica pós-graduada. Primeiro, a prática da sabedoria prática pela qual o clínico pode, prontamente, evitar agir segundo um padrão, de uma maneira não compatível com a situação. Depois vem o exercício da liberdade moral pela qual o clínico desfruta da confiança que a angústia moral pode corroer. Finalmente, há a demonstração de integridade na prática médica, a qual ajuda o clínico a identificar e minimizar os riscos morais de procedimentos em um dado caso⁹.

Tabela 1. Componentes Éticos para as Competências Nucleares dos Profissionais Médicos da ABIM/ACGME

Cuidados com o Paciente	Habilidades Interpessoais e Comunicativas
Integrar imperativos éticos à administração da dor e dos sintomas	Discussão dos interesses éticos com o paciente/família
Obter consentimento esclarecido	Comunicação de decisões/informações desafiadoras selecionadas
Lidar com a recusa pelo paciente de intervenções clínicas	
Implementar diretivas antecipadas e relativas ao responsável pelo paciente	
Capacitar a avaliação em situações clínicas específicas	
Possuir competência cultural em respeito à autonomia do paciente	
Conhecimento Médico	Profissionalismo
Ambientes clínicos diferentes têm diferentes implicações éticas	Entendimento da, e compromisso com a integridade clínica
Normas da medicina baseada em evidência e guias práticos	Gerenciamento de conflitos de interesse
Benefícios em ambientes agudos, crônicos e paliativos	Atenção aos diferenciais de poder nas posições clínicas assumidas
Tratamento fútil, prejudicial ou contrário ao padrão de atendimento	Admissão e abordagem de erros médicos
Implicações de dizer a verdade, mentir e enganar	Responsabilidades relacionadas a colegas incapacitados
Cuidado baseado na redução do dano mediante o não julgamento	Atenção às barreiras profissionais e ao recebimento de presentes
Administração de recursos médicos e exigência da participação de decisores	Gerenciamento das informações do paciente: confidencialidade e obrigação de alertar
	Aplicação dos princípios éticos ao ambiente de pesquisa
	Deveres profissionais fora do ambiente padrão de atendimento
Aprendizado e Aperfeiçoamento baseado na Prática	Práticas baseadas em Sistemas
Identificação de questões éticas que surgem no tratamento de pacientes não internados	Conhecimento dos comitês de ética e consultoria ética
Alcance do <i>insight</i> ético em casos desafiadores	Conhecimento e disposição para acessar os recursos éticos
Aplicação dos princípios éticos relacionados aos cuidados médicos	Conhecimento das políticas éticas institucionais, etc.
Gerenciamento da ambiguidade ética e da angústia moral	Conhecimento dos compromissos institucionais com políticas públicas
Orientação para paciente/responsável no planejamento do tratamento	Nível de conhecimento e tranquilidade com as leis relevantes da saúde

SABEDORIA PRÁTICA

Um objetivo importante da educação ética na pós-graduação médica é a promoção da sabedoria prática e a minimização de seu oposto, que é agir de maneira padrão ou não refletiva. Um lugar onde isso pode acontecer é em uma consultoria de ética. Como mencionamos acima, a consultoria de ética exerce um papel que é menos responder a uma questão ou oferecer uma recomendação do que *instruir* o residente a pensar direito sobre a questão que ele levantou. Outra oportunidade para esse treinamento ético é a rotação ética, durante a qual o residente passa, aproximadamente, uma ou duas semanas acompanhando e participando do trabalho do eticista em uma variedade de ambientes. Outros exemplos incluem a Ética do CTI e Debates de Ética em Equipe, nos quais o eticista e os residentes separam oportunidades para discernimento ético em ‘tempo real’ dos casos que eles veem. Concretamente, essa forma de treinamento da sabedoria prática é explorada usando a imagem mais clássica de *prudentia* para representar a sabedoria prática, que lembra o uso da razão, memória, prevenção e circunspeção, determinação da

importância relativa de uma variedade de fatos relacionados ao caso, a habilidade de ser astuto ou esperto se necessário e o exercício da cautela. Isso é similar à noção de discernimento teológico: “‘Discernimento’, como geralmente usamos o termo, refere-se à qualidade de percepção e à capacidade de discriminar graus de importância dentre os vários recursos antes de fazer um julgamento. A habilidade de discernir envolve sutileza de percepção, sensibilidade, afetividade e capacidade de empatia, sutileza e imaginação”¹⁰. Com base em nosso serviço de consultoria de ética, trazemos as habilidades necessárias de discernimento para conduzir as “questões emocionais”¹¹ relacionadas a uma demanda de consultoria.

No caso acima, o eticista pode perguntar ao residente porque ele quer saber quem deve tomar a decisão. Pode ser que ele meramente queira ter a certeza de que segue a lei (padrão), ou procura a abordagem mais direta e menos controversa (evitar a angústia emocional). O eticista deve ajudar o residente a exercitar sua sabedoria prática, distinta de razões clínicas ou legais, para determinar a pessoa correta a decidir, mediante a exploração do papel moral do consentimento na relação terapêutica. Usando a pre-

venção, fica evidente que quem quer que tome a decisão terá uma profunda influência na consequência: o paciente irá viver ou morrer. Sendo mais circunspecto, o residente percebe que a decisão não está relacionada simplesmente a fazer ou não fazer uma intervenção médica, mas antes a obter consentimento para tocar alguém, sendo tocar o mais profundo exercício na arte da cura na relação terapêutica; não simplesmente tocar de acordo com as regras, ou desejar evitar a todo custo a angústia moral, e refletindo em como ele deve, talvez com um grau de sagacidade e precaução, ver sua *techné*, ou habilidades clínicas, se transformar em *práxis*, ou cuidado profissional e a relação terapêutica. A significância do toque é explorada mais completamente em sessões didáticas como a reunião do meio dia, em que a permissão para tocar está relacionada à anuência e à importância de acreditar na pessoa (paciente ou responsável) que dá permissão ao residente de tocar o paciente com intenções de cura.

LIBERDADE MORAL

O aprimoramento da liberdade moral pode ocorrer em função de uma variedade de mecanismos: (i) conhecer a base para o curso certo de ação; (ii) conhecer a linguagem para descrever as questões éticas ou análise racional de um fato ou (iii) reconhecer as estruturas ou barreiras que previnem o seguimento do curso certo de ação. Liberdade moral pode significar também a confiança moral de que a pessoa precisa para agir. Isso pode ser passado por meio das sessões didáticas, tais como as reuniões regulares do meio dia que seguem um currículo rotativo de 18 sessões para capturar os tópicos-chave durante os três anos de residência. Outras oportunidades incluem relatórios matinais e Grandes Debates Médicos. Essas sessões são direcionadas a passarem as habilidades específicas da ética e o conhecimento necessário para assessorar o residente especialmente na solução de angústias morais como a descrita acima. O conteúdo dessas sessões é extraído de nosso modelo particular de tomadas de decisão de ética clínica, tópicos relacionados ao Exame do Conselho Médico, e aqueles componentes éticos que identificamos com cada um dos seis domínios de competências da ABMS/ACGME para a educação médica (Tabela 1). Essa identificação explícita dos componentes éticos para essas competências é outro elemento distinto de nossa abordagem da educação ética, e nos fornece, por assim di-

zer, resultados de aprendizagem para nossos programas na educação médica.

No caso acima, se o residente faz o que considera ser a decisão prudente e trabalha com a namorada do paciente, o eticista deve perguntar a ele “E se a esposa disser a você que conversou com um advogado e insiste em ser a responsável pela decisão, o que você vai dizer?”. Nesse caso, o eticista pode apelar para lições apresentadas anteriormente em ambientes mais formais. Sem as habilidades éticas de razão dedutiva e linguagem ética, e não apenas da linguagem legal para entender o consentimento (tanto quanto a habilidade para demonstrar a perspicácia na escolha da linguagem), o residente pode sucumbir à pressão para voltar ao padrão, à abordagem legal, e experimentar a angústia moral de não ser capaz de seguir aquele que se acredita ser o caminho correto de proceder com esse paciente.

INTEGRIDADE NA PRÁTICA MÉDICA

A integridade ética na prática médica pode ser caracterizada como honestidade, confiança, imparcialidade e responsabilidade nos pensamentos e ações dos profissionais médicos¹². Além disso, procuramos essa integridade mediante a identificação e abordagem dos riscos morais assim que eles aparecem no cuidado com o paciente. Definimos risco moral como qualquer obstáculo ou barreira para cumprir, ou uma tentativa de evitar cumprir, obrigações, ou fazer o que é certo. (Observe-se que os riscos morais podem evocar a angústia moral, e fatores emocionalmente angustiantes podem constituir riscos morais). Um *insight* nesse sentido pessoal de integridade é adquirido com base no *spectrum* da experiência educacional. Entretanto, esse componente da pós-graduação na Educação Médica é amplamente praticado por meio do uso consistente do modelo de consultoria usado no *Providence* para pensar nos casos eticamente desafiadores. Logicamente esse modelo é usado durante a consultoria ética, mas também é utilizado como uma ferramenta pedagógica durante os casos apresentados em ambientes didáticos mais formais¹³.

Esse modelo aplica explicitamente nossa definição de integridade do médico, como: (1) *honestidade* na prática da medicina; (2) *confiança* para beneficiar o paciente medicamente; (3) *imparcialidade* em relação à autonomia do paciente; e (4) disposição e habilidade para assumir *responsabilidade* pelo curso de ação, ou de explicá-lo, à luz de

outras obrigações relevantes de justiça ou de não-maleficência. Quando a honestidade, a confiança, a imparcialidade e a responsabilidade são introduzidas em qualquer relação, a qualidade da relação é melhorada e a relação em si é transformada. É nossa proposta que, quando a integridade é introduzida na relação entre o clínico e o paciente, essa relação se torna o que estamos chamando de relação terapêutica: uma relação de cuidados profissionais. A busca pela integridade na relação, a busca pelo *ethos*, transformam a *techné* em *práxis*. Essa abordagem requer um discernimento ético, por meio do qual não é suficiente, simplesmente, perguntar qual princípio, ou dever moral, é dominante na situação. Essa abordagem da integridade implica ir além da ação de maneira ética, ou tender a cumprir algum dever moral e alcançar a relação de qualidade que definimos como *práxis*, a criação da relação terapêutica.

No presente caso, devido ao período de tempo passado, e a falta de quaisquer indicadores de bom prognóstico, a honestidade em medicina pode sugerir que é tempo de mudar para uma outra modalidade de cuidados, tal como o cuidado com o conforto. Esse cuidado pode também demonstrar confiança em beneficiar um paciente procurando qual seria o único benefício disponível: o benefício paliativo. A namorada pode desafiar isso sugerindo que esse plano de cuidado não é bom para ele, e a nossa preocupação com ela pode se tornar um risco moral para o paciente caso mudemos o nosso foco do paciente para as necessidades da namorada aflita. Dito isso, Samuel, o paciente, tem um filho, e suponhamos que a esposa queira suspender o tal plano até que o filho possa ver o pai pela última vez. Será difícil discernir se há alguma obrigação judicial para agir em nome do filho e esperar, ou se o paciente não consentiria em ficar sem cuidados médicos por causa de alguém que ele não conhece bem. Agir com integridade é abraçar suas características de discernimento nessas preocupações aparentemente concorrentes e complementares. Não é difícil perceber os riscos morais aí envolvidos.

O PROCESSO DE CONSULTORIA COMO COACHING

A discussão acima mostrou como a consultoria de ética se encaixa em um componente de ética global da pós-graduação em Educação Médica. Nessa seção de nosso ensaio, descreveremos mais detalhadamente como o

processo de consultoria pode ser estruturado para poder ser mais *coaching* do que “oferecer opinião técnica”¹⁴.

Um modelo “orientado para o aconselhamento” na consultoria de ética

Antes de o Centro de Ética ser estabelecido em 2000 para supervisionar a ética na GME, a educação de ética era direcionada para ensinar os residentes “como praticar” ética – na tentativa de fazer deles eticistas. A principal fonte da educação ética era o texto *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Designs in Clinical Medicine* (Ética Clínica: Uma Abordagem Prática para Projetos Éticos na Medicina Clínica)¹⁵. Frequentemente apontados como os “quatro tópicos”, ou modelo “Jonsen”, essa abordagem estrutura um caso em torno de quatro quadrantes: (1) Indicações para Intervenções Médicas, (2) Preferências dos Pacientes, (3) Qualidade de Vida e (4) Características Contextuais. O modelo pareceu apropriado porque se baseia nos princípios éticos profissionais e captura bem o contexto médico. Assim sendo, podemos dizer que ele reflete uma apreciação da *techné* da prática clínica. Oferecendo uma estrutura no âmbito da qual se organizam as informações do caso e se identificam as várias questões, o eticista está mais apto a ganhar a clareza de *insight* necessária para oferecer conselhos ou recomendações. Entretanto, esse modelo não provoca necessariamente o avanço da sabedoria prática ou evita o julgamento padrão; ele não oferece inerentemente a confiança necessária para aliviar a angústia moral e agir com liberdade confiante; e tampouco identifica intuitivamente o risco moral ou oferece uma avaliação objetiva de integridade de ação. Nossa questão aqui não é de crítica a esse modelo, pois muitos obtiveram sucesso em seu uso em uma variedade de ambientes¹⁶. Entretanto, ilustrando como a nossa experiência e a nossa abordagem filosófica para a educação da ética nos desafiam a fazer algumas adaptações maiores será útil para demonstrar a dimensão de *coaching* de nossa consultoria de ética.

Uma questão com a qual frequentemente labutamos é a liberação adequada dos pacientes, particularmente os moradores de rua e pacientes com necessidades especiais, que tornam difícil a decisão sobre a ação adequada com relação a eles. Algumas vezes, a atitude prevalente tem sido aquela que a nossa missão proíbe: jogar as pessoas na rua ou em ambientes com recursos de enfermagem qualificados (REQ) ou abrigos, para onde o paciente não quer

ir. Nossa missão, alega-se, requer que forneçamos “hospitalidade” a esses pacientes. Nosso desejo de ter bons índices de satisfação dos pacientes também demonstra essa abordagem, pois não queremos forçar uma questão de para onde ir junto a pacientes ou famílias relutantes. Nesses casos, as “preferências do paciente” estão claras: o paciente quer ficar no hospital, ou, pelo menos, não quer ir para lugar nenhum que não seja sua casa. As “indicações médicas” são de que algum tipo de alta (implicando a ida para outro lugar) é apropriada. Esse parece ser o dilema: dar ou não dar alta – como decidimos? Há, entretanto, mais do que dois lados nesse dilema.

O que é útil para nós em casos como esses é o reconhecimento explícito de que o dilema está ocorrendo em unidades de cuidados intensivos. Por isso, nossa equipe, embora altamente competente em seus campos de cuidado intensivo, não é necessariamente competente, equipada, ou disponível para fornecer o tipo de cuidado dado em um REQ, ou abrigo. Há, também, os riscos para o paciente. Estudos mostram que internações prolongadas em um ambiente de cuidados intensivos colocam os pacientes em risco de infecção¹⁷. É perigoso manter os pacientes que não precisam estar hospitalizados. O princípio de não malificência, nossa obrigação com a proteção dos pacientes, tanto quanto da equipe, precisa de uma integração mais explícita nas conversas.

O problema tem também uma dimensão de ordem pública. Vários estudos têm sido feitos para mostrar um risco perceptível de superlotação e mortalidade no Setor de Emergência quando um hospital atinge mais de 85% de ocupação, e um estado de crise quando a ocupação é maior que 90%¹⁸. A comunidade está em risco se um hospital estiver superlotado, e esse risco é difícil de justificar se alguns desses pacientes que são parte da superlotação não precisarem daquelas camas. Casos como esse nos levou a apelar para argumentos não facilmente fundamentados naquele modelo de quatro tópicos.

Deve-se ainda considerar o caso de pacientes com problemas mentais ou demência. Essas doenças podem comprometer a capacidade de tomar decisões desse paciente. Entretanto, nem sempre a doença tira o desejo do paciente de expressar as suas preferências. Inicialmente, encarávamos a doença mental, ou a demência, como parte do quadro clínico, e julgávamos a falta de capacidade de tomar decisões algo que requeria um responsável ou uma decisão (ou ordem) antecipada com respeito ao trata-

mento. O modelo não parecia considerar a firme vontade do paciente, que, quando acompanhada por força física, pode tornar os planos de tratamento perigosos tanto para ele como para a equipe. Nossa experiência mostra que os mecanismos de luta do paciente, independentemente de sua capacidade de tomar decisões, são vitais para a determinação da qualidade de vida e parte do respeito à autonomia do paciente. As preferências do paciente são mais bem atendidas em um contexto de autonomia que permite respeitar tanto as escolhas do paciente, na ausência de capacidade de decisão, como as suas decisões, quando essa capacidade está presente¹⁹.

Um modelo de educação orientado para coaching

À luz dessa experiência, descobrimos que a capacidade técnica de organizar um caso em “compartimentos” não iria oferecer os tipos de *insights* dos quais precisávamos para auxiliar os clínicos, especialmente os residentes, a “cuidar” de seus pacientes, muito mais do que “tratar” deles. Trata-se de um foco de atenção que decidimos que precisava refletir mais claramente a qualidade da relação clínico-paciente, a relação terapêutica, não simplesmente a relação mais utilitária, ou o que poderíamos chamar de relação “capacidade médica-necessidade de saúde”. Isso nos levou a focar nas quatro esferas de interesse” acima descritas para reestruturar o caso desafiador, o que cria um método de consultoria capaz de promover o discernimento ético. Não procuramos decidir quais princípios éticos se sobressaem em um caso particular, ou simplesmente responder a uma questão, mas usamos, em vez disso, um diálogo socrático com os clínicos, construído em torno das quatro questões relacionadas à nossa definição de integridade discutida acima²⁰, para discernir as interrelações e estabelecer a prioridade entre nossos interesses.

Essas esferas de interesse são:

Integridade Clínica – Esse interesse se refere, a nosso ver, ao modo como a medicina é praticada com respeito à melhoria da qualidade, melhores práticas e protocolos baseados em evidências. Essa noção também está relacionada com o comportamento profissional: como dizer a verdade, ser aberto e outros casos do que chamamos de “etiqueta clínica” acima. Mas ela também vai além disso, incluindo a consideração ao dever do clínico de preservar a integridade da profissão médica, a confiança do público na profissão médica e a responsabilidade fiduciária

do clínico de corresponder a essa confiança. A dimensão relacional dessa esfera de interesse está relacionada à integridade mediante a formulação da seguinte pergunta: esta é a prática *honest*a da medicina/do exercício de meus deveres profissionais?

Beneficência – Esse interesse se refere à obrigação ética historicamente atribuída pela tradição à Hipócrates, uma primeira tradução daquilo que é expresso pelo compromisso de “prescrever regimes para o bem (benefício) de meus pacientes de acordo com a minha habilidade e meu julgamento e nunca machucar ninguém”²¹. A dimensão relacional dessa esfera de interesse se refere aos desfechos clínicos nas dimensões aguda, crônica ou paliativa do cuidado, e está relacionada à integridade mediante a formulação da seguinte pergunta: isso mostra que se pode ter *confiança* em que eu vou beneficiar meu paciente?

Autonomia – Esse interesse é mais do que as preferências dos pacientes e as tomadas de decisão, e nós a entendemos como estando relacionada com a maneira e o modo (*sic*) como um paciente compreende o seu contexto e seu ambiente. Assim, a esfera de interesse da autonomia é muito mais do que a capacidade de decidir e as preferências do paciente ou da família. Isso inclui o interesse pelas diferenças culturais, sexuais, raciais e religiosas que são essenciais ao respeito à autonomia, como o é avaliar as capacidades maiores ou menores do paciente em tratamento. A dimensão relacional dessa esfera de interesse é o interesse pelo paciente, estando relacionada à integridade, mediante a formulação da seguinte pergunta: isso é *justo* para com o meu paciente em seu mundo e a maneira como ele vive a vida?

Justiça e Não-Maleficência – Esses interesses se referem a outros deveres e obrigações que os profissionais têm em um contexto mais amplo, incluindo questões sociais, legais e institucionais. Por exemplo, na discussão acima com relação à alta de um paciente, essa é a esfera de interesse que considera o impacto da manutenção no hospital de pacientes que não precisam estar lá no acesso mais amplo da comunidade ao tratamento. A dimensão relacional dessa esfera de interesse é o interesse pelos outros, pelos interesses deles e outras obrigações, sendo relacionada à integridade mediante a formulação da seguinte pergun-

ta: como eu demonstro *responsabilidade* por minhas ações nesse caso à luz das obrigações em relação aos outros, ou dos deveres para proteger o paciente ou outras pessoas?

Na prática, a consultoria procede com base no discernimento socrático dessas relações com a profissão, os desfechos, os pacientes e os outros. Um discernimento bem-sucedido é aquele que sintetizam *insights* no que é, nesse caso, honesto, digno de confiança, justo e responsável. O eticista, ao lado dos provedores e de outros envolvidos em uma consultoria ética contribuem para esse diálogo multidisciplinar. De fato, por meio desse diálogo, que é uma atividade de *coaching*, o clínico não recebe uma educação em ética *per se*, mas com certeza passa do papel de técnico altamente habilidoso ao de profissional. Uma consultoria que oferece conselhos ou recomendações pode, simplesmente, responder a uma questão, mas uma consulta que se envolve em uma atitude de *coaching* diálogo estruturado que reflete uma filosofia ética bem fundada na pós-graduação em Educação Médica pode ajudar os clínicos a assimilar e mobilizar a sabedoria prática, a liberdade moral e a integridade necessárias para serem profissionais em relação terapêutica com os pacientes²².

CONCLUSÃO

Os hospitais escola são uma parte essencial do processo de educação e treinamento pelo qual mulheres e homens tornam-se médicos talentosos e habilidosos. Para nós, é também o lugar onde esses talentos e habilidades são transformados por meio da educação na ética e nas humanidades, em cuidados profissionais, transformados de técnicos habilidosos em profissionais interpessoais em relações terapêuticas complexas. Por meio de um programa abrangente e integrado que abrange diferentes ambientes educacionais, acreditamos atingir esse objetivo de transformação pela melhoria da experiência de pós-graduação na educação médica com os três componentes da educação ética. Eles fornecem oportunidades de ganhar *insight* para agir a partir de um contexto de sabedoria prática que evita decisões padronizadas, aprimora a liberdade moral, minimiza a angústia moral e assegura a busca da integridade para superar ou contornar riscos morais. Nesse sentido, acreditamos que nossos residentes completam seus programas com um

profissionalismo que é mais do que etiqueta, e mais do que saber como responder a uma questão ética ou legal. Um importante componente desse processo educacional é o processo de consulta de ética clínica. Quando se situa esse processo do contexto aqui descrito, a consulta de ética pode ser uma experiência de *coaching* no profissionalismo, não simplesmente conseguir a resposta para uma questão. Com a oportunidade de transformar habilidades baseadas na educação ética descrita acima, nossos residentes se transformam em verdadeiros cuidadores, completamente investidos na qualidade de suas relações terapêuticas deveras humanas e complexas.

A demanda dessa consulta originou-se de uma página enviada a um eticista por um residente sênior que explicou a situação. Como não era urgente, ambos concordaram que a melhor abordagem seria esperar um dia para discutir o caso em equipe, no Debate de Ética na UTI daquela semana.

Durante a discussão, da qual participaram o encarregado dos casos graves e o representante da qualidade de atendimento, houve uma discussão livre sobre quão fácil seria seguir a lei e deixar a esposa decidir. Como o residente salientou: “é difícil obter o consentimento de alguém que não está interessado nos fatos relacionados ao paciente”. Isso levou a uma discussão sobre a importância do consentimento como “permissão para tocar”, mais do que “permissão para proceder.” Então montamos uma estratégia para falar com a esposa de Samuel de uma maneira que fosse respeitosa, mas que também deixasse claro que havia desconforto diante da ideia de simplesmente mudar para procedimentos de cuidados paliativos tão rapidamente. A decisão tomada foi a de que os interesses do paciente estavam mais bem servidos, não pela escolha entre candidatas concorrentes, mas antes em proceder em bases estritamente clínicas. Como não havia necessidade de fazer algo naquele exato momento, conceder ao paciente um período maior de recuperação estava de acordo com a prática comum.

REFERÊNCIAS E NOTAS

1. *Coaching* foi mantido por não haver opções de tradução consensualmente aceitas capazes de explicar as características integradas de facilitação, questionamento e consultoria de resolução de problemas, bem como de aprendizagem ou educação permanente que *coaching* indica, para além do sentido antigo de “treinador” e mais próximo do de “mentor” socrático. N.T.
2. Agich GJ. “Clinical Ethics: A Role Theoretic Look.” *Social Sciences & Medicine*. 1990;30:389-99.
3. Ver, por exemplo, Scofield Giles R. “What Is Medical Ethics Consultation?” *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2008;34:95-118.
Reiter-Theil, Stella. “The Freiburg approach to ethics consultation: process, outcome and competencies”. *Journal of Medical Ethics*. 2001;27:i21-i23.
Hoffman D, Tarzian A, O’Neil AJ. “Are Ethics Committee Members Competent to Consult”. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2000;28:30-40.
4. Ver Tuohey J, Young JT. “Ethical Considerations in the Risk-Benefit Analysis for Patients with Diminished Capacity”. *The Journal of Hospital Ethics*. 2009;1:20-3.
5. Nomes e detalhes do caso foram alterados ou omitidos para proteger a identidade das pessoas envolvidas.
6. Ver quanto a isso Hyun I, Griggins C, Weiss M, et al. “When Patients Do Not have a Proxy: A Procedure for Medical Decision Making When there is No One to Speak for the Patient”. *The Journal of Clinical Ethics*. 2006;17: 323-30.
7. Extraído de American Academy of Medical Colleges. <https://www.aamc.org/about/teachinghospitals>.
8. Nasca TJ, et al. “The Next GME Accreditation System – Rationale and Benefits,” *New England Journal of Medicine*. Disponível em: www.nejm.org. Acessado: 23 February.
9. Definimos riscos morais como as barreiras, obstáculos ou desincentivos para reconhecer ou cumprir uma obrigação ética.
10. Gula R. *Reason Informed by Faith*. Mahwah, NJ: Paulist Press;1989. p. 315.
11. ASBH. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* (Glenview, IL: ASBH, 1998), 3.
12. Ver Nash LL. *Good Intentions Aside: A Manager’s Guide to Resolving Ethical Problems*. 3rd ed. Harvard Business School Press;1993. p. 33-35. Nash identifica como quarta característica de integridade o pragmatismo – a capacidade de dar uma contribuição concreta. Na nossa maneira de pensar, essa característica pertence à iniciativa ética em si, em vez de ser um elemento dela. Em nossa experiência, a responsabilidade, que entendemos como disponibilidade e capacidade de explicar as ações das pessoas à luz de outras considerações mais periféricas, mas ainda assim relevantes ao desafio ético, é uma importante característica do decidir com integridade. Assim, nesse caso, a equipe de ajuda terá que considerar, ou explicar, por que escolhe permitir que a namorada decida, e não a esposa, como legalmente estabelecido. A decisão não pode simplesmente ignorar essa dimensão legal, mas para agir com integridade será preciso ser capaz de explicar por que não seguir esse padrão.

13. John Tuohé J. "Ethics Consultation in Portland". Health Progress. March-April. 2006;87:36-41.
 14. Ver nota 2.
 15. Jonsen R, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Designs in Clinical Medicine. 4th ed. New York City: McGraw-Hill; 1998.
 16. Ver, por exemplo, Swetz KM, et al. "Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature". Mayo Clinic Proceedings. 2007;82(6):686-91.
 17. Ver, por exemplo, Graves N. "Economics and Preventing Hospital-Acquired Infection". Emerging Infectious Diseases. 2004;10(4):561-6.
 18. Ver Forste AJ, et al. "The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition". Academy of Emergency Medicine. 2003;10(2):127-33.
 19. Ver nota 4.
 20. Ver nota 12.
 21. "The Hippocratic Oath". Tradução de Michael North. National Library of Medicine, National Institutes of Health. http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html
 22. Embora o contexto para essa discussão seja a pós-graduação em Educação Médica, esse mesmo treinamento poderia tipificar qualquer consultoria, mesmo aquela com os clínicos mais experimentados.
-

Recebido em: 01 de março de 2012.
Aprovado em: 15 de março de 2012.